

RELAZIONE SANITARIA

Provincia Autonoma di Bolzano - Alto Adige

Ripartizione
Sanità
Osservatorio Epidemiologico

RELAZIONE SANITARIA 2005

REALIZZATA CON IL CONTRIBUTO DEL CENTRO EXPLORA - PADOVA

Agosto, 2006

Copie disponibili presso:
Osservatorio Epidemiologico Provinciale - Ripartizione Sanità
Corso Libertà, 23 - 39100 BOLZANO
Tel. 0471 411561 - 0471 411567
Fax 0471 411579

consultabile sul sito www.provincia.bz.it/sanita
per contatti carla.melani@provincia.bz.it

© Provincia Autonoma di Bolzano 2006
È ammessa la riproduzione parziale del contenuto citandone la fonte

Stampa: Sigmaprint srl



Dr. Richard Theiner

Presentazione

L'Assessorato alla Sanità e alle Politiche Sociali della Provincia Autonoma di Bolzano prosegue con entusiasmo ed interesse nell'impegno di fornire i dati aggiornati sullo stato di salute della popolazione e sul sistema dei servizi sanitari pubblici e privati. La relazione sanitaria del 2005 si pone in continuità con le precedenti e ripropone i contenuti e la veste grafica introdotti con l'edizione dello scorso anno.

La Relazione Sanitaria provinciale rappresenta uno strumento ormai indispensabile per il monitoraggio degli obiettivi del Piano Sanitario Provinciale e la capacità di rispondere ai bisogni sanitari della comunità. La nuova edizione, più snella ed essenziale, si è dimostrata un mezzo agevole per la comunicazione tra esperti, decisori e cittadini, volto a favorire la partecipazione alle scelte nonché l'adozione e la valutazione di politiche di azioni per la salute.

Le informazioni riportate nella relazione, oltre a fornire una completa documentazione sulla nostra sanità, riportano anche confronti con la situazione nazionale ed internazionale.

Proprio per questo è stata introdotta nella relazione di quest'anno una sintetica, ma completa appendice dedicata alla donna. Il "profilo donna" rappresenta un approfondimento sulle condizioni di vita e di salute dell'universo femminile. La particolare attenzione dedicata alle problematiche connesse alla salute della donna deriva dalla consapevolezza della peculiarità dei bisogni sanitari e della presenza di una sostanziale differenza nelle risposte assistenziali, nonché del ruolo importante che la donna può rivestire nell'ambito della prevenzione di alcune patologie connesse agli stili di vita. Sempre di più, anche a livello internazionale, è evidente, infatti l'esigenza di attuare un'efficace politica di promozione della salute distinta per genere.

La Relazione Sanitaria è articolata in tre parti principali relative rispettivamente alla popolazione e salute, ai servizi sanitari ed alle risorse.

Ogni singola parte è a sua volta suddivisa in capitoli la cui presentazione è preceduta da una sintesi sugli aspetti salienti del fenomeno esaminato.

Per soddisfare l'esigenza di chi necessita di un maggior dettaglio delle informazioni presentate nel volume, viene allegato un supporto CD.

Dall'esaustiva documentazione si conferma un quadro decisamente positivo della sanità provinciale. La salute della popolazione altoatesina risulta nel complesso migliore rispetto alla media nazionale; ne è conferma la maggiore speranza di vita in buona salute degli altoatesini, la maggiore percezione da parte dei cittadini di un buon stato di salute associato ad un minor ricorso all'uso di medicinali e ad una pratica diffusa dell'attività sportiva. In Alto Adige abbiamo un sistema sanitario ben funzionante. Si tratta di un sistema efficiente, in costante sviluppo e miglioramento, che ci consente di guardare con sicurezza al futuro. È un sistema capillare, che garantisce un'assistenza adeguata e qualificata a tutta la popolazione.

Nonostante questi dati confortanti bisogna anche constatare che in determinati ambiti sono auspicabili miglioramenti e ottimizzazioni. La Relazione Sanitaria ci aiuta considerevolmente nell'individuare questi aspetti. La diffusione dei dati e dei risultati contenuti nella Relazione deve dare l'impulso per un rapporto ancora più cosciente e responsabile della popolazione con la propria salute.
La presente Relazione si orienta alle proposte dell'Unione Europea ed alle raccomandazioni dell'OMS; al suo interno vengono proposti ed analizzati tutti i possibili ambiti sanitari, offrendo elementi importanti per interventi di politica sanitaria come per esempio l'adozione di ulteriori e particolari misure preventive o di iniziative per la promozione della salute.
Ci resta comunque il compito di creare i presupposti per far fronte alle nuove sfide, portate dall'imminente apertura e liberalizzazione nel settore sanitario a livello europeo e dai cambiamenti demografici quali l'invecchiamento della popolazione ed i mutamenti nella struttura delle famiglie. L'Alto Adige, in quanto terra di confine, corre in special modo il rischio che la popolazione residente si rivolga altrove nella richiesta di prestazioni sanitarie, e quindi l'obiettivo deve essere quello di riuscire a garantire l'assistenza medica e costi sostenibili anche alle future generazioni.
Sarà necessario apportare anche alcune modifiche strutturali per poter mantenere il nostro sistema attuale, per continuare a garantire l'assistenza sanitaria di base alla popolazione e per assicurare prestazioni migliori, ancora più appropriate e con basse liste d'attesa.
L'aspetto socioeconomico è di fondamentale importanza, specie riguardo al mantenimento di importanti posti di lavoro in periferia. Per raggiungere questi obiettivi fondamentali le nostre strutture e gli organismi sanitari provinciali in futuro dovranno collaborare ad ogni livello, cercare sinergie e garantire una comune pianificazione a livello amministrativo e clinico.
Quello che vogliamo è, sostanzialmente:
1) mantenere un sistema sanitario provinciale pubblico, efficiente e capillare;
2) evitare che si arrivi ad un sistema sanitario a due livelli;
3) consentire l'accesso veloce e facilitato alla medicina per ogni cittadino;
4) garantire la finanziabilità del sistema;
5) assicurare alla popolazione altoatesina l'assistenza per malattie complesse in strutture universitarie in Italia ed all'estero.
A livello ospedaliero, ma non solo, vogliamo arrivare ad accorpare i reparti e servizi in unità funzionali chiamate dipartimenti. Da queste innovazioni ci aspettiamo delle sinergie fra reparti e servizi, un migliore utilizzo delle risorse per un risparmio in termini economici.
Vogliamo definire standard di qualità per tutte le prestazioni mediche offerte a diversi livelli fra i singoli ospedali, a garanzia della qualità e della comunicazione fra i singoli ospedali ed i servizi territoriali.
Vogliamo sostenere la creazione a livello provinciale di centri di eccellenza, centri altamente specializzati per l'assistenza medica complessa. Per consentire una migliore comunicazione del sistema e migliorare l'accuratezza della documentazione disponibile, intendiamo creare un unico sistema informatico, che consenta lo scambio di informazioni ed il loro confronto, tramite l'uniformità delle procedure e dei flussi. Si tratta di una sfida che sosteniamo con fiducia, in ragione della capacità, creatività e senso di responsabilità del personale sanitario di tutti i livelli, servizi ed istituzioni.

Colgo l'occasione per ringraziare il personale direttivo ed i Direttori Generali delle aziende sanitarie, l'Ordine dei Medici ed i collaboratori che hanno contribuito alla realizzazione della Relazione Sanitaria.

L'ASSESSORE ALLA SANITA' E ALLE POLITICHE SOCIALI
- Dr. Richard Theiner -



Ringraziamenti

Un particolare ringraziamento va all'équipe che sì è impegnata nella realizzazione della Relazione Sanitaria 2005, costituita da personale dell'Osservatorio Epidemiologico e del centro Explora – Ricerca e Analisi statistica di Padova, ed in particolare:

- alla responsabile dell'Osservatorio epidemiologico Carla Melani, per l'attività di coordinamento dell'intero lavoro e per l'attività di supervisione e controllo di alcune parti specifiche;
- Antonio Fanolla, per la parte "Popolazione e Salute";
- Valeria Rossi, per il capitolo "Assistenza specialistica ospedaliera" e per il paragrafo "Riabilitazione post-acuzie";
- Roberto Picus, per il capitolo "Il personale dipendente delle aziende sanitarie" (predisposto in collaborazione con Claudia Paulato dell'ufficio Formazione del Personale Sanitario);
- Paola Zuech, per i paragrafi "Mappatura delle patologie croniche" e "Malattie rare" e l'appendice "Profilo Donna";
- alla direttrice dell'Ufficio di Igiene e Salute Pubblica Giulia Morosetti ed Antje Trenkwalder, collaboratrice dello stesso ufficio, per il paragrafo "Attività di promozione ed educazione alla salute";
- Ilaria Vecchierelli, Daniela Qualtieri e Cristina Stupiggia, dell'Ufficio di Economia Sanitaria, per il capitolo "La spesa sanitaria";
- Paolo Vian per il capitolo "Assistenza sanitaria collettiva";
- Maria Grazia Franco per il capitolo "Assistenza ospedaliera";
- Bruno Genetti per i capitoli "Assistenza distrettuale", "Il personale dipendente delle aziende sanitarie" ed i paragrafi "Attività di emergenza sanitaria territoriale" e "Assistenza farmaceutica";
- Bernhard Natter per la supervisione del testo in lingua tedesca
- a tutti coloro che hanno fornito i dati presentati nel volume e si sono impegnati nell'attività di controllo e di revisione delle parti del testo di loro competenza, ed in particolare:
  - al personale degli Uffici delle Ripartizioni Sanità, Sociale, Statistica (ASTAT) ed Informatica della Provincia Autonoma di Bolzano;
  - al personale dell'Agenzia Provinciale per la protezione dell'ambiente e la tutela del lavoro e del Servizio veterinario provinciale;
  - agli operatori ed ai dirigenti delle aziende sanitarie di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico.

Indice

PARTE PRIMA: POPOLAZIONE E SALUTE

1. POPOLAZIONE 17

1.1 Popolazione residente 17

1.1.1 La distribuzione sul territorio 18

1.1.2 Struttura della popolazione 18

1.1.3 Speranza di vita 20

1.1.4 Mortalità 22

1.1.5 Movimenti demografici 28

1.2 Lavoro, economia, consumi 28

1.2.1 Occupazione 28

1.2.2 Prodotto Interno Lordo 29

1.2.3 Consumi delle famiglie 30

1.3. Istruzione 30

2. DETERMINANTI DI SALUTE 34

2.1 Stili di vita: fumo, alimentazione, attività fisica 35

2.1.1 Il fumo 35

2.1.2 L'alimentazione 39

2.1.3 L'attività fisica 43

2.2 L'abuso di sostanze 44

2.2.1 La dipendenza da droghe 45

2.2.2 La dipendenza da alcol 50

2.3 Ambiente fisico: aria, agenti fisici, acqua 54

2.3.1 Aria 55

2.3.2 Onde elettromagnetiche 57

2.3.3 Radioattività 59

2.3.4 Radon 60

2.3.5 Qualità delle acque 61

2.4 Disuguaglianze sociali 62

2.4.1 Disuguaglianze sociali e condizioni di salute 63

2.4.2 Condizione economica delle famiglie 64

3. CONDIZIONI DI SALUTE 68

3.1. Salute percepita e salute misurata 69

3.2. Mappatura delle patologie croniche 70

3.3. Malattie dell'apparato cardiocircolatorio 74

3.4. Incidenza e mortalità dei tumori maligni 78

3.5. Malattie respiratorie 93

3.6. Malattie infettive 96

3.7. Malattie rare 99

3.8. Salute mentale e psicologica 100

3.9. Eventi accidentali 105

3.9.1 Incidenti stradali 105
3.9.2 Infortuni lavorativi e malattie professionali 107

4. GRUPPI VULNERABILI 109
4.1. Bambini 110
4.2. Anziani 114
4.3. Popolazione straniera residente 120

PARTE SECONDA: I LIVELLI DI ASSISTENZA ASSICURATI
1. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA 129
1.1. Attività di promozione ed educazione alla salute 129
1.1.1. Le iniziative dell'ufficio Igiene e Salute Pubblica 130
1.1.2. Le iniziative dell'ufficio Distretti sanitari 131
1.1.3. La promozione della salute nelle aziende sanitarie 131
1.1.4. L'educazione sanitaria e la promozione della salute nella scuola 133
1.2. Profilassi delle malattie infettive e parassitarie 135
1.2.1. Interventi di profilassi e di educazione per prevenire il diffondersi delle malattie infettive e bonifica focolai 135
1.2.2. Medicina del viaggiatore 138
1.2.3. Vigilanza igienica sulle attività di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione 139
1.3. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita e di lavoro 139
1.3.1. Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici in relazione alle diverse utilizzazioni con particolare riferimento agli edifici ad uso pubblico 140
1.3.2. Controllo della qualità delle piscine 142
1.3.3. Vigilanza e controllo sui cosmetici 142
1.3.4. Controlli e vigilanza in materia di polizia mortuaria e medicina necroscopica 143
1.3.5. Controllo dell'inquinamento atmosferico e acustico 143
1.3.6. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di lavoro 145
1.4. Sanità pubblica veterinaria 147
1.5. Sicurezza alimentare, sorveglianza e prevenzione nutrizionale 151
1.5.1. Tutela igienico sanitaria degli alimenti e bevande 152
1.5.2. Prevenzione degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi nella collettività 159
1.6. Attività medico-legali e di medicina dello sport 161
1.6.1. Attività dei servizi di medicina legale 161
1.6.2. Attività dei servizi di medicina dello sport 165
1.7. Attività del servizio Pneumologico 168

2. ASSISTENZA DISTRETTUALE 171
2.1. Servizio di Medicina di Base 171
2.2. Assistenza sanitaria di base 179

2.2.1. Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta 179
2.2.2. Servizio di continuità assistenziale 187
2.2.3. Guardia medica turistica 188
2.3. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare 189
2.3.1. L'assistenza domiciliare programmata (ADP) 190
2.3.2. L'assistenza domiciliare integrata (ADI) 192
2.3.3. L'assistenza infermieristica 195
2.3.4. L'assistenza consultoriale materno infantile 197
2.3.4.1. Il consultorio Pediatrico 197
2.3.4.2. Il consultorio Ostetrico-Ginecologico 200
2.4. Attività di emergenza sanitaria territoriale 203
2.4.1. Sistema di Allarme Sanitario 203
2.4.2. Servizio Medico Territoriale di Soccorso 204
2.4.3. Servizio di Trasporto Sanitario 204
2.4.4. Interventi di Emergenza Sanitaria 206
2.4.5. Interventi di Trasporto Sanitario non Urgente 207
2.5. Assistenza Farmaceutica 208
2.5.1. Le farmacie 208
2.5.2. Il consumo di farmaci 211
2.5.3. La spesa per farmaci 220
2.5.4. La prescrizione dei farmaci 226

3. ASSISTENZA OSPEDALIERIA 229
3.1. Attivitá di pronto soccorso 229
3.2. Assistenza ospedaliera per acuti in regime di ricovero 234
3.2.1. Posti letto per acuti 236
3.2.2. Ricoveri di neonati sani 241
3.2.3. Ricoveri per acuti in regime ordinario 241
3.2.4. Ricoveri per acuti in regime diurno 255
3.2.5. Indicatori di qualità ed appropriatezza 259
3.2.5.1 Ricoveri ripetuti 259
3.2.5.1.1 Ricoveri ripetuti nello stesso istituto di cura e per lo stesso DRG 260
3.2.5.2 Ricoveri brevi di durata 2 o 3 giorni 262
3.2.5.3 Indicatori di appropriatezza 263
3.2.6. Mobilità ospedaliera 285
3.2.6.1 Ricoveri per acuti in strutture nazionali 285
3.2.6.2 Ricoveri per acuti in Austria 291
3.2.6.3 Mobilità ospedaliera complessiva 296
3.2.7. L'ospedalizzazione dei residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano 302
3.2.8. Valutazioni conclusive sul sistema dei ricoveri ospedalieri per acuti 305
3.2.8.1 Motivazioni e criteri valutativi 305

3.2.8.2 Efficienza e qualità della produzione ospedaliera dei ricoveri 306
3.3. Assistenza ospedaliera per post-acuti in regime di ricovero 311
3.3.1. Posti letto per post-acuti 311
3.3.2. Riabilitazione post-acuzie 312
3.3.2.1. Ricoveri in riabilitazione post-acuzie in strutture nazionali 320
3.3.2.2. Ricoveri in riabilitazione post-acuzie in Austria 322
3.3.3. Lungodegenza post-acuzie 324
3.4. Assistenza specialistica ospedaliera 326
3.4.1. Ricorso alle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche provinciali 326
3.4.2. Mobilità specialistica 335
3.4.2.1 Mobilità specialistica interregionale 335
3.4.2.2. Prestazioni erogate in Austria 337
3.4.2.3. Mobilità specialistica complessiva 339
3.4.3. Il consumo di prestazioni specialistiche da parte dei residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano 340

PARTE TERZA: LE RISORSE
1. IL PERSONALE DIPENDENTE DELLE AZIENDE SANITARIE 347
1.1. Il personale in servizio 347
1.1.1. Analisi generali 348
1.1.1.1. Totale personale dipendente per area d'impiego 349
1.1.1.2. Personale dipendente per figura professionale 351
1.1.2. Personale dipendente dell'area strategica 354
1.1.3. Personale dipendente dell'area di supporto non sanitaria 358
1.1.4. Personale dipendente dell'area ospedaliera 360
1.1.4.1. Totale personale dipendente nell'area ospedaliera, distinto per reparto / servizio 361
1.1.5. Personale dipendente dell'area territoriale 370
1.1.5.1. Personale dipendente per macroarea territoriale 370
1.2. La formazione del personale sanitario 379
1.2.1. Formazione di base 379
1.2.2. Formazione specialistica 381
1.2.3. Tirocini 383
1.2.4. Medicina Generale 383
1.2.5. Formazione continua 383
1.2.5.1. Corsi gestiti dalla Provincia 384
1.2.5.2. Corsi gestiti dalle aziende sanitarie 386
1.2.5.3. Contributi ad enti ed associazioni che organizzano corsi in campo sanitario 387
1.2.5.4. Assegni di studio per la formazione e specializzazione del personale sanitario specializzato, degli operatori tecnici e del personale ausiliario 387

1.2.6. Equipollenza di titoli di studio conseguiti in un paese dell'area tedesca 387

2. LA SPESA SANITARIA 389
2.1. La spesa sanitaria pubblica 391
2.2. La spesa sanitaria corrente 394
2.3. La spesa sanitaria per investimenti 398
2.4. I saldi della mobilitá per le prestazioni di ricovero e per la specialistica ambulatoriale 401
2.4.1. Le prestazioni di ricovero ed i relativi saldi della mobilitá 401
2.4.2. Le prestazioni di specialistica ed i relativi saldi della mobilitá 406

APPENDICE "PROFILO DONNA"
1. TREND DEMOGRAFICO E SOCIALE 415
1.1. Struttura della popolazione 415
1.2. Principali cause di morte 416
1.3. Famiglia e lavoro 417
1.3. Percezione della salute 420
2. DETERMINANTI DI SALUTE 421
2.1. Fumo e alcol 421
2.2. Peso e alimentazione 423
2.3. Programma di diagnosi precoce del tumore della cervice uterina 424
2.4. Programma di diagnosi precoce del tumore della mammella 425
3. MORBILITA 428
3.1. Malattie croniche 428
3.2. Ricoveri ospedalieri 431
3.3. Donne e farmaci 433
4. TUMORI MALIGNI 435
4.1. Incidenza 435
4.2. Mortalità 439
5. TEMI PARTICOLARI PER LA SALUTE DELLA DONNA 441
5.1. Disordini alimentari 441
5.2. Famiglia planning 442
5.3. Controlli e prevenzione in gravidanza 444



Parte Prima

Popolazione e salute

Popolazione e salute

1. POPOLAZIONE

La popolazione è suddivisa in 20 distretti e 4 aziende sanitarie.
I residenti al 31/12/2005 sono 481.095, cresciuti del 10,1‰ rispetto al 2004.
La popolazione residente ha un'età media di 40,2 anni. L'indice di vecchiaia è pari al 97,6%.
La speranza di vita alla nascita è pari a 78,2 anni per gli uomini ed a 83,7 anni per le donne.
La speranza di vita libera da disabilità a 15 anni è pari 58,9 anni per gli uomini ed a 65,1 anni per le donne.
Il tasso di mortalità nel 2003 è stato pari a 809,5 per 100.000 tra i maschi ed a 845,1 per 100.000 tra le femmine.
La maggiore mortalità maschile è particolarmente evidente tra 20 e 24 anni di età, quando è 8,7 volte superiore a quella femminile.
Le cause più frequenti di morte nel 2003 sono le malattie del sistema circolatorio (296,3 per 100.000 tra i maschi e 387,5 tra le femmine) ed i tumori (282,5 per 100.000 tra i maschi e 229,5 tra le femmine).
Sono stati rilevati mediamente 420,7 eventi annui di mortalità evitabile tra il 1995 ed il 2003.
La causa di morte evitabile più frequente sono i traumatismi e gli avvelenamenti tra gli uomini (mediamente 120,1 eventi annui) ed il tumore della mammella tra le donne (mediamente 28,7 eventi annui), comunque in diminuzione.
Il tasso di attività della popolazione è dell'71,1%, leggermente cresciuto negli ultimi cinque anni (69,6% nel 2001).
Il tasso di disoccupazione (2,8%) è inferiore al nazionale (7,7%).
Il PIL pro capite (21.600 Euro) è indice di una maggiore ricchezza prodotta rispetto alla media nazionale (17.900 Euro).
Le famiglie altoatesine hanno speso nel 2005 circa 3.238 Euro ogni mese, il 35% in più rispetto alla media italiana.
Le famiglie altoatesine hanno speso nel 2004 ogni mese mediamente 146 Euro per la salute, 90 Euro quelle italiane.
In provincia l'analfabetismo è ridotto al minimo (1,7%) ma sono anche molto pochi i laureati (5%).

1.1. POPOLAZIONE RESIDENTE

La popolazione a cui si fa riferimento è l'anagrafica, comunicata dai comuni della provincia. Il censimento della popolazione, svolto nel 2001, ha dato modo di aggiornare la situazione delle anagrafi comunali, e di conseguenza sono possibili alterazioni dei dati di popolazione rispetto agli anni precedenti.

1.1.1. La distribuzione sul territorio

La Provincia Autonoma di Bolzano si estende su 7.400,4 Kmq di territorio interamente montano, ed è suddivisa in 116 comuni, aggregati in 20 distretti ed in quattro aziende sanitarie: Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico.

Al 31/12/2005 risiedevano 481.095 abitanti, per una densità di 65,0 abitanti per Kmq (194,0 la densità abitativa media in Italia). L'altitudine media dei centri comunali è di 850 metri sul livello del mare.

Il 20,4% della popolazione provinciale vive in comuni di ampiezza demografica a partire da 50.000 abitanti (34,4% la media nazionale), il 22,6% in comuni di ampiezza demografica tra 10.000 e 30.000 abitanti (32,9% la media nazionale) ed il restante 57,0% in comuni con meno di 10.000 residenti (32,7% la media nazionale).

Tabella 1: **Popolazione residente per distretto sanitario al 31/12 - Anni 2003-2005**

Distretto sanitario	*2003*	*2004*	*2005*
Val Gardena	*8.903*	*8.947*	*8.974*
Val d'Ega-Sciliar	*18.701*	*18.915*	*19.114*
Salto-Val Sarentino-Renon	*17.993*	*18.077*	*18.129*
Oltradige	*26.269*	*26.557*	*26.924*
Laives-Bronzolo-Vadena	*18.685*	*18.762*	*19.159*
Bassa Atesina	*22.477*	*22.739*	*23.039*
Bolzano	*96.097*	*97.895*	*98.969*
Azienda Sanitaria di Bolzano	***209.125***	***211.892***	***214.308***
Alta Val Venosta	*15.538*	*15.560*	*15.584*
Media Val Venosta	*17.692*	*17.798*	*17.908*
Naturno	*10.389*	*10.426*	*10.493*
Lana	*22.238*	*22.393*	*22.661*
Merano	*49.342*	*49.616*	*50.104*
Val Passiria	*8.622*	*8.546*	*8.564*
Azienda Sanitaria di Merano	***123.821***	***124.339***	***125.314***
Alta Valle Isarco	*18.092*	*18.174*	*18.331*
Bressanone	*33.345*	*33.929*	*34.427*
Chiusa	*15.730*	*15.879*	*16.037*
Azienda Sanitaria di Bressanone	***67.167***	***67.982***	***68.795***
Tures	*12.609*	*12.647*	*12.701*
Brunico	*33.913*	*34.226*	*34.609*
Alta Val Pusteria	*15.037*	*15.082*	*15.170*
Val Badia	*10.071*	*10.113*	*10.198*
Azienda Sanitaria di Brunico	***71.630***	***72.068***	***72.678***
TOTALE	***471.743***	***476.281***	***481.095***

Fonte: ASTAT

Il 44,5% della popolazione provinciale risiede nel territorio di competenza dell'Azienda Sanitaria di Bolzano, mentre il 26,1% risiede nell'Azienda Sanitaria di Merano, il 14,3% in quella di Bressanone ed il 15,1% in quella di Brunico.

1.1.2. Struttura della popolazione

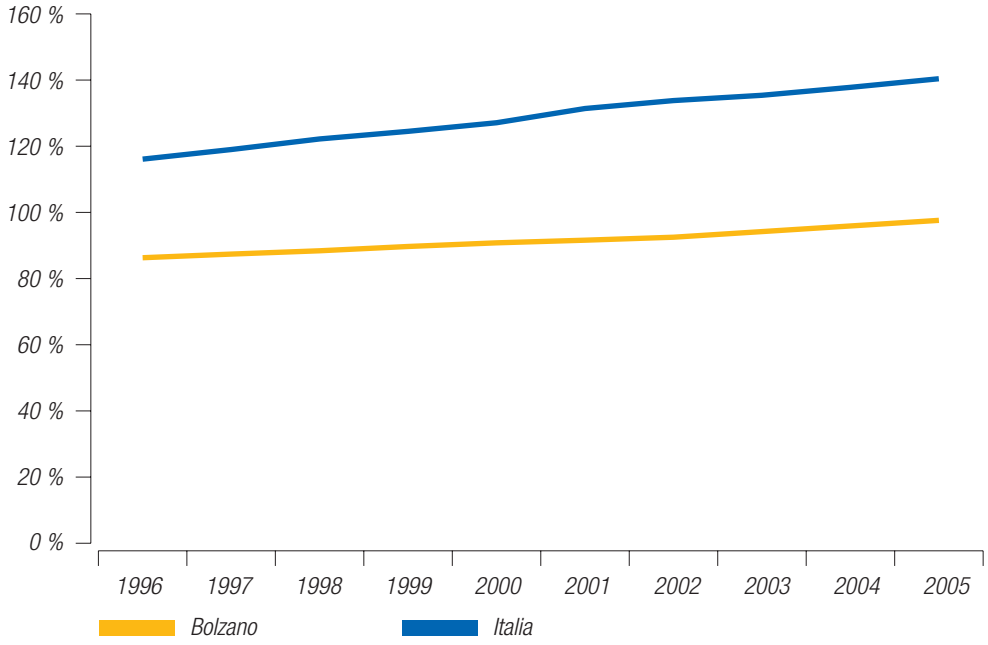
Il 49,4% della popolazione è di sesso maschile con un rapporto medio di mascolinità di 97,7 uomini per 100 donne. Il rapporto tra residenti di sesso maschile e femminile è favorevole agli uomini fino alla classe tra 50 e 54 anni d'età. Nelle classi d'età anziane, a causa della maggiore mortalità maschile, diventa preponderante nella popolazione la componente femminile.

L'età media è pari a 40,2 anni (38,8 anni per la popolazione maschile e 41,6 per quella femminile).

INDICE DI VECCHIAIA

La popolazione provinciale, in conseguenza dell'aumento della speranza di vita e dei ridotti livelli di fecondità, è soggetta ad un lento ma continuo processo d'invecchiamento. L'indice di vecchiaia (97,6%), è in continua crescita (dal 32,4% del censimento 1971, al 92,0% del censimento 2001), ed evidenzia valori più elevati nelle aziende sanitarie dove minore è il tasso di natalità, (113,3% nell'Azienda Sanitaria di Bolzano, 97,5% in quella di Merano, 77,9% a Bressanone e 76,7% a Brunico). Il valore dell'indice provinciale rimane tuttavia significativamente inferiore a quello nazionale.

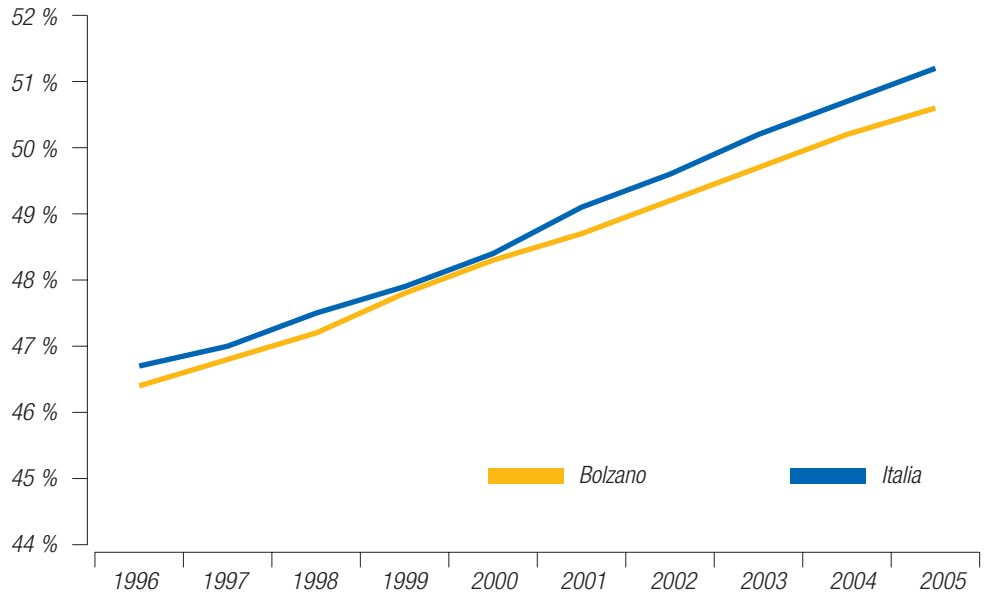
Figura 1: **Indice di vecchiaia. Provincia di Bolzano e Italia - Anni 1996-2005**



INDICE DI DIPENDENZA

L'indice di dipendenza (50,6%) assume rilevanza economica e sociale, ed esprime la quota di popolazione in età non lavorativa (tra 0 e 14 anni ed a partire da 65 anni di età) rispetto alla popolazione in età lavorativa (tra 15 e 64 anni di età). L'indice è in leggera crescita rispetto al 2004 (+0,4 punti) ed i valori provinciali sono in linea con quelli nazionali.

Figura 2: **Indice di dipendenza. Provincia di Bolzano e Italia - Anni 1996-2005**



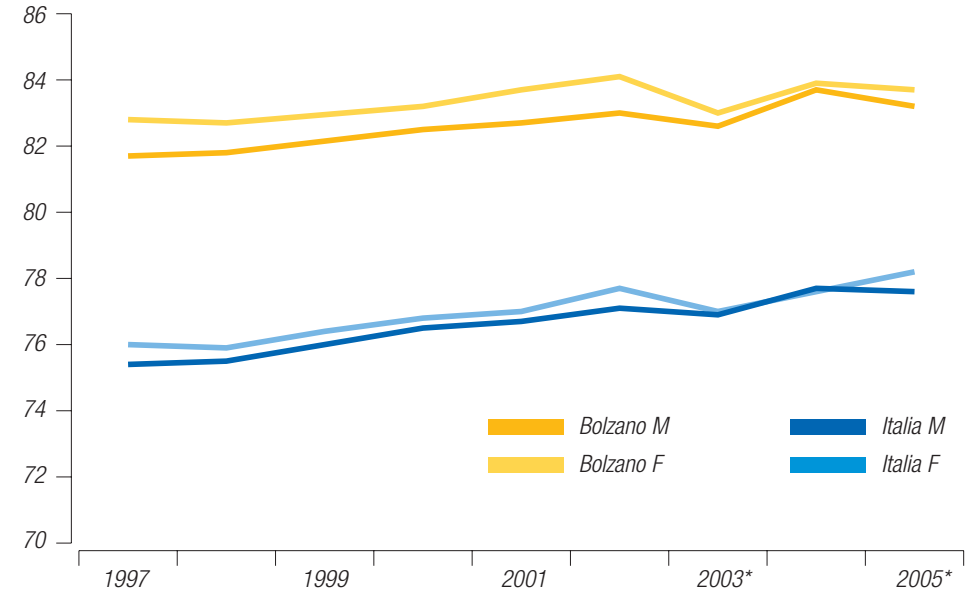
1.1.3. Speranza di vita

La speranza di vita alla nascita (stime ISTAT 2005) è pari a 78,2 anni per gli uomini e 83,7 anni per le donne, superiore in entrambi i casi ai valori calcolati a livello nazionale (di 0,6 anni per gli uomini e di 0,5 anni per le donne).

La speranza di vita alla nascita è costante crescita negli ultimi anni. In Provincia di Bolzano, in particolare, è cresciuta per gli uomini da 69,1 anni (tavola triennale 1977-79) a 77,1 anni (tavola quinquennale 1997-2001), e per le donne da 77,2 a 83,5 anni nello stesso intervallo di tempo.

Nell'arco di venti anni sono stati guadagnati quindi 8 anni di speranza di vita alla nascita per gli uomini e 6,3 anni per le donne.

Figura 3: **Speranza di vita alla nascita per sesso. Provincia di Bolzano ed Italia - Anni 1997-2005**



L'aumento della speranza di vita pone l'imperativo che agli anni di vita guadagnati siano garantite anche buone condizioni di salute, secondo il motto dell'OMS "aggiungere anni alla vita, aggiungere vita agli anni".

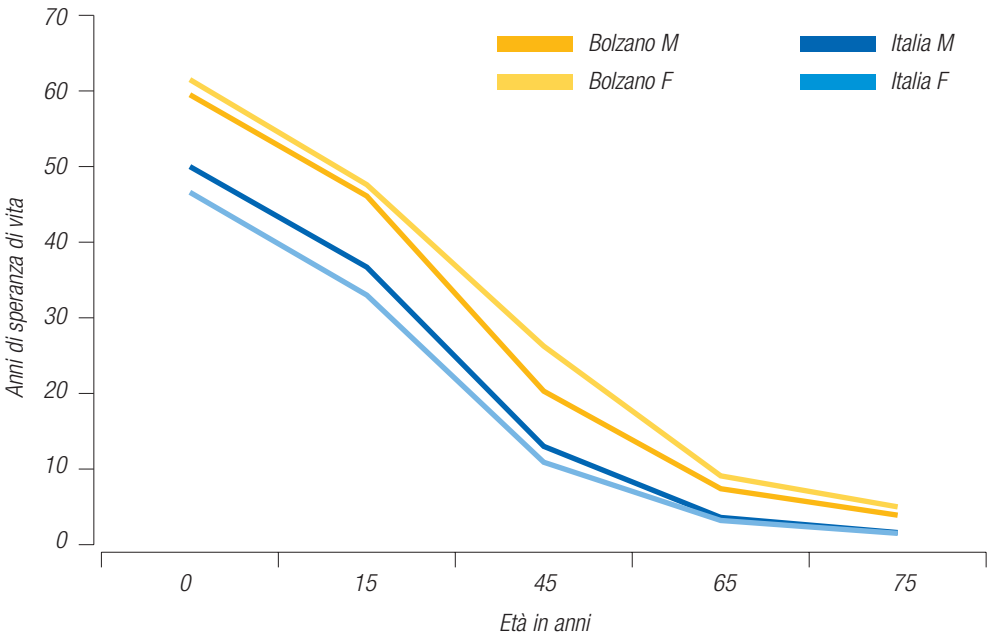
SPERANZA DI VITA IN BUONA SALUTE

Gli anni di speranza di vita in buona salute alla nascita (dati ISTAT 1999-2000) sono pari a 59,5 anni per gli uomini (50 anni a livello nazionale) ed a 61,5 anni per le donne (46,6 anni a livello nazionale).

Per un ragazzo di 15 anni in buona salute la condizione dovrebbe permanere in media fino all'età di 61,1 anni, per una ragazza fino a 62,6 anni. Un adulto di sesso maschile giunto a 45 anni in buona salute conserverà in media la condizione fino a 65,3 anni (66,9 una donna di pari età). Per un uomo di 65 anni la buona salute dovrebbe essere conservata fino a 72,4 anni (74,1 se è una donna), per un anziano di 75 anni fino a 78,9 anni (80 anni se è una donna).

Una prima considerazione rispetto alle medie nazionali è la maggiore speranza di vita in buona salute della popolazione provinciale a tutte le età e per entrambi i sessi. Un secondo aspetto è che, mentre a livello provinciale la speranza di vita in buona salute della popolazione femminile è superiore a quella della popolazione maschile, a livello nazionale le posizioni si invertono.

Figura 4: **Speranza di vita in buona salute a diverse etá - Periodo 1999-2000**



SPERANZA DI VITA LIBERA DA DISABILITÀ

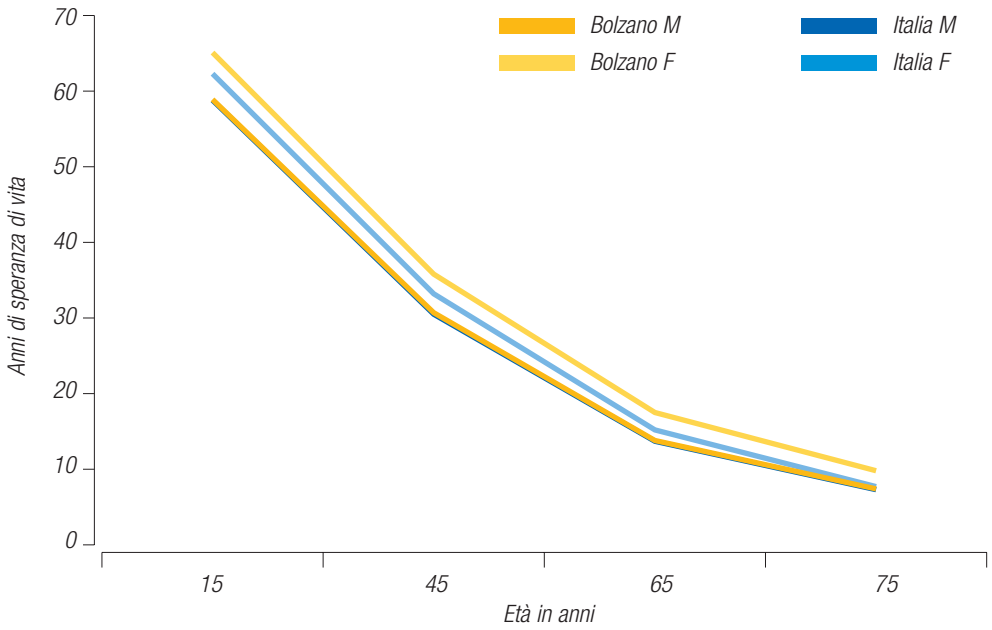
Accanto alla speranza di vita in buona salute è possibile valutare anche la speranza di vita libera da disabilità.

Gli anni di speranza di vita libera da disabilità (dati ISTAT 1999-2000) variano per gli uomini da 58,9 anni all'età di 15 anni a 7,4 all'età di 75 anni, mentre per le donne variano da 65,1 all'età di 15 anni a 9,8 all'età di 75 anni.

Per un ragazzo di 15 anni una condizione di vita libera da disabilità dovrebbe permanere in media fino all'età di 73,9 anni, per una ragazza fino a 80,1 anni. Per un adulto di sesso maschile la vita senza disabilità dovrebbe proseguire fino a 75,7 anni (per una donna fino a 80,8 anni). Un anziano di 65 anni dovrebbe rimanere senza disabilità fino a 78,8

anni (82,5 se è una donna), un vecchio di 75 anni fino a 82,4 anni (84,8 anni se è una donna).
Non c'è sostanziale differenza nella speranza di vita senza disabilità tra la popolazione maschile locale e quella nazionale, mentre tra le donne si rileva una speranza di vita superiore in Provincia (da +2,8 anni a 15 anni di età a +2,1 anni a 75 anni di età).

Figura 5: **Speranza di vita libera da disabilità a diverse età - Periodo 1999-2000**

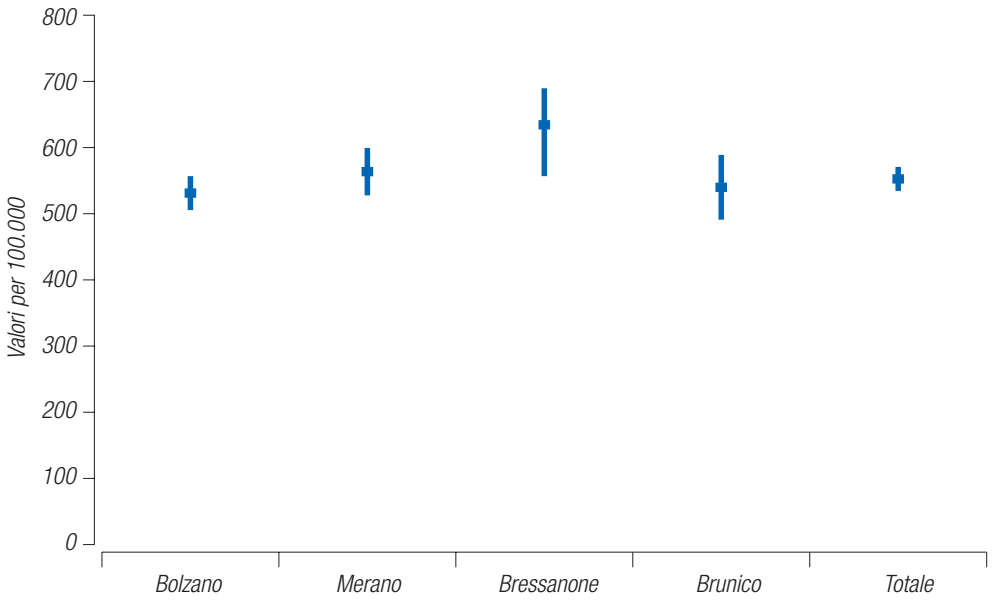


1.1.4 Mortalità

MORTALITÀ GENERALE, PER SESSO ED ETÀ

I decessi di residenti nel corso degli anni 2002 e 2003 sono stati rispettivamente 3.610 e 3.885, pari ad un tasso di mortalità di 773,6 per 100.000 nel 2002 e di 827,6 per 100.000 nel 2003 (809,5 per 100.000 tra i maschi e 845,1 per 100.000 tra le donne).

Figura 6: **Tasso standardizzato di mortalità per Azienda Sanitaria - Anno 2003**



Dal confronto tra i tassi standardizzati (popolazione europea standard) riferiti all'anno 2003 si rileva un eccesso di mortalità, rispetto alla media provinciale, nell'Azienda Sanitaria di Bressanone.
Nel periodo 1995-2003 si osserva una tendenziale diminuzione del tasso standardizzato tra i maschi, mentre l'andamento appare stabile per le femmine.

Figura 7: **Tasso standardizzato di mortalità per sesso. Provincia di Bolzano - Anni 1995-2003**

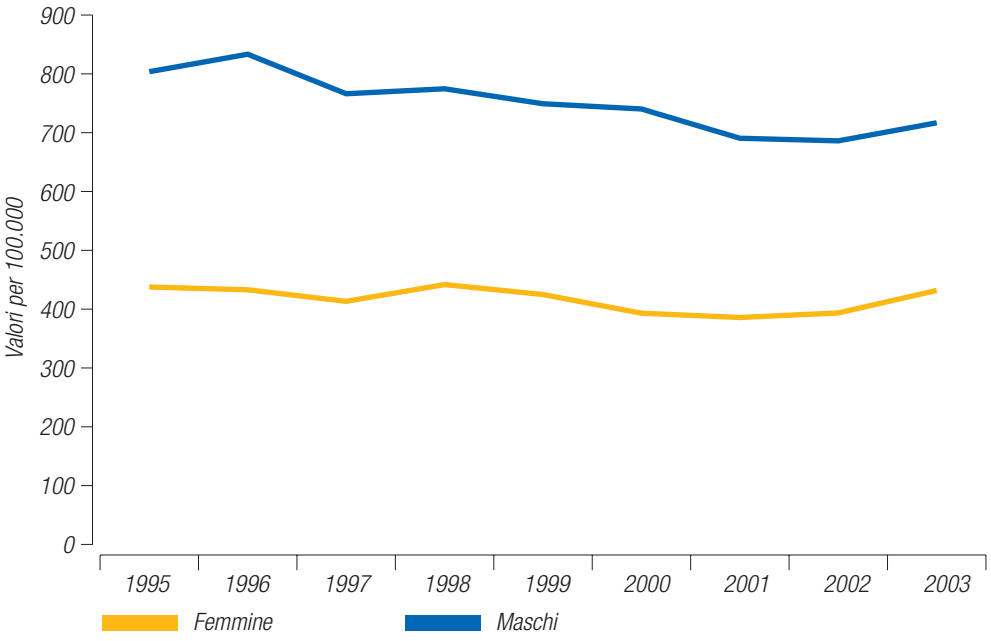
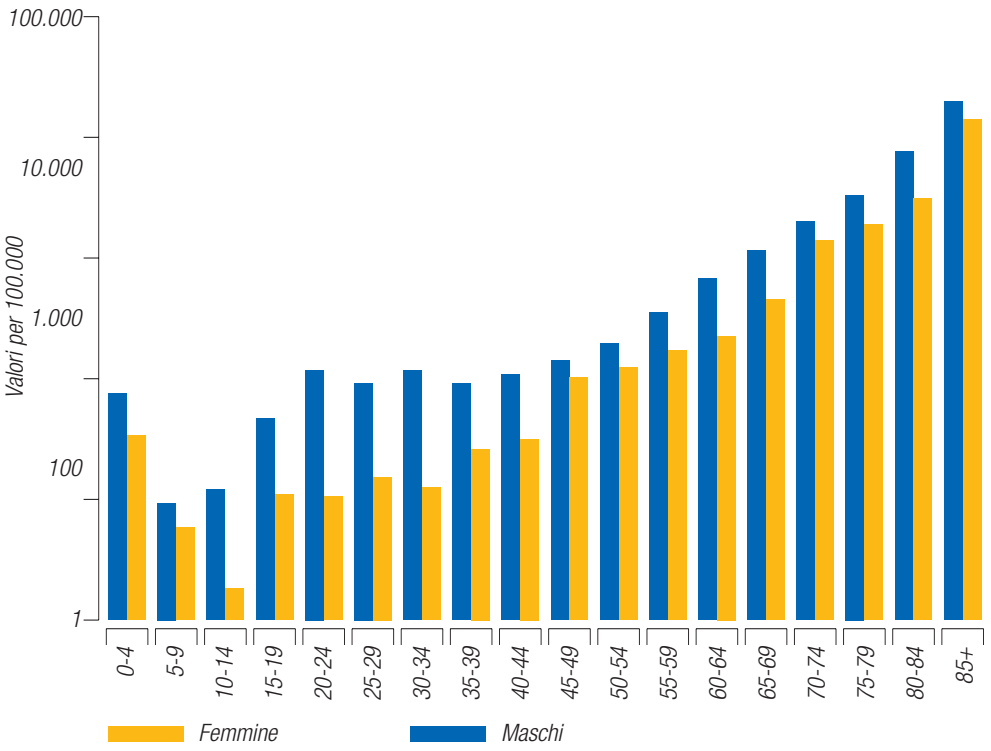


Figura 8: **Tasso di mortalità per classi di età. Provincia di Bolzano - Anni 2001-2003**



La maggiore mortalità maschile è evidente in tutte le classi d'età, ed in particolare tra 20 e 24 anni la mortalità tra i maschi è 8,7 volte superiore rispetto a quella tra le femmine, per via delle cause accidentali particolarmente frequenti nei decessi maschili di queste classi d'età.

MORTALITÀ PER CAUSA

Le cause di morte più frequenti sono legate alle malattie del sistema circolatorio ed ai tumori. Rispetto alle prime prevale la mortalità femminile mentre tra i maschi è superiore rispetto alle femmine la mortalità per tumore. Come già rilevato è nettamente superiore la mortalità maschile per cause violente.

Tabella 2: **Decessi e tasso di mortalità per sesso e causa. Provincia di Bolzano - Anno 2002**

Causa di morte	Maschi		Femmine	
	decessi	Tasso per 100.000	decessi	Tasso per 100.000
Malattie infettive e parassitarie	14	6,1	16	6,8
Tumori	551	239,4	489	206,7
Malattie delle ghiandole endocrine	23	10,0	30	12,7
Malattie del sangue	3	1,3	7	3,0
Disturbi psichici	7	3,5	16	6,8
Malattie del sistema nervoso	32	13,9	40	16,9
Malattie del sistema circolatorio	661	287,2	965	408,0
Malattie dell'apparato respiratorio	160	69,5	125	52,8
Malattie dell'apparato digerente	74	32,2	51	21,6
Malattie dell'apparato genitourinario	20	8,7	24	10,1
Complicazioni della gravidanza, parto, puerperio	-	-	-	-
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	-	-	1	0,4
Malattie del sistema osteomuscolare	3	1,3	7	3,0
Malformazioni congenite	7	3,0	1	0,4
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	11	4,8	4	1,7
Mal definite	28	12,2	27	11,4
Traumatismi ed avvelenamenti	166	72,1	46	19,4
TOTALE	**1.761**	**765,3**	**1.849**	**781,7**

Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

Tabella 3: **Decessi e tasso di mortalità per sesso e causa. Provincia di Bolzano - Anno 2003**

Causa di morte	Maschi		Femmine	
	decessi	Tasso per 100.000	decessi	Tasso per 100.000
Malattie infettive e parassitarie	16	6,9	20	8,4
Tumori	654	282,5	546	229,5
Malattie delle ghiandole endocrine	13	5,6	36	15,1
Malattie del sangue	4	1,7	11	4,6
Disturbi psichici	17	7,3	48	20,2
Malattie del sistema nervoso	51	22,0	60	25,2
Malattie del sistema circolatorio	686	296,3	922	387,5
Malattie dell'apparato respiratorio	155	67,0	153	64,3
Malattie dell'apparato digerente	82	35,4	63	26,5
Malattie dell'apparato genitourinario	11	4,8	19	8,0
Complicazioni della gravidanza, parto, puerperio	-	-	-	-
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	1	0,4	1	0,4
Malattie del sistema osteomuscolare	1	0,4	9	3,8
Malformazioni congenite	4	1,7	4	1,7
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	7	3,0	4	1,7
Mal definite	44	19,0	68	28,6
Traumatismi ed avvelenamenti	128	55,3	47	19,8
TOTALE	**1.874**	**809,5**	**2.011**	**845,1**

Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

I tassi standardizzati di mortalità per le principali cause assumono un trend decrescente per gli uomini, mentre tra le donne appare tendenzialmente stabile la mortalità per cause tumorali, con un leggero incremento nel 2003.

Figura 9: **Tasso standardizzato di mortalità per le principali cause, sesso maschile. Provincia di Bolzano - Anni 1995-2003**

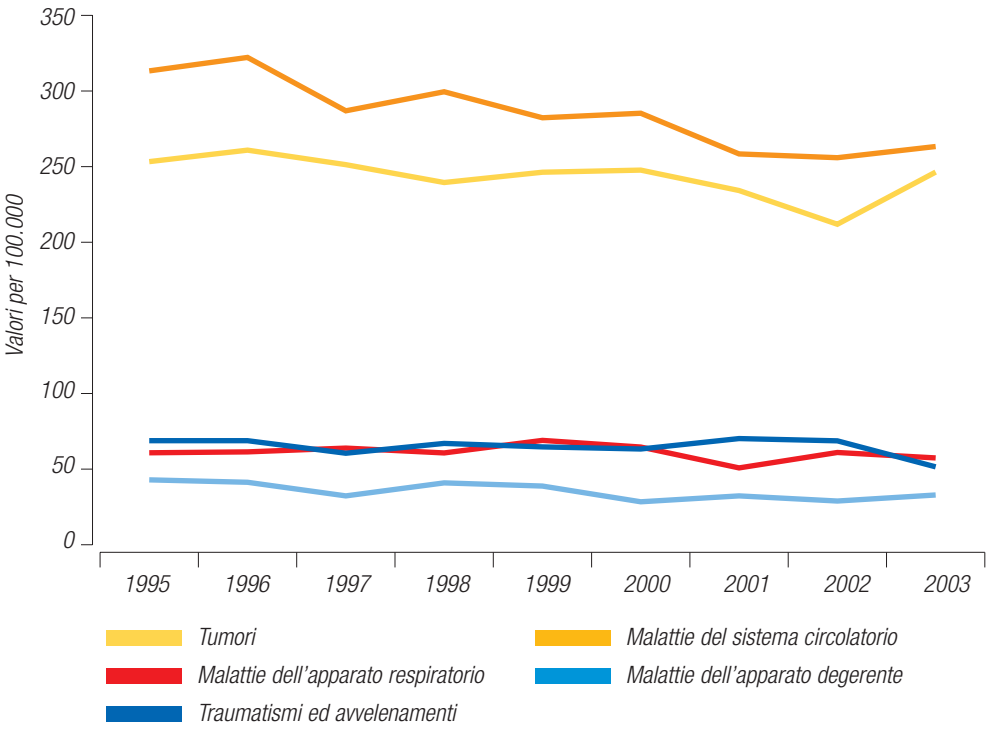
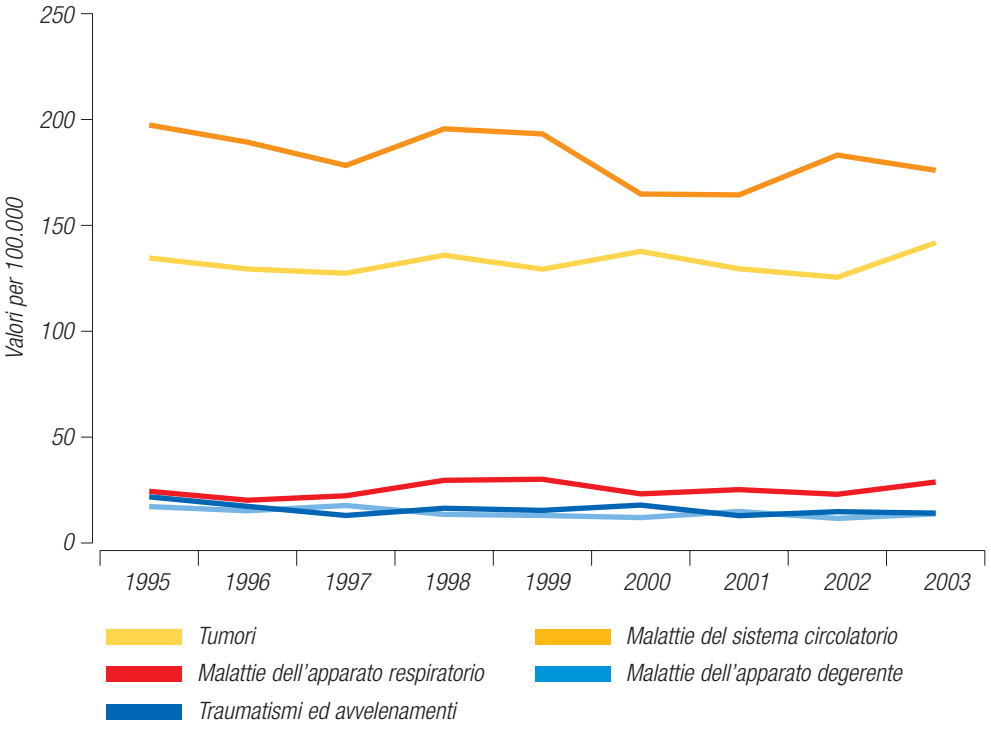


Figura 10: **Tasso standardizzato di mortalità per le principali cause, sesso femminile. Provincia di Bolzano - Anni 1995-2003**



MORTALITÀ EVITABILE

Gli eventi di mortalità evitabile, ovvero gli eventi sentinella, si definiscono tali data la presenza di efficaci misure di prevenzione o di adeguate terapie in grado di evitare il loro accadere, almeno limitatamente a specifiche classi di età. Gli eventi sentinella rilevati fanno parte della lista di Rutstein.

Tra il 1995 ed il 2003 sono stati rilevati 3.786 eventi di mortalità evitabile, mediamente 420,7 casi annui, 314,8 di uomini e 105,9 di donne.

La mortalità violenta in età 5-64 anni è la causa più frequente tra gli uomini, con una media di 120,1 eventi annui, seguita dalle malattie ischemiche del cuore in età 35-64 anni (mediamente 50,2 eventi annui), dal tumore maligno del polmone in età 5-64 anni (34,9 eventi annui), dalla cirrosi epatica in età 5-64 anni (26,6 eventi annui) e dai tumori delle prime vie aereo-digestive (mediamente 23,2 eventi annui).

La causa più frequente tra le donne è invece costituita dalla mortalità per tumore della mammella in età 25-64 anni, con una media di 28,7 eventi annui, seguita dai traumatismi ed avvelenamenti in età 5-64 anni (mediamente 23,0 eventi annui).

Il tasso medio di eventi è pari 100,8 per 100.000 abitanti tra gli uomini ed a 35,5 per 100.000 tra le donne. I valori sono tendenzialmente in diminuzione sia tra i maschi che tra le femmine.

Tabella 4: **Decessi e tasso di mortalità per sesso per cause evitabili. Provincia di Bolzano - Anno 2002**

Causa di morte	*Maschi*		*Femmine*	
	decessi	*Tasso per 100.000*	*decessi*	*Tasso per 100.000*
Tumori maligni delle prime vie aereo digestive, età 5-64 anni	7	3,0	2	0,8
Tumori maligni del fegato, età 5-64 anni	15	6,5	2	0,8
Tumori maligni del polmone, età 5-64 anni	23	10,0	9	3,8
Disturbi circolatori dell'encefalo, età 5-64 anni	14	6,1	9	3,8
Cirrosi epatica, età 5-64 anni	15	6,5	6	2,5
Traumatismi e avvelenamenti, età 5-64 anni	119	51,7	19	8,0
Tumori della mammella, donne età 25-64 anni	-	-	20	8,5
Tumore del collo dell'utero, donne età 15-64 anni	-	-	1	0,4
Tumore del corpo dell'utero e dell'utero senza altra indicazione, donne età 15-64 anni	-	-	4	1,7
Malattie infettive e parassitarie, età 5-64 anni	3	1,3	1	0,4
Leucemie, età 0-64 anni	1	0,4	2	0,8
Cardiopatie reumatiche croniche, età 5-44 anni	-	-	-	-
Ipertensione, età 35-64 anni	7	3,0	2	0,8
Malattie ischemiche del cuore, età 35-64 anni	34	14,8	10	4,2
Polmoniti, bronchiti, malattie respiratorie acute, età 5-64 anni	6	2,6	-	-
Malattie dell'apparato respiratorio, età 1-14 anni	2	0,9	-	-
Ulcera gastrica, età 25-64 anni	2	0,9	-	-
Appendicite, età 55-64 anni	-	-	-	-
Mortalità materna, tutte le età (ICD IX 630	-	-	-	-
Malformazioni congenite cardiache, età 0-14 anni	1	0,4	-	-
TOTALE	***249***	***108,2***	***87***	***36,8***

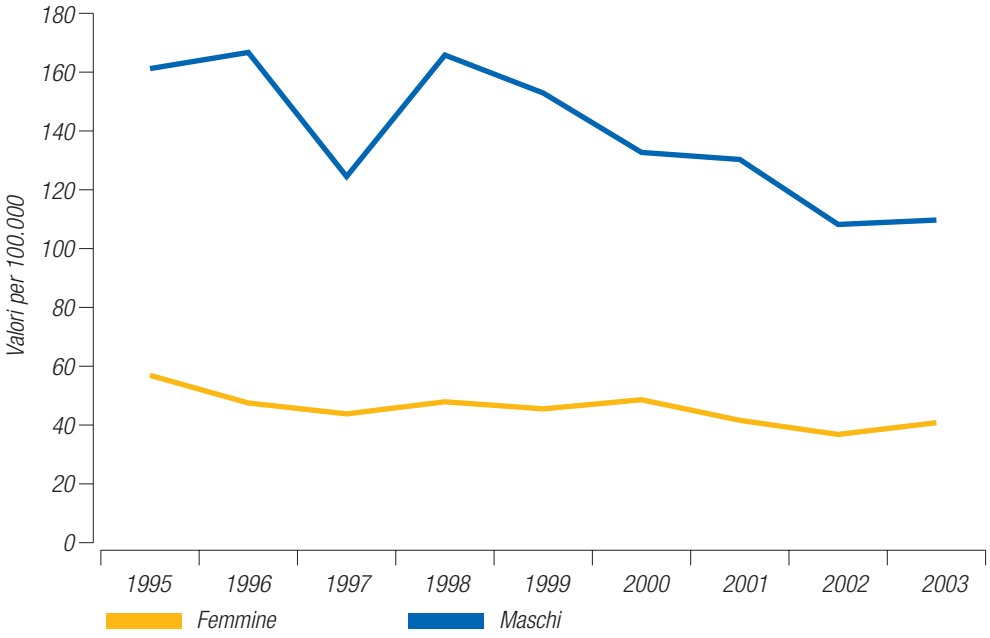
Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

Tabella 5: **Decessi e tasso di mortalità per sesso per cause evitabili. Provincia di Bolzano - Anno 2003**

Causa di morte	Maschi		Femmine	
	decessi	Tasso per 100.000	decessi	Tasso per 100.000
Tumori maligni delle prime vie aereo digestive, età 5-64 anni	11	4,8	4	1,7
Tumori maligni del fegato, età 5-64 anni	14	6,0	-	-
Tumori maligni del polmone, età 5-64 anni	32	13,8	12	5,0
Disturbi circolatori dell'encefalo, età 5-64 anni	10	4,3	10	4,2
Cirrosi epatica, età 5-64 anni	20	8,6	6	2,5
Traumatismi e avvelenamenti, età 5-64 anni	98	42,3	18	7,6
Tumori della mammella, donne età 25-64 anni	-	-	22	9,2
Tumore del collo dell'utero, donne età 15-64 anni	-	-	3	1,3
Tumore del corpo dell'utero e dell'utero senza altra indicazione, donne età 15-64 anni	-	-	2	0,8
Malattie infettive e parassitarie, età 5-64 anni	7	3,0	4	1,7
Leucemie, età 0-64 anni	3	1,3	4	1,7
Cardiopatie reumatiche croniche, età 5-44 anni	-	-	-	-
Ipertensione, età 35-64 anni	10	4,3	2	0,8
Malattie ischemiche del cuore, età 35-64 anni	42	18,1	6	2,5
Polmoniti, bronchiti, malattie respiratorie acute, età 5-64 anni	5	2,2	3	1,3
Malattie dell'apparato respiratorio, età 1-14 anni	-	-	-	-
Ulcera gastrica, età 25-64 anni	-	-	-	-
Appendicite, età 55-64 anni	-	-	-	-
Mortalità materna, tutte le età (ICD IX 630	-	-	-	-
Malformazioni congenite cardiache, età 0-14 anni	2	0,9	1	0,4
TOTALE	**254**	**109,7**	**97**	**40,8**

Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

Figura 11: **Tasso di mortalità evitabile per sesso. Provincia di Bolzano - Anni 1995-2003**



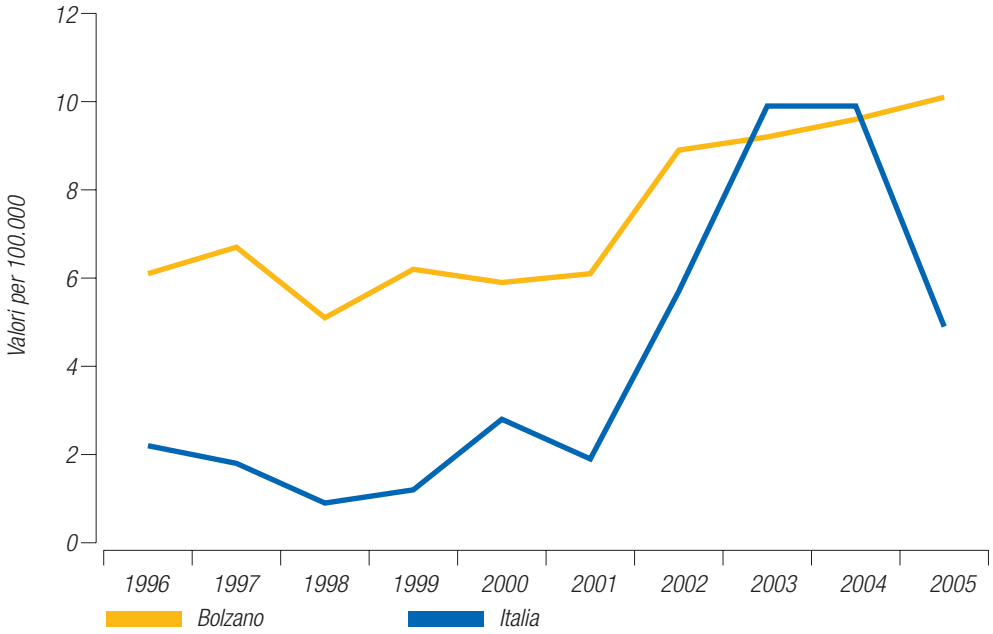
1.1.5 Movimenti demografici

Il declino della natalità, iniziato in Italia dopo il boom demografico degli anni sessanta e stabilizzatosi dall'inizio degli anni ottanta, è una delle cause del progressivo invecchiamento della popolazione. L'invecchiamento della popolazione in provincia di Bolzano è attenuato in parte dagli ancora relativamente elevati livelli della natalità, superiori, a differenza di quanto accade nel Paese, a quelli della mortalità.

La crescita della popolazione nel corso del 2005 è stata pari a 10,1 unità per 1.000 abitanti, superiore al valore nazionale stimato per lo stesso anno (5,1‰). In generale la crescita è elevata nelle regioni del Nord (7,7‰) e del centro (6,9‰), mentre è minore nelle regioni del Sud (1,2‰).

La componente più importante della crescita della popolazione è costituita dal saldo migratorio, 7,0‰ in provincia di Bolzano, 5,2‰ la stima complessiva nazionale. Il saldo naturale per contro è negativo o prossimo allo zero in tutte le regioni del centro-nord ad eccezione del Trentino Alto Adige. In provincia di Bolzano si registra il più elevato saldo di crescita naturale (3,1‰ contro una media nazionale stimata al -0,1‰).

Figura 12: **Tasso di crescita della popolazione residente. Provincia di Bolzano e Italia - Anni 1996-2005**



1.2. LAVORO, ECONOMIA, CONSUMI

1.2.1. Occupazione

I dati riportati sono il frutto della rilevazione campionaria delle forze di lavoro condotta con cadenza trimestrale dall'ASTAT, e sintetizzano l'andamento medio della situazione nell'arco dell'anno.

Le forze lavoro, costituite dagli occupati e dalle persone in cerca d'occupazione, rappresentano quella parte di popolazione da ritenersi attiva, del tutto o parzialmente, dal punto di vista produttivo. Le forze di lavoro nell'anno 2005 sono stimate pari a 229.700 unità, e sono cresciute di circa 17.000 unità negli ultimi dieci anni.

OCCUPATI PER SETTORE DI ATTIVITÀ

Gli occupati sono 223.300, il 58,4% dei quali di sesso maschile. Il 68,0% dei lavoratori è occupato nel settore dei servizi, il 24,2% nell'industria ed il 7,8% in agricoltura. Nel settore dei servizi predomina la componente lavorativa femminile (52,3% degli occupati) mentre nell'industria ed in agricoltura sono in maggior numero i lavoratori maschi (85,0% e 68,4% rispettivamente). I lavoratori dipendenti sono pari al 71,8% degli occupati.
Negli ultimi cinque anni è diminuito del 30,4% il numero degli occupati nell'agricoltura e del 5,4% gli occupati nell'industria, mentre sono cresciuti del 9,9% gli addetti nel settore dei servizi.
I lavoratori a tempo parziale sono pari al 17,5% degli occupati. Tra i lavoratori a tempo pieno sono in maggior numero gli uomini (67,9%), mentre nel tempo parziale predominano le donne (86,4%).

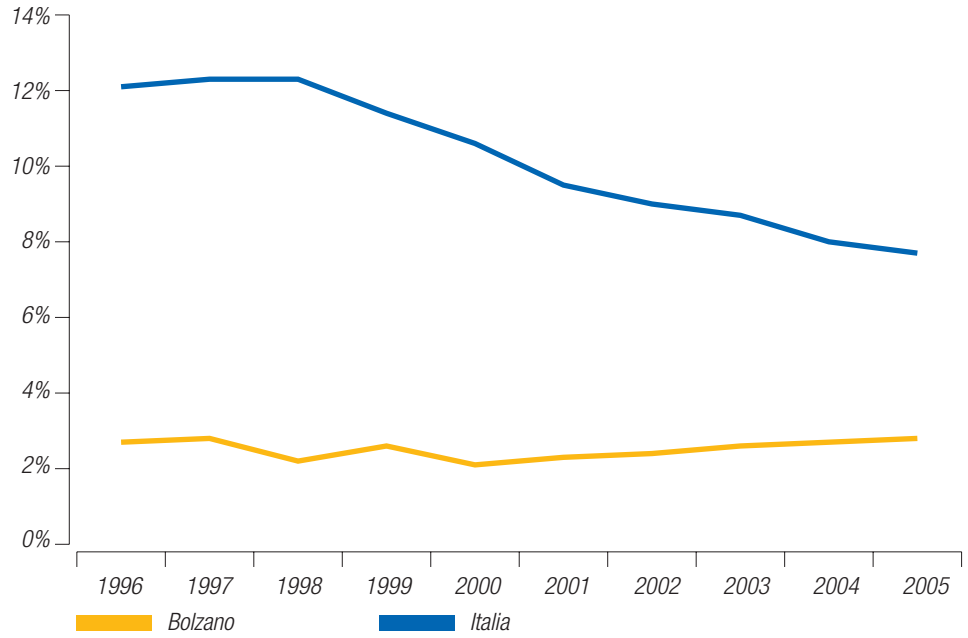
TASSO DI ATTIVITÀ

Il tasso di attività è leggermente aumentato sia tra i maschi (da 79,5% del 2001 a 80,7% del 2005), sia tra le femmine (da 59,6% del 2001 a 61,2% del 2005).
Complessivamente il tasso di attività (espresso come quota delle forze lavoro sulla popolazione in età 15-64 anni)è cresciuto a livello locale di 1,5 punti negli ultimi cinque anni (da 69,6% nel 2001 a 71,1% nel 2005), e si mantiene nel corso degli ultimi 5 anni superiore al tasso nazionale (63,0%)

TASSO DI DISOCCUPAZIONE

Il tasso di disoccupazione registrato per l'anno 2005 è pari al 2,8%, in leggero aumento rispetto l'anno precedente (+0,1 punti), e comunque su livelli fisiologici. In costante decremento a partire dal 1998 il dato a livello nazionale (7,7% nel 2004).

Figura 13: **Tasso di disoccupazione. Provincia di Bolzano e Italia - Anni 1996-2005**

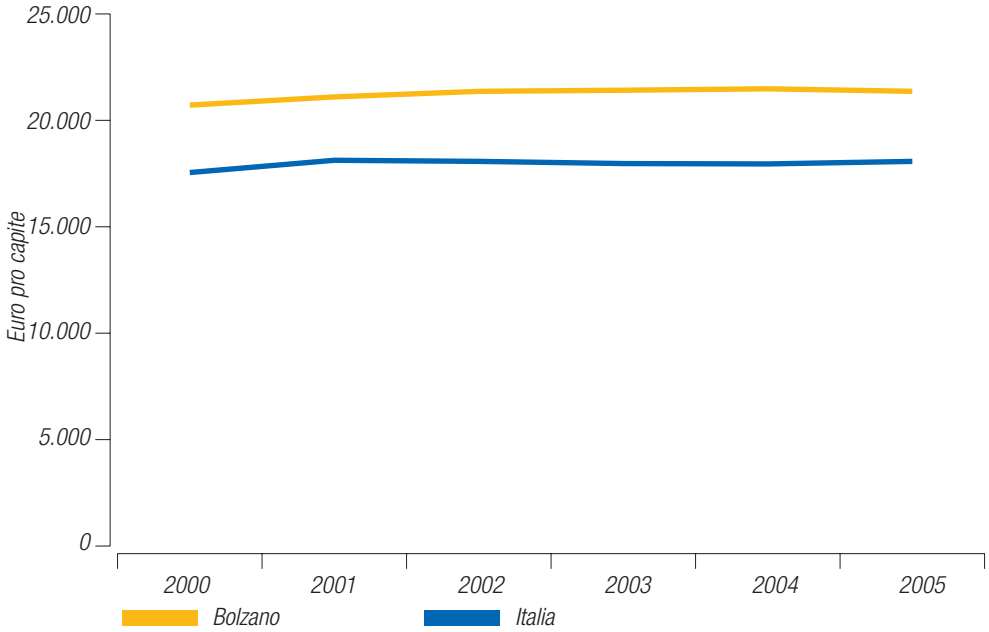


1.2.2. Prodotto Interno Lordo

La congiuntura economica negativa ed il rallentamento delle economie dei principali paesi industrializzati, ed in particolare di quelli appartenenti all'Unione Europea, si sono ripercossi anche sull'economia provinciale.
Anche a livello locale si è registrato infatti un rallentamento della crescita del Prodotto Interno Lordo (PIL), con una diminuzione della crescita del PIL a prezzi costanti, passato dal 2,2% del 2001 all'1,3% del 2005.

Il PIL pro capite della popolazione provinciale (21.600 Euro nel 2005), si mantiene costantemente superiore all'indicatore nazionale (17.900 Euro), a conferma di un maggior livello di ricchezza prodotta a livello locale.

Figura 14: **Prodotto interno lordo pro capite; prezzi costanti 2005. Provincia di Bolzano e Italia - Anni 2000-2005**



1.2.3. Consumi delle famiglie

La spesa media mensile delle famiglie nel 2005 è stata, a livello nazionale, pari a 2.398 Euro, con un aumento di 17 Euro rispetto l'anno precedente (+0,7%). In provincia di Bolzano la spesa media mensile nel 2005 è stata pari a 3.238 Euro (+35,0% rispetto al dato nazionale).

La spese si differenzia anche per i diversi capitoli. Per generi alimentari si spendono mediamente 439 € in provincia di Bolzano e 456 € complessivamente in Italia. La spesa per l'alloggio, comprensiva di affitto, spese condominiali e manutenzione ordinaria e straordinaria, é invece mediamente superiore in provincia: 819 Euro rispetto a 619 Euro complessivamente in Italia.

Nella spesa per i consumi si spende di meno per l'energia elettrica (36,6€ in provincia e 38,0€ in Italia) e per il gas (24,8 € in provincia e 46,7 € in Italia) mentre si spende di più per acqua e condominio (43,4 € in provincia e 31,4 € in Italia).

LA SPESA PER LA SALUTE

La spesa per prodotti e servizi sanitari a livello nazionale nel 2004 è stata pari al 3,8% della spesa complessiva (al netto dei contributi per il servizio sanitario), corrispondente a circa 90 Euro mensili. In provincia di Bolzano la spesa in prodotti e servizi sanitari nel 2004 è stata pari a 146 Euro mensili (4,7% della spesa complessiva), con una crescita di circa 30 Euro rispetto al 2003.

1.3. ISTRUZIONE

I dati del censimento della popolazione, svolto nel 2001, evidenziano delle differenze rilevanti nel grado d'istruzione tra la popolazione provinciale e la media nazionale.

In provincia di Bolzano la quota di persone senza titolo di studio è, dopo la provincia di Trento (1,0%), la più bassa in Italia, l'1,7% rispetto al 6,8% della media nazionale. Per contro si registra nel confronto tra le regioni italiane la più bassa quota di persone laureate (il 5,0% rispetto al 7,9% nazionale). Molto elevata invece è la proporzione di persone in possesso della licenza media, pari al 41,4% della popolazione rispetto al 31,7% della media nazionale.

Rispetto al censimento del 1991 diminuisce la quota di popolazione con il titolo di studio della scuola dell'obbligo ed aumentano diplomati e laureati. In particolare scendono dal 2,0% all'1,7% le persone senza alcun titolo e dal 33,9% al 25,3% quelle in possesso della licenza elementare. Rimane costante la percentuale di popolazione con licenza media (41,7% nel 1991, 41,4% nel 2001), mentre aumentano i diplomati (dal 19,2% al 26,6%) ed i laureati (dal 3,2% al 5,0%).

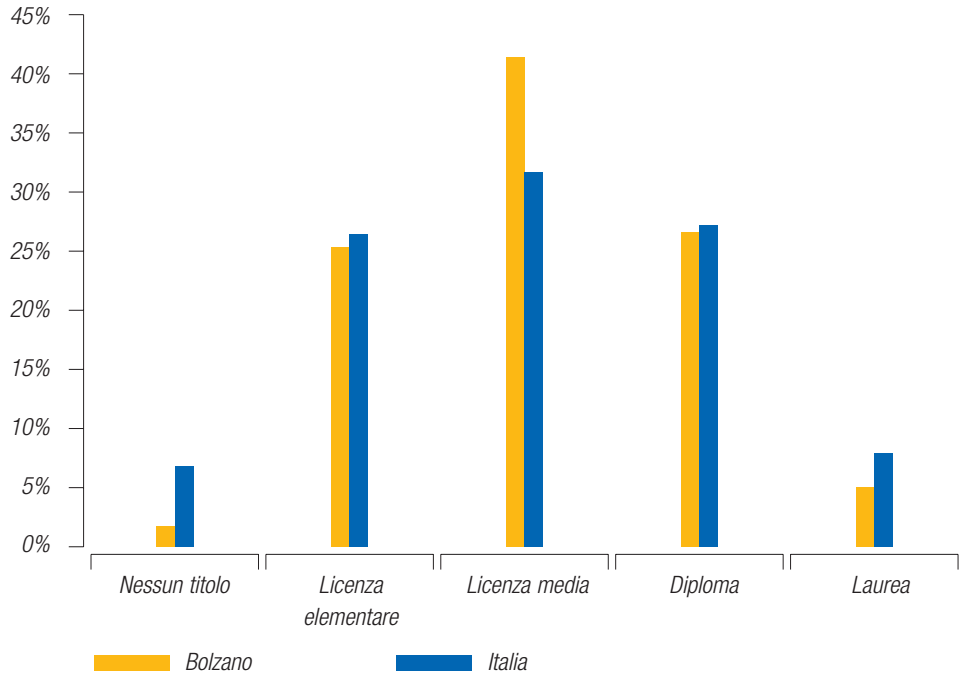
Il 96,7% della popolazione residente d'età compresa tra 6 e 14 anni era iscritta, alla data del censimento del 2001, ad un regolare corso di studi, in misura leggermente superiore alla media nazionale (96,3%).

Il tasso di proseguimento dalla scuola media inferiore alle scuole medie superiori è pari al 75,0% (anno scolastico 2004/2005), in crescita di 4 punti tra il 1995/96 ed il 2004/05.

Prosegue gli studi dopo la licenza media l'85,5% della popolazione femminile rispetto al 65,1% della popolazione maschile.

Tra i diciottenni è diplomato il 69,7% delle femmine ed il 48,2% dei maschi.

Figura 15: **Popolazione residente per grado d'istruzione. Provincia di Bolzano e Italia - Censimento 2001**



ASTAT. *Annuario Statistico della Provincia di Bolzano, 2005.*
ASTAT. *Andamento demografico in provincia di Bolzano 2005 . ASTATinfo nr. 12/2006.*
ASTAT. *Occupati e disoccupati in provincia di Bolzano 2005 . ASTATinfo nr. 11/2006.*
ISTAT. *Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 1999-2000.*
ISTAT. *Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" - anno 2000.*
ASTAT. *Rilevazione delle forze di lavoro. Valori annui medi 2005. ASTAT raccolta di tabelle nr. 4/2006.*
ISTAT-ASTAT. *I consumi delle famiglie. Anni 2003, 2004.*
ISTAT. *Statistiche in breve. Indicatori demografici, 2005.*

2. DETERMINANTI DI SALUTE

I determinanti di salute sono elementi di rischio, che interagiscono nell'impostare, mantenere, alterare le condizioni di salute nel corso della vita.
I rischi di malattia possono diversificarsi secondo molti fattori, per esempio il genere sessuale, l'attività lavorativa, l'alimentazione, le condizioni socio-economiche, l'area di residenza, ciascuno dei quali può, da solo o più spesso in concomitanza con gli altri, essere predisponente o protettivo rispetto ad una determinata patologia.
A fronte di una malattia o di un disagio, il più delle volte non basta limitarsi ad isolare il singolo fattore di rischio, ma è necessario individuare la catena dei determinanti che in combinazione produce il danno sulla salute, sia di individui singoli che di gruppi di popolazione in specifici contesti sociali.
Una malattia è quindi la conseguenza di un insieme complesso di fattori che agiscono sulla persona e spesso i comportamenti personali legati alla salute sono in grado di spiegare una quota consistente di morbosità. Non sempre però il soggetto sceglie liberamente l'esposizione a questi fattori di rischio: lo fa per esempio scegliendo di esercitare uno sport pericoloso, mentre la sua libertà di scelta è limitata nel caso di determinanti quali inquinamento ed alimentazione.
I determinanti di salute possono essere quindi strettamente individuali, come il sesso, l'età, il patrimonio genetico, oppure individuati dal comportamento personale e dallo stile di vita, da fattori sociali che possono rivelarsi un vantaggio o uno svantaggio, da condizioni di vita, lavoro e accesso ai servizi sanitari, da condizioni generali socioeconomiche, culturali e ambientali.

Tabella 1: **Determinanti di salute**

Individuali	*Socio-economici*	*Ambientali*	*Stili di vita*	*Accesso ai servizi*
• *Patrimonio genetico* • *Sesso* • *Età*	• *Condizioni economiche* • *Stato occupazionale* • *Contesto socio-culturale di vita*	• *Aria* • *Acqua ed alimenti* • *Area di residenza* • *Abitazione*	• *Abitudine al fumo* • *Alimentazione* • *Attività fisica* • *Abuso di sostanze e farmaci*	• *Sistema scolastico* • *Sistema sanitario* • *Servizi sociali* • *Trasporti* • *Attività ricreative*

I FATTORI SOCIOECONOMICI

L'esistenza di un rapporto tra salute e fattori socioeconomici è una constatazione comune in tutti i paesi sviluppati. Stato di salute e condizione socioeconomica sono legati da un rapporto bilaterale nel quale la condizione socio-economica costituisce un importante determinante dello stato di salute e lo stato di salute rappresenta un importante fattore dello sviluppo socio-economico.

L'AMBIENTE FISICO

La continua interazione tra l'individuo e l'ambiente fisico che lo circonda è un aspetto determinate sull'evoluzione delle condizioni di benessere individuali e collettive.

LO STILE DI VITA

Lo stile di vita individuale è fortemente influenzato da aspetti quali la cultura, l'occupazione, l'istruzione, il reddito e le reti sociali e comunitarie. Questi elementi si traducono in comportamenti e scelte in grado di influenzare le condizioni di salute.

L'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI

Punti critici sui quali il sistema sanitario può intervenire per modificare le disuguaglianze nella salute sono costituiti da: differente percezione del bisogno e differente domanda di salute a parità di condizioni di salute, diversa offerta ed accessibilità ai servizi a parità di domanda espressa; diversa qualità ed efficacia delle prestazioni erogate a parità di accesso ai servizi.

2.1. STILI DI VITA: FUMO, ALIMENTAZIONE, ATTIVITÀ FISICA

I problemi di salute correlati agli stili di vita possono essere ricondotti a comportamenti legati all'età, come per esempio nel caso degli adolescenti o degli anziani, ma in genere sono anche fortemente correlati a fattori culturali e socioeconomici. Tra i più importanti aspetti degli stili di vita che si ripercuotono sul benessere dell'individuo possiamo sicuramente citare l'abitudine al fumo, l'abuso di alcool e le abitudini alimentari scorrette.

2.1.1. Il fumo

Il fumo di sigaretta è un importante fattore di rischio per patologie tumorali, dell'apparato circolatorio e di quello respiratorio.
Il fumo in gravidanza è direttamente correlato con il basso peso alla nascita.
I fumatori in provincia sono circa 82.000, il 23,9% degli uomini ed il 18,9% delle donne a partire da 14 anni di età.
L'abitudine al fumo, rispetto al 2003, è in diminuzione sia tra le donne che tra gli uomini.
La maggiore prevalenza di fumatori si rileva nella classe di età tra 15 e 30 anni.
I forti fumatori sono pari al 5,9% dei fumatori, in diminuzione rispetto al 2003.
I decessi nel 2003 per cause attribuibili al fumo sono stati 607,1, pari al 15,7% di tutti i decessi.

I DANNI PER LA SALUTE

Il fumo di sigaretta è coinvolto nell'insorgenza di numerose forme di tumori maligni in sedi diverse: il polmone, le vie aeree e digestive superiori, il rene e la vescica. Il fumo rappresenta inoltre un importante fattore di rischio per malattie dell'apparato circolatorio (quali la cardiopatia ischemica, gli incidenti cerebrovascolari e le arteriopatie periferiche) e dell'apparato respiratorio (broncopneumopatie croniche ostruttive). Il basso peso alla nascita ed il ritardo di crescita intrauterino sono correlati al fumo in gravidanza. I danni per la salute del fumo si traducono in un elevato numero di decessi evitabili, ma anche di ricoveri e di disabilità evitabili, che comportano enormi costi per la società.
A differenza di altri determinanti il fumo di sigaretta è un fattore di rischio teoricamente eliminabile e per il quale è documentata l'efficacia della sospensione del comportamento dannoso per la riduzione dei rischi correlati.

L'ABITUDINE AL FUMO

L'abitudine al fumo non è equamente distribuita nella popolazione. I dati delle indagini multiscopo dell'ISTAT evidenziano che fumano di più le persone di sesso maschile, di età inferiore a trenta anni e con bassa scolarità.
I dati relativi al 2005, indicano che nella popolazione provinciale è possibile stimare circa 82 mila fumatori (45.000 mila maschi e 37.000 femmine), pari rispettivamente al 23,9% della popolazione maggiore di 14 anni d'età per i maschi ed al 18,9% per le femmine.
Rispetto al 2003 è in calo la percentuale di fumatori sia tra le donne (dal 22,5% al 18,9%), sia tra gli uomini (dal 28,7% al 23,9%). I fumatori in provincia di Bolzano sono in proporzione inferiore rispetto alla media nazionale (pari al 28,2%) mentre le fumatrici sono più presenti (15,8% la media nazionale).

Il fenomeno in provincia è maggiormente concentrato nelle fasce d'età fino a 30 anni, con il 32,1% di fumatori tra 14 e 19 anni ed il 36,5% tra 20 e 29 anni. Rispetto al dato nazionale appare più elevata in provincia la prevalenza di giovani fumatori (in Italia la percentuale di fumatori in età 14-19 anni è del 14,7% tra i maschi e del 8,7% tra le femmine). I forti fumatori (più di 20 sigarette al giorno) sono pari al 5,9% di tutti i fumatori, percentuale in diminuzione rispetto al 2003 e nettamente inferiore al valore nazionale pari al 31,7%.

A livello nazionale la metà dei fumatori fuma da almeno 20 anni, con un incremento quindi dei rischi per la salute, che aumentano in misura direttamente correlata alla durata dell'esposizione al fumo di tabacco.

Gli ex fumatori in provincia di Bolzano sono pari al 26,0% della popolazione (30,8% tra i maschi e 21,4% tra le femmine) La quota maggiore di ex fumatori si osserva nella classe di età tra 50 e 59 anni (34,9%).

Figura 1: **Fumatori nella popolazione per classe di età. Provincia di Bolzano - Anno 2003**

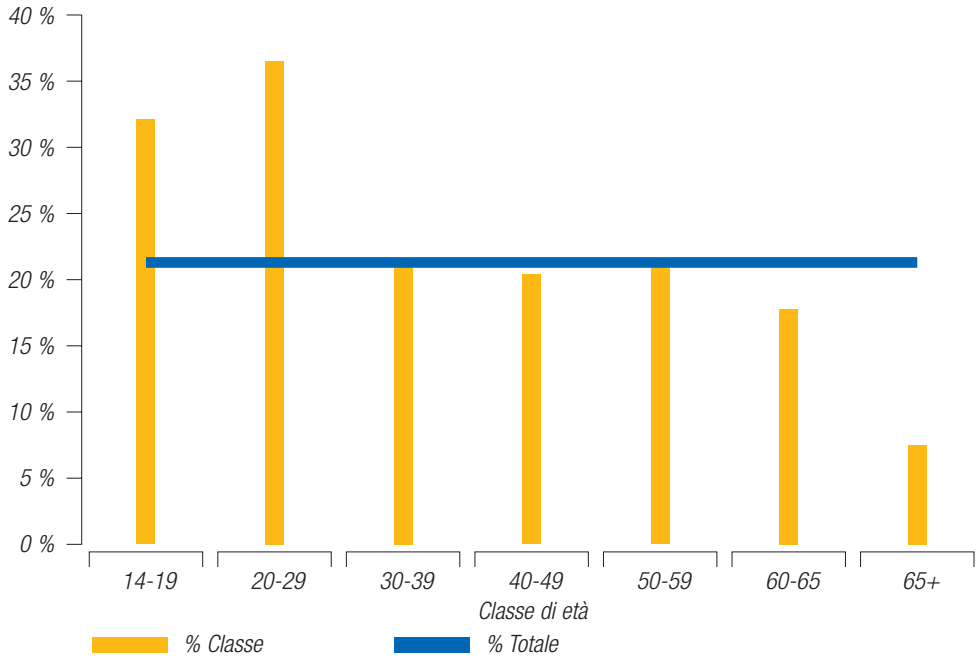
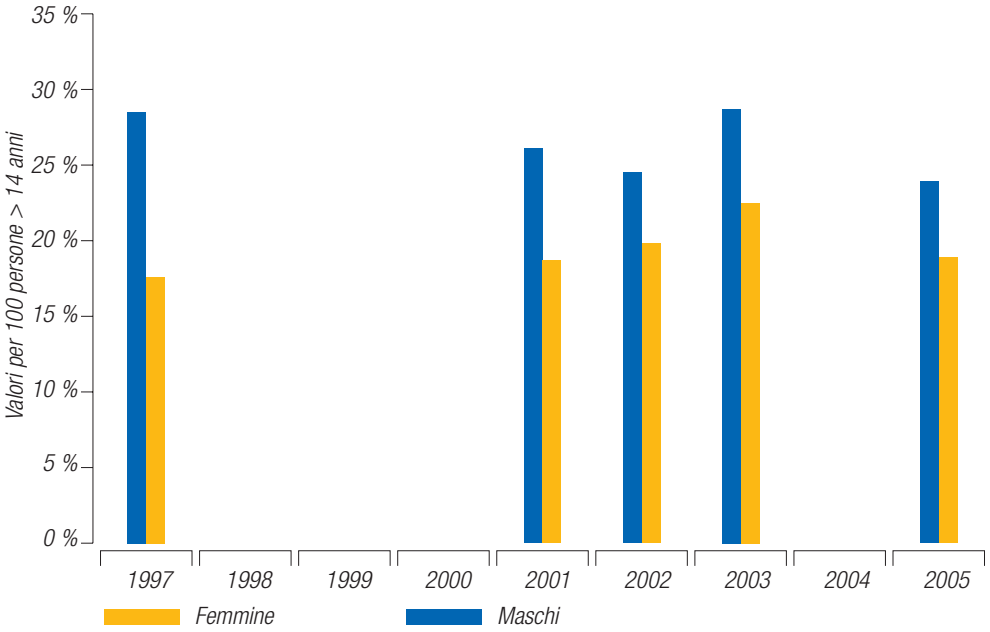


Figura 2: **Prevalenza di fumatori nella popolazione per genere. Provincia di Bolzano - Anni 1997 e 2001-2005**



Utilizzando gli schemi del programma "Smoking-Attibutable Mortality, Morbidity and Economic Costs" (SAMMEC), sviluppato nel 1987 dal Center for Disease Control and Prevention di Atlanta, nonché la prevalenza di fumatori ed ex fumatori desunta dai dati ISTAT/ASTAT dell'indagine multiscopo 1997, sono state elaborate stime sulla mortalità fumo correlata in provincia di Bolzano per 18 cause di morte negli adulti di 35 anni ed oltre.

I rischi relativi di morte per le 18 patologie fumo-correlate tra gli adulti fumatori ed ex fumatori rispetto ai non fumatori, aggiustati per età, sono gli stessi utilizzati per la popolazione americana e sono tratti dal Prevention Study dell'American Cancer Society (CPS-II Study).

La frazione di mortalità attribuibile al fumo (FAF) è calcolata per genere in funzione della prevalenza di fumatori, non fumatori ed ex fumatori nella popolazione di 35 anni ed oltre.

Le frazioni stimate di morti attribuibili al fumo in provincia di Bolzano, variano per i maschi tra il 14,6% nel caso delle malattie cerebrovascolari a partire da 65 anni d'età ed il 90,2% per bronchite cronica ed enfisema. Nelle femmine queste frazioni variano invece tra il 4,8% nel caso dei tumori maligni del rene ed il 77,6% per bronchite, enfisema ed asma.

Nel 2002 sono stati stimati circa 380,8 decessi tra i maschi e 185,9 tra le donne per cause attribuibili al fumo, valori che crescono rispettivamente a 418,1 ed a 189,0 decessi nel 2003.

Il maggior numero di decessi fumo-attribuibili tra i maschi è imputabile ai tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni (102,6 casi nel 2002 e 111,5 casi nel 2003). Tra le donne, la causa di decesso fumo-correlata più frequente è stata il tumore del polmone nel 2002 (34,8 casi) e la bronchite cronica ed enfisema nel 2003 (34,9 casi).

Tabella 2: **Decessi attribuibili al fumo per causa e genere. Provincia di Bolzano - Anno 2002**

Causa (per età ≥ 35 anni eccetto dove diversamente specificato)	Maschi		Femmine	
	FAF	Morti	FAF	Morti
Tumori maligni delle labbra, della cavità orale e della faringe	76,8%	23,0	44,7%	2,7
Tumori maligni dell'esofago	72,7%	15,3	56,1%	0,6
Tumori maligni del pancreas	27,4%	8,8	21,6%	10,1
Tumori maligni della laringe	84,1%	5,9	71,0%	0,0
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	89,2%	102,6	69,6%	34,8
Tumori maligni del collo dell'utero		0,0	9,8%	0,8
Tumori maligni della vescica	48,8%	15,1	24,8%	2,7
Tumori maligni del rene e di altri e non specificati organi urinari	40,7%	5,7	4,8%	0,3
Ipertensione	23,5%	9,6	11,9%	10,8
Malattie ischemiche del cuore: età 35-64 anni	40,3%	13,7	26,1%	2,6
Malattie ischemiche del cuore: età 65 e + anni	16,8%	41,9	10,8%	29,1
Altre malattie cardiache	21,4%	29,1	8,6%	21,8
Malattie cerebrovascolari: età 35-64 anni	36,6%	4,4	32,5%	2,3
Malattie cerebrovascolari: età 65 e + anni	14,6%	16,7	7,0%	15,6
Aterosclerosi	32,2%	14,2	10,6%	9,3
Aneurisma aortico	67,0%	7,4	51,3%	1,5
Altri disturbi delle arterie	21,2%	1,5	15,8%	1,4
Polmonite e influenza	23,9%	18,2	15,6%	10,0
Bronchite cronica e enfisema	90,2%	47,8	77,6%	29,5
Altre ostruzioni croniche delle vie respiratorie	81,6%	0,0	73,3%	0,0
TOTALE		**380,8**		**185,9**

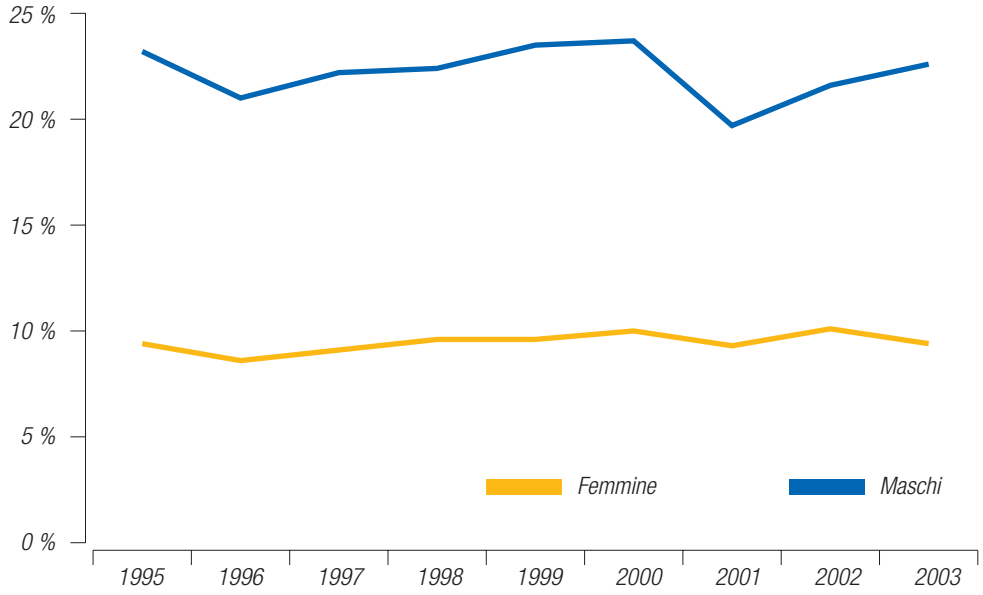
Tabella 3: **Decessi attribuibili al fumo per causa e genere. Provincia di Bolzano - Anno 2003**

Causa (per età ≥ 35 anni eccetto dove diversamente specificato)	Maschi		Femmine	
	FAF	Morti	FAF	Morti
Tumori maligni delle labbra, della cavità orale e della faringe	76,8%	23,8	44,7%	4,5
Tumori maligni dell'esofago	72,7%	16,7	56,1%	3,9
Tumori maligni del pancreas	27,4%	11,2	21,6%	10,4
Tumori maligni della laringe	84,1%	8,4	71,0%	1,5
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	89,2%	111,5	69,6%	25,1
Tumori maligni del collo dell'utero		0,0	9,8%	0,4
Tumori maligni della vescica	48,8%	13,2	24,8%	3,0
Tumori maligni del rene e di altri e non specificati organi urinari	40,7%	9,8	4,8%	0,6
Ipertensione	23,5%	9,4	11,9%	12,1
Malattie ischemiche del cuore: età 35-64 anni	40,3%	16,9	26,1%	1,6
Malattie ischemiche del cuore: età 65 e + anni	16,8%	43,9	10,8%	30,7
Altre malattie cardiache	21,4%	28,8	8,6%	18,3
Malattie cerebrovascolari: età 35-64 anni	36,6%	2,9	32,5%	3,2
Malattie cerebrovascolari: età 65 e + anni	14,6%	17,2	7,0%	14,1
Aterosclerosi	32,2%	19,6	10,6%	8,4
Aneurisma aortico	67,0%	4,7	51,3%	3,1
Altri disturbi delle arterie	21,2%	0,8	15,8%	0,8
Polmonite e influenza	23,9%	16,0	15,6%	12,6
Bronchite cronica e enfisema	90,2%	63,1	77,6%	34,9
Altre ostruzioni croniche delle vie respiratorie	81,6%	0,0	73,3%	0,0
TOTALE		**418,1**		**189,0**

Rispetto a tutte le cause di morte ed a tutte le classi d'età, la frazione complessiva di decessi attribuibile al fumo nel 2003 è stimabile pari al 22,6% per gli uomini ed al 9,4% per le donne.

La tendenza nel periodo esaminato è sostanzialmente stabile sia per gli uomini che per le donne.

Figura 3: **Decessi attribuibili al fumo sul totale dei decessi per tutte le cause. Provincia di Bolzano - Anni 1995-2003**



2.1.2. L'alimentazione

La nutrizione è uno dei maggiori determinanti di salute ed è fortemente correlata all'insorgenza di tumori e malattie cardiovascolari.
Le carenze alimentari più rilevanti nelle popolazioni sviluppate riguardano lo iodio, l'acido folico ed il ferro.
La prevalenza del gozzo in provincia di Bolzano è stata ridotta, grazie alla iodioprofilassi, dal 24% all'1,5%.
La quota della spesa delle famiglie destinata ai generi alimentari è diminuita negli ultimi 30 anni dal 40% al 15%.
La prevalenza di obesi nella popolazione di 14 anni e più è pari all'8,2%, mentre quella di persone in soprappeso è del 30,8%, in entrambi i casi inferiore alla media nazionale.

La nutrizione è riconosciuta come uno dei maggiori determinanti di salute. Insieme al fumo ed alla scarsa attività fisica rappresenta uno dei determinanti più importanti per le malattie cardiovascolari ed i tumori. E' stato stimato come attribuibile alla dieta tra il 30 e il 40% dei tumori, oltre un terzo delle morti per malattie cardiovascolari nelle persone con meno di 65 anni. Almeno l'80% dei casi di diabete di secondo tipo sono correlati all'obesità e al soprappeso. Le diete ricche di grassi animali e povere di frutta e verdura, specialmente se associate all'abitudine al fumo, all'ipertensione ed all'obesità, sono responsabili di gravi danni per la salute nonché dello sviluppo di patologie largamente diffuse nella popolazione.
La nutrizione e le abitudini alimentari legate alla salute, la qualità e l'igiene degli alimenti, le intolleranze alimentari ed i disturbi dell'alimentazione sono aspetti rilevanti nella relazione tra alimentazione e salute.

Alcune carenze nutrizionali rilevanti per la salute pubblica che permangono nei paesi sviluppati sono legate alla carenza di acido folico, di iodio e di ferro.

LA CARENZA DI ACIDO FOLICO

Alla carenza di acido folico nella donna in determinate fasi della gravidanza è attribuito un incremento di malformazioni neonatali quali spina bifida o anacefalia. L'acido folico si trova in abbondanza in alcuni alimenti come le verdure a foglia verde, le arance, i legumi, i cereali, i limoni, i kiwi e le fragole e nel fegato. Il processo di cottura però distrugge la grande maggioranza di folato presente nei cibi. Negli Stati Uniti è stata disposta nel 1998 da parte dell'organismo federale statunitense per la sorveglianza sui farmaci e sugli alimenti (Food and Drug Administration, FDA), la fortificazione dei cereali di maggior consumo (farina, pane, riso ed altri prodotti a base di cereali) con l'aggiunta di acido folico. In Italia, non esiste l'obbligo di produzione di alimenti fortificati, anche se alcune industrie alimentari presentano sul nostro mercato alcuni alimenti fortificati come cereali da colazione, succhi di frutta, un latte speciale UHT e qualche altro prodotto.

LA CARENZA DI IODIO

La carenza di iodio è una delle più importanti cause di ritardi mentali prevenibili ed è, secondo stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), uno dei più gravi problemi di salute pubblica a livello mondiale. Essa si traduce in diverse patologie, più o meno gravi secondo l'età ed il sesso, come l'iper- o l'ipotiroidismo. Lo iodio è contenuto soprattutto nel pesce, mentre varia invece nelle verdure secondo i terreni di coltivazione. La presenza dell'elemento negli alimenti e nelle acque è però spesso troppo scarsa rispetto al fabbisogno umano.

LA PROFILASSI IODICA

Una profilassi iodica può aiutare nella prevenzione del gozzo endemico e degli altri disordini da carenza iodica. La profilassi, che consiste in misure semplici come l'assunzione di sale iodato, ha portato alla completa eradicazione del gozzo in alcuni paesi europei, come la Svizzera ed i paesi Scandinavi. L'Europa rimane una delle regioni a più basso utilizzo di sale iodato nelle famiglie (27 per cento contro il 90 per cento delle famiglie statunitensi). In Italia è stata avviata dal 1997 una Campagna nazionale di educazione alimentare ma la vendita di questo tipo di sale è ancora troppo scarsa (circa il 3 per cento di tutto il sale alimentare).

LA IODIOPROFILASSI IN PROVINCIA DI BOLZANO

Un programma di iodioprofilassi in provincia di Bolzano è stato avviato già dal 1982, sostenuto da una serie di campagne di sensibilizzazione. La carenza di iodio in provincia determinava infatti una forte prevalenza del gozzo endemico. La valutazione del programma con un'indagine campionaria nelle scuole elementari e medie provinciali ha permesso di evidenziare la diminuzione della prevalenza del gozzo di grado 1B, quella più grave, da 23,6% nel 1982 a 1,5% nel 2001, mentre quella di grado 1A è diminuita da 25,5% nel 1982 a 13% nel 2001.

Il consumo di sale fino iodato in provincia è passato da circa 300 quintali nel 1983, ad olte 3.000 quintali all'inizio degli anni '90, a 3.500 quintali nel 2000. Si può stimare che il consumo di sale iodinato sia pari al 30% del consumo complessivo di sale.

LA CARENZA DI FERRO

Un deficit alimentare di ferro incide in primo luogo sulle scorte depositate nel fegato, nella milza e nel midollo osseo, mentre in un secondo tempo provoca la diminuzione della concentrazione media di emoglobina. La carenza di ferro provoca astenia, affaticabilità, facilità a contrarre infezioni e anemia. L'eccesso di ferro provoca invece danni agli organi in cui si accumula.

Il ferro è contenuto negli alimenti in due forme differentemente assimilabili dal nostro organismo. Nel caso del ferro contenuto nel pesce, nella carne ed in alcuni vegetali si ha una maggiore biodisponibilità, mentre il ferro contenuto nelle uova e nei prodotti lattiero

caseari è più difficilmente metabolizzabile.

La capacità individuale di adottare abitudini alimentari sane è condizionata da fattori di natura macroeconomica, culturale e sociale. Negli ultimi decenni, in Europa, è notevolmente diminuita la quota di reddito famigliare speso per l'alimentazione. In provincia la quota del consumo alimentare nei consumi finali delle famiglie è passata dal 39,4% del 1973 al 14,9% del 2002 (il 19,4% a livello nazionale). Sono inoltre mutate le diete ed i contenuti nutrizionali, a seguito dei cambiamenti nella produzione e commercializzazione degli alimenti, dei cambiamenti negli stili di vita nonché della diversa capacità di influenzare le scelte di consumo da parte dei mezzi di comunicazione di massa.

Il differente approccio alla dieta è mutato anche dal punto di vista delle differenze sociali. Le diete ricche di grassi e carni sono ora seguite dai ceti socialmente più svantaggiati, mentre le persone più istruite hanno assunto comportamenti alimentari più orientati alla salute, con ripercussioni anche nei profili di mortalità della popolazione dove le malattie del sistema circolatorio, al contrario che nel passato, sono ora più diffuse nelle classi meno abbienti.

LE ABITUDINI ALIMENTARI IN PROVINCIA DI BOLZANO

I dati sulle abitudini alimentari in provincia di Bolzano provengono dall'Indagine Multiscopo ISTAT condotta nel 2005 dall'ASTAT, e si riferiscono, dove non altrimenti indicato, alla popolazione a partire da 3 anni di età.

LE ABITUDINI ALIMENTARI IN PROVINCIA DI BOLZANO

È d'uso tra la popolazione provinciale iniziare la giornata con la colazione (94,3%) ed in particolare il 72,1% degli intervistati dichiara di fare una colazione completa (il 73,2% della popolazione di lingua tedesca ed il 69,3% di quella di lingua italiana), bevendo the, caffè, caffelatte o cappuccino e mangiando qualcosa. A livello nazionale dichiara di fare una colazione adeguata il 77,5% della popolazione (anno 2003).

Il pasto principale della giornata è considerato il pranzo (83,7% della popolazione, il 77,2% di quella delle aree urbane e l'88,1% di quella delle aree rurali). A livello nazionale è minore la quota di popolazione che considera il pranzo come il pasto principale (70,6% nel 2003). La cena è il pasto principale per il 10,8% della popolazione (21,7% a livello nazionale nel 2003).

Il 75,2% della popolazione consuma almeno un piatto di pasta al giorno (87,7% il dato nazionale del 2003). Il 16,8% della popolazione consuma salumi almeno una volta al giorno, il 3,5% carni bianche, il 2,4% carni bovine, l'1,2% carne di maiale, il 46,1% formaggi e latticini, il 5,2% uova, l'1,2% pesce.

Il 24,2% della popolazione consuma pesce almeno qualche volta alla settimana (57,2% la media nazionale del 2003). Il 73,0% consuma giornalmente una porzione di verdura, il 25,4% ne consuma due. Il 55,3% consuma giornalmente una porzione di frutta, il 35,2% ne consuma due.

Il 6,2% dei ragazzi tra 14 e 19 anni consuma giornalmente snack salati (1,3% la media complessiva), il 12,4% della popolazione mangia almeno un dolce al giorno.

Il 65,2% della popolazione presta attenzione alla quantità di sale ed al consumo di cibi salati, ed il 75,5% consuma sale arricchito con iodio (il 26,9% la media nazionale 2003).

Il 43,1% della popolazione di 14 anni o più consuma raramente o mai acqua minerale, l'84,8% consuma raramente o mai bevande gasate (esclusa l'acqua minerale).

Tabella 4: **Alimenti per frequenza di consumo. Valori per 100 persone di 3 anni e oltre. Provincia di Bolzano - Anno 2005**

	Più di 1 volta al giorno	1 volta al giorno	Qualche volta alla settimana	Meno di una volta alla alla settimana	Mai
Pane, pasta, riso	31,7	43,8	23,7	1,0	0,1
Salumi	1,8	15,0	46,8	26,8	9,6
Pollo, tacchino, coniglio, vitello	0,3	3,2	38,0	51,2	7,4
Carni bovine	0,2	2,2	40,1	50,4	7,1
Carni di maiale escluso salumi	0,1	1,1	26,9	51,7	20,2
Pesce	0,0	1,2	24,2	62,4	12,2
Latte	17,0	48,9	13,0	6,8	14,4
Formaggi, latticini	8,0	38,1	41,4	9,8	2,7
Uova	0,9	4,3	43,6	44,0	7,2
Verdura in foglia o cotta	13,3	46,5	27,7	9,6	2,9
Pomodori, Melanzane, peperoni, finocchi	9,0	32,7	42,4	12,7	3,2
Frutta	28,6	42,1	22,6	4,8	1,9
	nessuna porzione al giorno	1 porzione al giorno	2 porzioni al giorno	3-4 porzioni al giorno	5 o più porzioni al giorno
Porzioni di insalata, ortaggi, verdura	-	73,0	25,4	1,6	-
Porzioni di frutta	0,1	55,3	32,5	10,5	1,5

Fonte: ASTAT

IL SOPRAPPESO E L'OBESITÀ

Sovrappeso e obesità aumentano in maniera allarmante in tutta Europa. L'obesità in particolare rappresenta un serio problema di salute pubblica, accresce significativamente il rischio di determinate malattie croniche quali quelle cardiovascolari, il diabete di tipo 2 ed alcuni tumori.

L'obesità sta aumentando in tutte le fasce d'età, in particolare fra i bambini. L'eccesso ponderale nell'infanzia è un fattore di rischio per l'obesità adulta e per l'insorgenza di malattie in età avanzata, come le malattie del cuore e l'ipertensione.

Anche nel caso degli eccessi di peso è ben documentato il ruolo ricoperto dal livello d'istruzione e dalla classe sociale d'appartenenza, seppur con modalità ed intensità diverse per uomini e donne. Le disuguaglianze sono particolarmente evidenti tra le donne, tra le quali le meno istruite e quelle in condizioni socio economiche meno favorevoli presentano eccessi di prevalenza di obesità, che crescono al peggiorare della condizione socio-economica. Per le donne meno istruite il rischio di avere un eccesso ponderale di primo grado aumenta di una volta e mezza rispetto a laureate e diplomate, si triplica nel caso di obesità di secondo grado e raggiunge livelli molto più elevati nel caso dell'obesità di terzo grado. Al contrario il sottopeso è più diffuso fra le donne di livello socioeconomico e culturale più elevato.

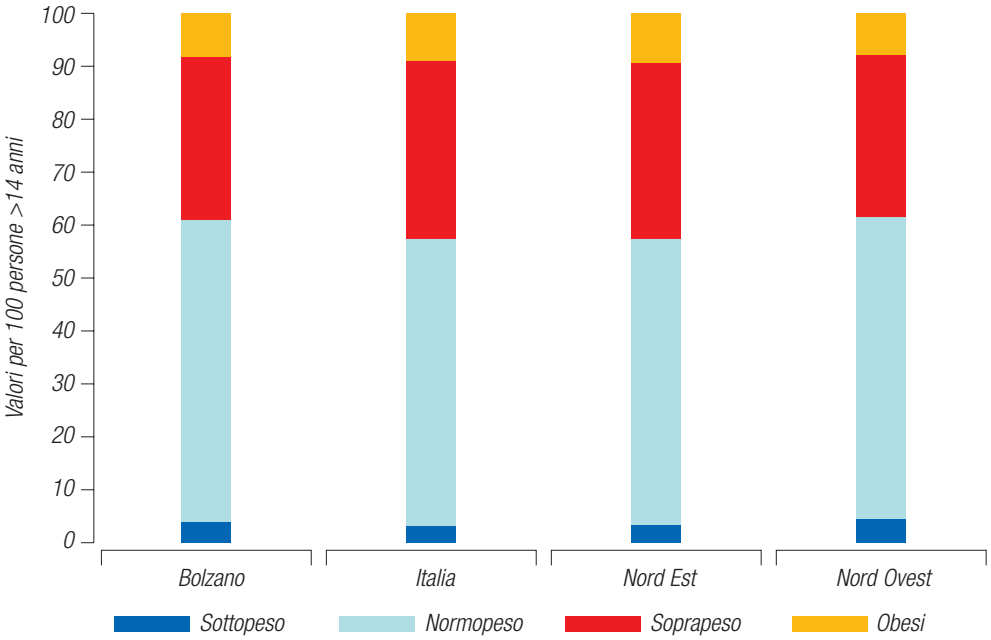
Dai dati nazionali del 2003 si rileva che la popolazione obesa cresce all'aumentare dell'età: 1,7% tra 18 e 24 anni, 6,2% tra 25 e 44 anni, 13% tra 45 e 64 anni, 13,4% oltre i 64 anni. I maschi sono proporzionalmente più in soprappeso rispetto alle femmine (42,1% contro 25,8%) e più obesi (9,3% contro 8,7%).

L'eccesso ponderale è inoltre una caratteristica più diffusa negli adulti con più basso titolo di studio, e riguarda sia gli uomini che le donne.

PERSONE OBESE O IN SOPRAPPESO IN PROVINCIA DI BOLZANO

La stima dai dati dell'Indagine Multiscopo 2003 del numero di persone obese (Indice di Massa Corporea ≥ 30) in provincia di Bolzano è pari all'8,2% della popolazione partire da 14 anni di età (il 5,8% nel 2002, 9,0% complessivamente in Italia). Il 57,2% risulta avere un peso nella norma (54,1% la media nazionale) mentre il 30,8% è soprappeso (33,6% la media nazionale).

Figura 4: **Popolazione per classi di peso (BMI): Provincia di Bolzano, Italia, Nord Est, Nord Ovest - Anno 2003**

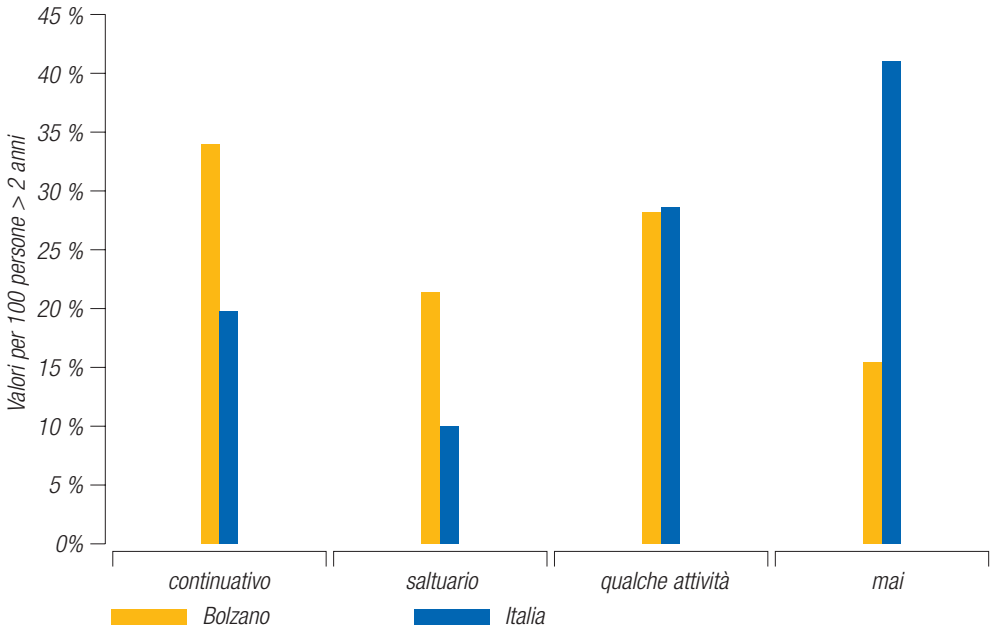


2.1.3. L'attività fisica

La pratica di attività fisica è protettiva rispetto all'insorgenza di malattie cardiovascolari.
Il 22% degli altoatesini è socia attiva in un gruppo sportivo.
Il 55% della popolazione pratica almeno saltuariamente uno sport rispetto al 30% a livello nazionale.

E' dimostrato che la pratica di adeguata e regolare attività fisica aerobica è in grado di agire come fattore protettivo verso patologie ad incidenza elevata nella popolazione generale, quali malattie cardiovascolari in generale e coronaropatia e ipertensione arteriosa in particolare, osteoartriti, osteoporosi.
A livello provinciale, nel 2003, il 21,7% della popolazione è socia attiva di una società sportiva, ed in particolare il 31,3% dei maschi ed il 12,4% delle femmine.
Dall'indagine multiscopo del 2002 risulta inoltre una quota del 34,0% di persone con almeno 3 anni di età che praticano sport con continuità, rispetto ad una quota del 19,8% rilevata a livello nazionale. Le persone che praticano saltuariamente uno sport sono il 21,4%, contro il 10% a livello nazionale. I non praticanti sono pari al 15,4% della popolazione a partire da 3 anni di età, mentre complessivamente in Italia sono il 41,0%.
Rispetto ai dati della Multiscopo 1997 si rileva una crescita della quota di praticanti del 7,7% a livello locale e del 3,1% a livello nazionale, mentre le persone che non praticano attività sportiva crescono del 5,4% in provincia e del 3,1% in Italia.

Figura 5: **Persone che svolgono attività fisica: Bolzano e Italia - Anno 2002**



2.2. L'ABUSO DI SOSTANZE

I pazienti dimessi da ospedali provinciali con diagnosi di uso di droghe sono state 110 nel corso del 2005 (41,6 per 100.000 abitanti).
Nel corso del 2005 sono stati 1.328 gli assistiti dai SerT, 767 dei quali come utenti in carico, e tra questi 84 nuovi utenti in carico.
È in aumento il consumo di bevande alcoliche lontano dai pasti.
Il consumo di bevande alcoliche fuori pasto tende a diffondersi sempre più tra i giovani e tra le donne.
Sono state dimesse 1.568 persone dagli ospedali provinciali con diagnosi alcol correlate (327,6 ogni 100.000 abitanti).
I decessi alcol correlati sono stati 22 nel 2003, pari a 4,7 per 100.000 abitanti.
Gli utenti con dipendenza da alcol presi in carico nel 2005 da parte dei SerT e delle associazioni private provinciali sono stati 1.873 (3,9 per 1.000 abitanti).

La dipendenza patologica è definita dalla comunità scientifica internazionale come una condizione caratterizzata dalla presenza di un desiderio compulsivo ad assumere la sostanza (craving), con perdita del controllo a limitarne l'uso, ed una caratteristica sindrome d'astinenza, che insorge, con sintomi e segni fisici e motivazionali di malessere, quando la sostanza viene sospesa.
Oltre ad influenzare direttamente la salute, le dipendenze patologiche influenzano più o meno negativamente i comportamenti sociali dell'individuo.
Gli indicatori proposti dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT) per il monitoraggio del fenomeno fanno riferimento all'uso di sostanze nella popo-

lazione generale, all'uso problematico di sostanze, alla domanda di trattamento, alle patologie infettive, ai decessi correlati.
Ulteriori indicazioni sull'evoluzione del fenomeno possono venire da indicatori sulla criminalità correlata alla droga (denunce, operazioni antidroga, procedimenti penali, condanne e soggetti detenuti per reati correlati alla droga) e dalle segnalazioni per possesso di sostanze stupefacenti (art 75 del DPR 309/90).

2.2.1. La dipendenza da droghe

I dati nazionali del 2004 (Relazione al Parlamento) evidenziano che circa il 26% della popolazione tra 15 e 44 anni d'età ha fatto uso almeno una volta nella vita di cannabinoidi (il 32,1% tra gli studenti), che il 5,4% ha assunto almeno una volta della cocaina (il 4,8% tra gli studenti). Fattori protettivi rispetto all'assunzione di sostanze appaiono la percezione del rischio (pur in diminuzione come capacità protettiva) ed avere un buon livello culturale per quanto riguarda la popolazione generale, l'andare a scuola ed avere un buon rendimento scolastico nella popolazione giovanile.
Fattori di prevenzione appaiono anche il coinvolgimento dei genitori nella vita dei figli mentre tra i fattori di rischio sono da segnalare il comportamento aggressivo, l'impulsività e la propensione ad essere coinvolti in episodi conflittuali.

ESPERIENZA DI CONSUMO IN PROVINCIA DI BOLZANO

L'indagine sui giovani, condotta dall'ASTAT nel 2004, offre un contributo informativo sulle esperienze di consumo di sostanze illegali in provincia di Bolzano da parte della popolazione giovane (12-25 anni).
Le esperienze di consumo più frequenti riguardano la cannabis, per la quale il 7,9% degli intervistati ha dichiarato di farne attualmente uso, mentre il 29% ha affermato di averla assunta almeno una volta nel passato o di averla provata un paio di volte. Complessivamente il 36,9% degli intervistati ha quindi assunto la cannabis almeno una volta nella vita, mentre circa il 20% degli intervistati ha dichiarato esperienze con prodotti farmaceutici.

Tabella 5: **Esperienza dell'uso di sostanze stupefacenti nella popolazione di 12-25 anni di età. Valori percentuali - Anno 2004**

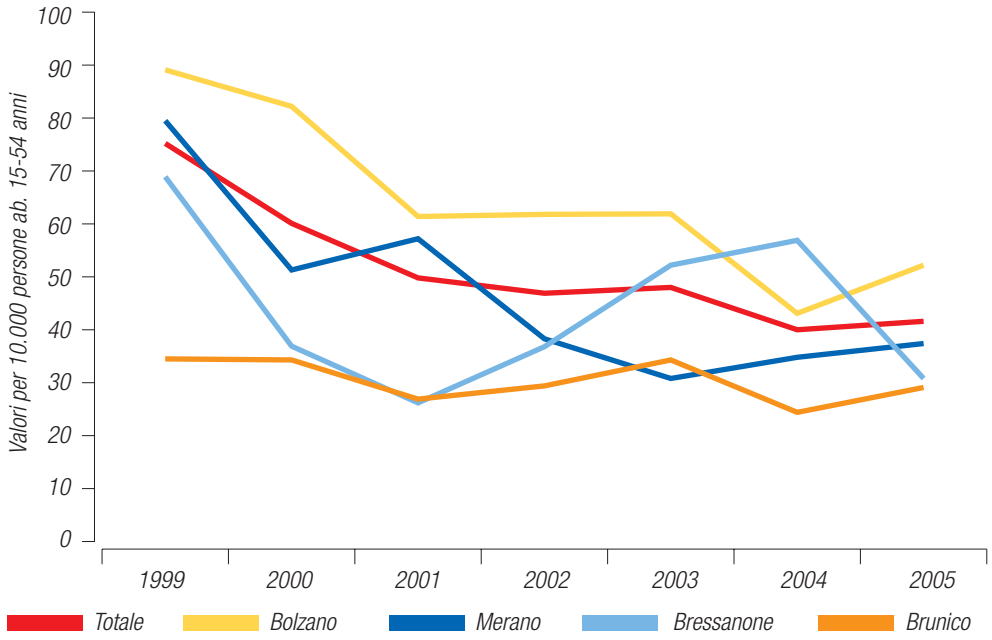
	Mai	*Occasionale*	*Abituale*	*Una volta nella vita*
Cannabis	*63,1*	*29,0*	*7,9*	*36,9*
Farmaci	*80,4*	*17,0*	*2,6*	*19,6*
Poppers	*92,8*	*6,8*	*0,4*	*7,2*
Funghi allucinogeni	*93,7*	*6,0*	*0,3*	*6,3*
Cocaina	*94,4*	*4,5*	*1,1*	*5,6*
Prodotti da sniffare	*95,0*	*4,7*	*0,3*	*5,0*
Ecstasy	*95,1*	*4,4*	*0,5*	*4,9*
Stimolanti	*95,6*	*4,0*	*0,4*	*4,4*
Altri	*96,0*	*3,0*	*1,0*	*4,0*
LSD	*96,1*	*3,6*	*0,3*	*3,9*
Anabolizzanti	*98,6*	*1,1*	*0,3*	*1,4*
Eroina	*99,3*	*0,5*	*0,2*	*0,7*
Metadone	*99,6*	*0,4*	*0,0*	*0,4*

Fonte: ASTAT

DIMISSIONI OSPEDALIERE DROGA-CORRELATE

Attraverso i dati sull'assistenza ospedaliera è possibile rilevare la domanda soddisfatta di accesso ai servizi ospedalieri per cause legate alla dipendenza da sostanze. I dati per diagnosi sono stati elaborati in conformità al protocollo dell'EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction) per i decessi droga correlati.
Per le dimissioni ospedaliere droga-correlate, in particolare, sono stati utilizzati i codici ICD-IX 292 (psicosi indotta da droghe), 304.0 (dipendenza da oppioidi), 304.2-304.9 (dipendenza da cocaina, cannabinoidi, amfetamina e psicostimolanti, allucinogeni, altre), 305.2-305.3 (abuso di cannabinoidi e allucinogeni), 305.5-305.7 (abuso di oppioidi, cocaina, amfetamina), 305.9 (altri abusi). Sono state considerate sia le diagnosi principali che quelle secondarie.
I dati riportati fanno riferimento ai pazienti dimessi e non alle dimissioni: un paziente con più dimissioni in un anno per la diagnosi di interesse viene conteggiato una sola volta nell'anno.
Sono stati 110 i dimessi nel 2005 da istituti di cura provinciali per cause correlate alla droga, pari ad un tasso di 41,6 per 100.000 abitanti di età compresa tra 15 e 54 anni.
I dati ospedalieri sui dimessi per uso/abuso di droghe ed alcol evidenziano un andamento decrescente negli ultimi anni, in accordo con l'andamento della prevalenza di tossicodipendenti in carico ai SerT nello stesso periodo di tempo.

Figura 6: **Dimissioni ospedaliere per cause droga-correlate per azienda sanitaria in provincia di Bolzano - Anni 1999-2005**

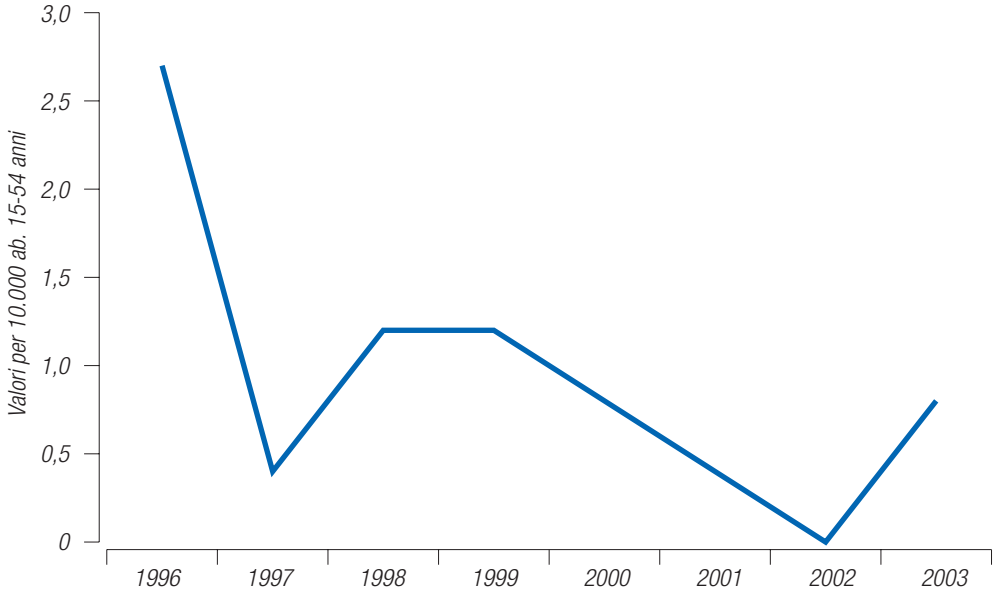


MORTALITÀ DROGA CORRELATA

I decessi correlati all'uso di droga sono stati individuati mediante la diagnosi principale di decesso codificata dal Registro Provinciale di Mortalità.
I decessi per AIDS sono stati individuati attraverso i codici ICD IX 279.1 e 042.
I decessi correlati all'utilizzo di farmaci o droghe sono stati individuati con il codici ICD IX 292 (psicosi da farmaci) 304.0 (farmacodipendenza da morfine), 304.2-304.9 (farmacodipendenza da cocaina, cannabinoidi, amfetamina e psicostimolanti, allucinogeni, altre), 305.2-305.3 (abuso di cannabinoidi e allucinogeni), 305.5-305.7 (abuso di oppioidi, cocaina, amfetamina), 305.9 (altri abusi).

Negli anni tra il 2001 ed il 2003 risultano 17 decessi per AIDS (8 nel 2001, 3 nel 2002 e 6 nel 2003) e 3 decessi correlati all'uso di droga (1 nel 2001 e 2 nel 2003).

Figura 7: **Mortalità per cause droga-correlate. Provincia di Bolzano - Anni 1996-2003.**



L'assistenza territoriale ai tossicodipendenti è garantita dai SerT istituiti presso ciascuna delle quattro aziende sanitarie. L'assistenza in comunità terapeutica sul territorio provinciale è erogata presso l'associazione "La Strada – Der Weg". Nell'ambito della prevenzione primaria e secondaria delle dipendenze opera inoltre l'Associazione Forum Prevenzione, convenzionata con la provincia.

UTENTI IN CARICO

Nel corso del 2005 sono stati 1.328 gli utenti assistiti dai SeT per problemi di tossicodipendenza, con un'assunzione in carico di 767 soggetti, pari al 57,8% delle persone complessivamente assistite. Gli utenti appoggiati sono stati 148.

Tabella 6: **Tossicodipendenti assistiti dai SerT in provincia di Bolzano - Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Utenti in carico	455	213	56	43	**767**
Soggetti appoggiati	91	24	13	20	**148**
Altri utenti	218	65	56	74	**413**
TOTALE	**764**	**302**	**125**	**137**	**1.328**

Fonte: SerT

La prevalenza puntuale media provinciale è di 2,9 utenti per 1.000 abitanti di età compresa tra 15 e 54 anni, con oscillazioni da 1,0 per il SerT di Brunico a 4,0 per 1.000 per quello di Bolzano. Il fenomeno appare in progressiva diminuzione nel corso degli ultimi anni.

Figura 8: **Tossicodipendenti in carico ai SerT in provincia di Bolzano - Anno 2005**

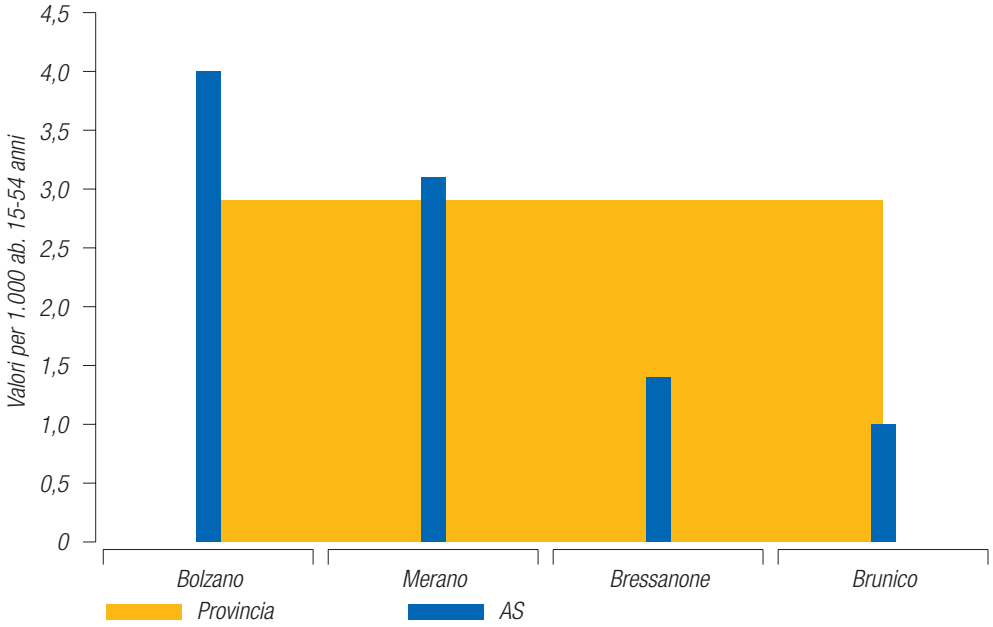
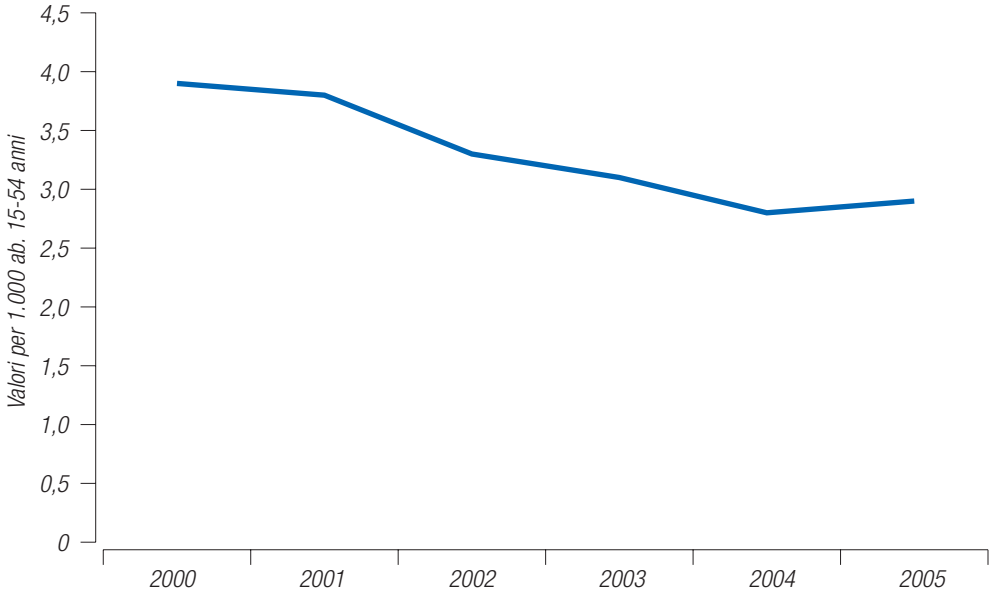


Figura 9: **Prevalenza di tossicodipendenti in carico ai SerT in provincia di Bolzano - Anni 2000-2005**



L'età media degli utenti in carico è pari a 36,7 anni per gli uomini (36,1 nel 2004) ed a 37,8 anni per le donne (36,4 nel 2004). Il 24,5% degli utenti ha meno di 30 anni. Il 59,7% ha meno di 40 anni.

L'eroina rappresenta la sostanza d'abuso primaria per il 68,2% degli utenti tossicodipendenti in carico (75,1% nel 2004). La sostanza primaria è costituita nel 13,7% dei casi dai cannabinoidi (11,7% nel 2004) e nel 6,8% dalla cocaina. La quota di soggetti che assume l'eroina come sostanza d'abuso primaria è pari al 74,5% presso il SerT di Bolzano, al 66,2% a Merano, al 46,4% a Bressanone ed al 39,5% a Brunico.

Per il 59,2% degli utenti fino 24 anni di età la sostanza di abuso primaria è costituita dai cannabinoidi, mentre a partire da 25 anni diventa preponderante l'abuso primario di eroina (63,7% tra 25 e 34 anni, 81,9% tra 35 e 44 anni, 78,5% a partire da 45 anni).

Sono stati 231 i nuovi assistiti dei SerT provinciali nel corso del 2005, 84 dei quali (pari al 36,4%) sono stati assunti come nuovi utenti in carico. Sono stati rilevati inoltre 47 utenti, già assistiti dai SerT, rientrati in carico nel 2005, e 100 nuovi utenti segnalati dal Commissariato del Governo, da altre prefetture, dal Tribunale dei Minori, dal Tribunale di Sorveglianza, o dalla Commissione Medica Multizonale, per i quali non esistevano segnalazioni negli anni precedenti.
Ogni 10.000 abitanti di età 15-54 anni si rileva un'incidenza media di 3,2 nuovi utenti in carico, con valori oscillanti tra 2,2 per il SerT di Bolzano e 5,1 per quello di Bressanone.

Figura 10: **Nuovi tossicodipendenti in carico ai SerT in provincia di Bolzano - Anno 2005**

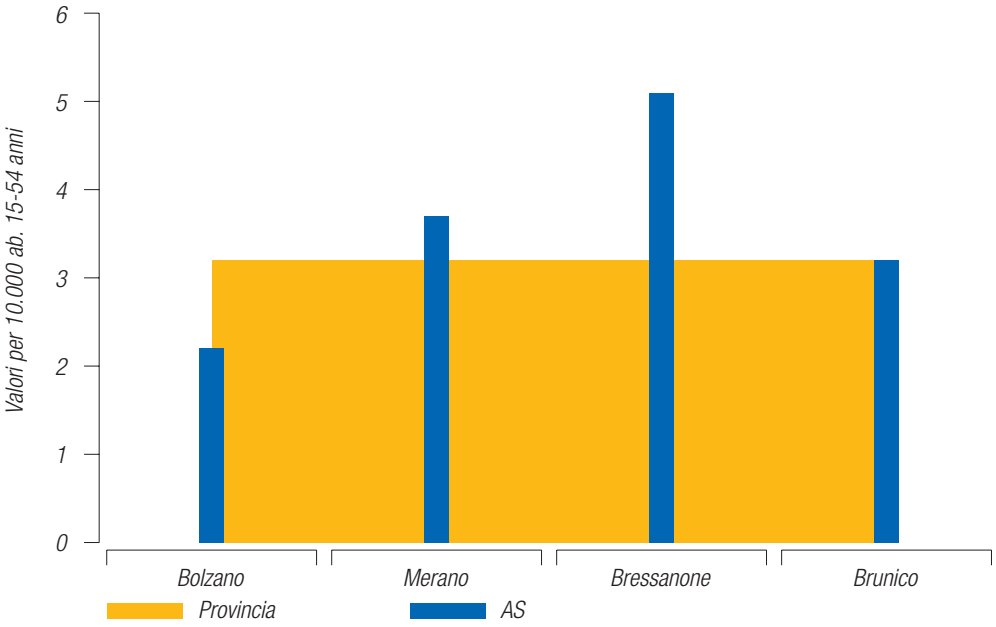
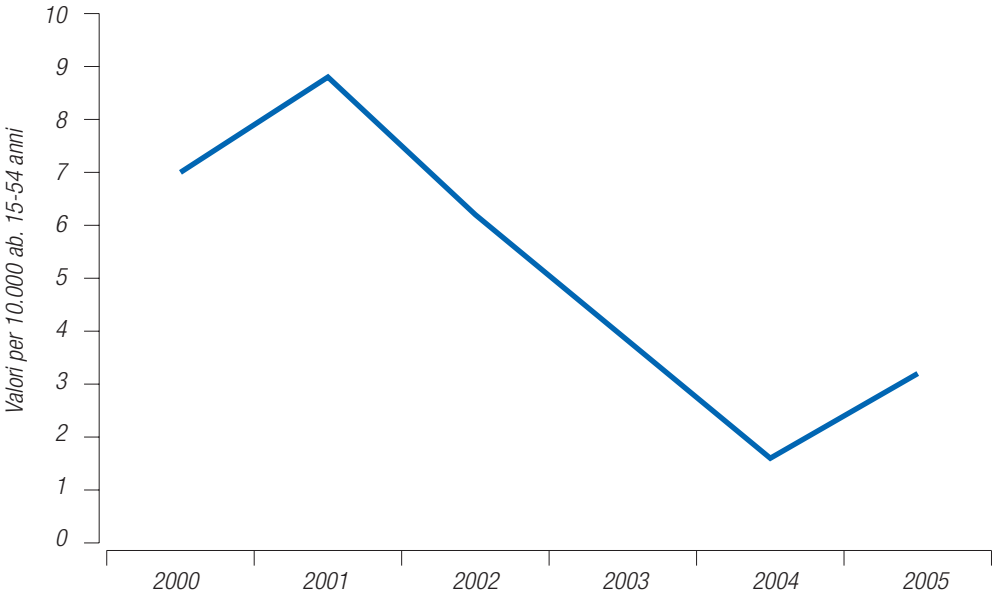
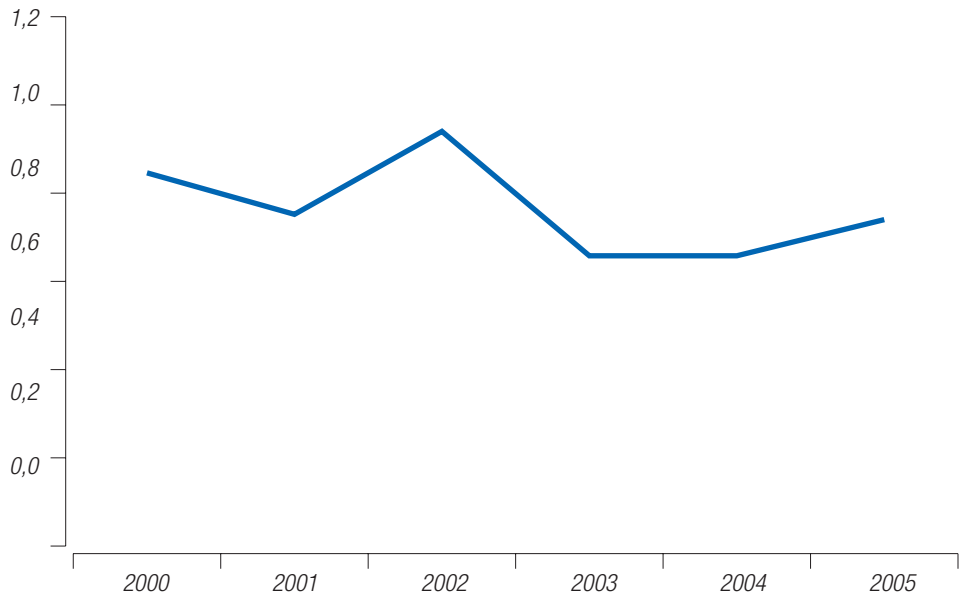


Figura 11: **Incidenza di nuovi tossicodipendenti in carico ai SerT in provincia di Bolzano - Anni 2000-2005**



I trattamenti farmacologici (metadone, naltrexone, clonidina ed altri farmaci) effettuati presso i SerT provinciali sono stati complessivamente 593, pari a 0,8 trattamenti per utente in carico, indicatore in tendenziale diminuzione nel periodo 2000-2005.

Figura 12: **Trattamenti farmacologici effettuati per utente in carico ai SerT in provincia di Bolzano - Anni 2000-2005**



ESITI TEST HIV, EPATITE B ED EPATITE C

In 144 casi tra gli utenti in carico è stato eseguito ed è noto il test per la positività all'HIV, che ha dato esito positivo nel 37,5% dei casi di test effettuato. Per 350 soggetti è stato effettuato ed è noto il test per l'epatite B, con esito positivo nel 67,7% dei casi. Il test per l'epatite C è stato effettuato ed è noto per 373 soggetti, con esito positivo nel 91,7% dei casi.

2.2.2. La dipendenza da alcol

L'OMS stima che circa il 9% dei costi complessivi per la salute nella regione Europea sia imputabile al consumo di bevande alcoliche, pari ad una quota variabile tra l'1% ed il 3% del PIL. L'alcol è determinante nell'incremento del rischio per patologie organiche quali la cirrosi epatica, alcuni tumori, l'ipertensione, l'ictus e le malformazioni congenite.
L'abuso di alcol è inoltre responsabile di psicopatologie della sfera affettiva e cognitiva e di gravi disturbi del comportamento sociale e sessuale, incrementando il rischio di problemi familiari, lavorativi e sociali, causando dipendenza, incidenti, reati, suicidi ed anche danni ambientali. Una quota variabile tra il 40% ed il 60% delle morti accidentali è causata dall'alcol.

IL CONSUMO DI ALCOLICI IN PROVINCIA DI BOLZANO

Dai dati delle indagini Multiscopo 1997 e 2005 riferiti alla popolazione a partire da 15 anni d'età emergono dati contrastanti sul consumo di alcolici in provincia di Bolzano. Diminuiscono in particolare dal 55,8% al 53,5% coloro che, anche occasionalmente, consumano birra (47,2% il dato nazionale riferito all'anno 2003), aumentano dal 60,8% al 63,8% i consumatori, anche solo occasionali, di vino (55,9% il dato italiano nel 2003), mentre aumentano dal 47,9% al 55,5% coloro che anche occasionalmente consumano bevande alcoliche al di fuori dai pasti (25,8% il dato nazionale del 2003).
Il consumo di alcolici lontano dall'orario dei pasti tende a diffondersi maggiormente tra le donne, che crescono dal 30,4% del 1997 al 41,9% del 2005 (sono il 14,3% nel 2003 a livello nazionale). I maggiori consumatori sono i maschi: il 71,7% beve birra (il 35,7% delle donne), il 73,5% beve vino (54,3% delle donne), il 69,5% consuma bevande alcoliche lontano dai pasti.

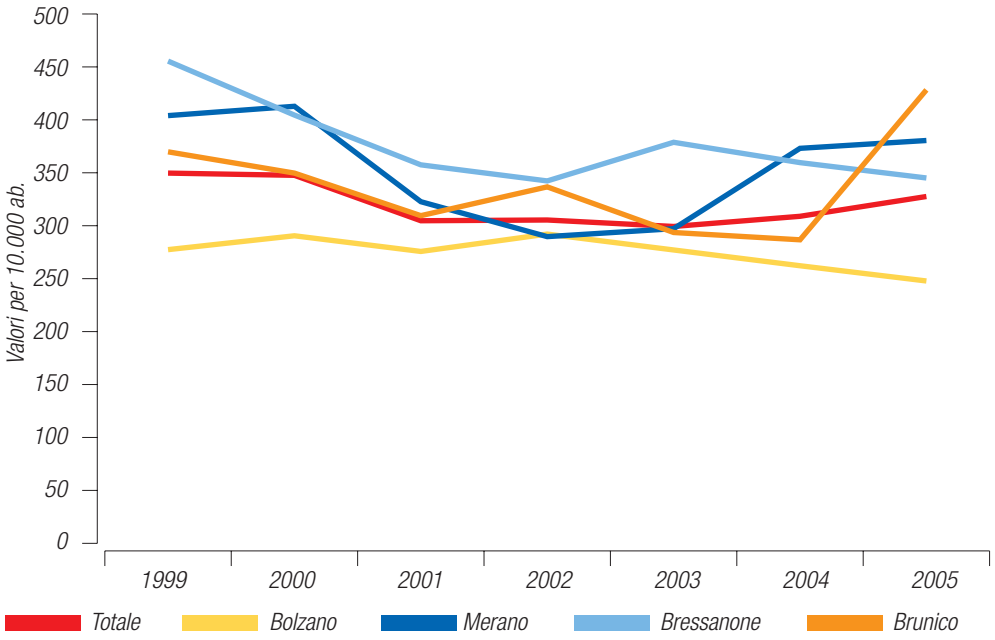
Il consumo di alcolici lontano dai pasti è caratteristico tra i giovani, e comunque fino a 50 anni di età, con una quota del 77,6% tra 20 e 29 anni e del 62,5% tra 30 e 39 anni.

DIMISSIONI OSPEDALIERE ALCOL-CORRELATE

Le dimissioni ospedaliere alcol-correlate sono state rilevate attraverso la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). In particolare, sono stati utilizzati i codici ICD-IX 291 (psicosi alcoliche), 303 (sindrome di dipendenza da alcol), 305.0 (abuso di alcol), 357.5 (polineuropatia alcolica), 425.5 (miocardiopatia alcolica), 535.3 (gastrite alcolica), 571.0-571.3 (fegato grasso alcolico, epatite acuta alcolica e cirrosi alcolica del fegato), 790.3 (eccessivo tasso di alcol nel sengue) e 977.3 (avvelenamento da antagonisti dell'alcol). Sono state considerate sia le diagnosi principali che quelle secondarie.

I dimessi per intossicazione alcolica dagli istituti di cura provinciali nel 2005 sono stati 1.568, pari ad un tasso di 327,6 ogni 100.000 abitanti. Il fenomeno è in tendenziale diminuzione a livello provinciale, con modalità differente tra le quattro aziende sanitarie. Il valore più elevato nel 2005 è stato riscontrato per l'Azienda Sanitaria di Brunico (428,3 per 100.000), quello più basso per l'Azienda Sanitaria di Bolzano (247,8 per 100.000).

Figura 13: **Dimissioni ospedaliere per cause alcol-correlate per azienda sanitaria. Provincia di Bolzano - Anni 1999-2005**



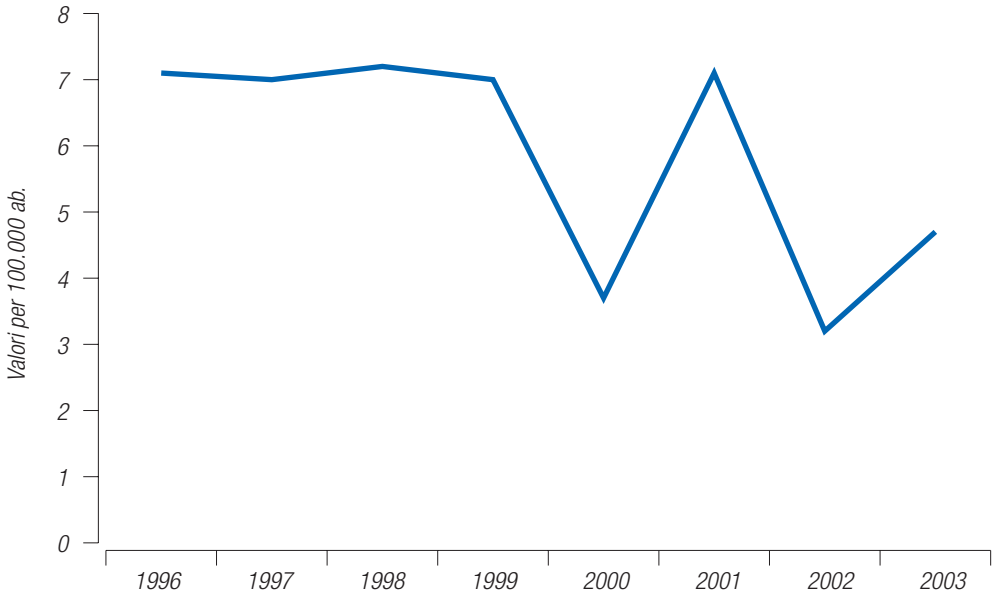
LA MORTALITÀ ALCOL CORRELATA

Si stima che ogni anno muoiano in Italia a causa dell'alcol un numero di persone variabile tra 15.000 e 22.000. I danni provocati dal consumo inappropriato di alcol non sono solo diretti, come nel caso di situazioni di abuso cronico (psicosi alcolica, cirrosi epatica, alcuni tumori), ma anche indiretti, anche nel caso di assunzione di modiche quantità (incidenti stradali, domestici e sul lavoro).

Per la stima dei decessi direttamente alcol-correlati in provincia di Bolzano sono stati utilizzati i codici ICD-IX 291 (psicosi alcoliche), 303 (sindrome di dipendenza dall'alcol), 305.0 (abuso di alcol), 357.5 (polineuropatia alcolica), 425.5 (miocardiopatia alcolica), 535.3 (gastrite alcolica), 571.0-571.3 (fegato grasso alcolico, apatite acuta alcolica e cirrosi alcolica del fegato), 790.3 (eccessivo tasso di alcol nel sengue) e 977.3 (avvelenamento da antagonisti dell'alcol).

Sono stati 22 i decessi alcol correlati rilevati nel 2003. Dopo una sostanziale stabilità fino al 1999, il fenomeno appare ora tendenzialmente in diminuzione, con un tasso di mortalità pari a 4,7 per 100.000 nel 2003.

Figura 14: **Mortalità per cause alcol-correlate in provincia di Bolzano - Anni 1996-2003**



LA DOMANDA DI TRATTAMENTO

L'assistenza territoriale agli alcoldipendenti in provincia è assicurata dai SerT e dalle associazioni private "Hands" e “Caritas-Silandro”, che operano in regime di convenzione rispettivamente con le aziende sanitarie di Bolzano e Merano. L’assistenza in comunità terapeutica sul territorio provinciale è disponibile presso il centro Bad Bachgart nonché presso l’associazione Hands.

Nel corso del 2005 sono state assistite dai SerT provinciali 2.318 persone per problemi di alcoldipendenza, e di queste 1.070 sono stati gli utenti presi in carico (pari al 46,2% dei soggetti assistiti). I soggetti appoggiati, temporaneamente assistiti dai servizi, sono stati 17 pari al 0,7%, mentre 1.231 sono stati gli utenti non titolari di un trattamento assistiti dai servizi (pari al 53,1% degli assistiti).

L'associazione privata Hands ha assistito complessivamente 942 persone, 824 delle quali (pari all’87,5%) assunte formalmente in carico nel corso dell’anno. Il Centro di consulenza psicosociale Caritas Silandro ha inoltre assistito 165 utenti, tra cui 132 utenti in carico (80,0%).

Le persone prese in carico nel corso dell’anno, sia dai servizi per le alcoldipendenze, sia dall’associazione Hands, sono state 182.

Complessivamente, i diversi utenti presi in carico nell’anno in provincia sono stati 1.873, per una corrispondente prevalenza intervallare di 3,9 utenti ogni 1.000 abitanti, con oscillazioni da 3,4 per 1.000 per l’Azienda Sanitaria di Bolzano a 4,6 per 1.000 per quella di Bressanone. Non si rilevano variazioni significative rispetto all’anno precedente.

La distribuzione per età degli alcoldipendenti in carico ai SerT ed alle associazioni Hands e Caritas Silandro vede prevalere, per entrambi i generi, la fascia di età tra 40 e 49 anni (30,1% del totale), con un’età media di 48,9 anni per gli uomini e di 49,7 anni per le donne. Il 68,4% degli utenti in carico è di genere maschile.

Presso le comunità terapeutiche provinciali Bad Bachgart e Hands sono stati accolti

nell'anno complessivamente 219 utenti in carico, con un consumo complessivo di 13.178 giornate di degenza (mediamente 50,7 a Bad Bachgart e 88,3 presso la comunità Hands). Risulta inoltre l'invio di 7 alcoldipendenti in strutture austriache, con un consumo di 160 giornate di degenza.

Tabella 7: **Alcoldipendenti assistiti in provincia di Bolzano per azienda sanitaria di residenza - Anno 2005**

	Utenti in carico ad un SerT, Hands o Caritas	*Utenti in carico alla CT Bad Bachgart*	*Utenti in carico alla CT Hands*
Bolzano	*718*	*58*	*43*
Merano	*513*	*44*	*5*
Bressanone	*315*	*33*	*4*
Brunico	*327*	*30*	*2*
TOTALE	***1.873***	***165***	***54***

Fonte: SerT

Figura 15: **Alcoldipendenti in carico ai SerT in provincia di Bolzano - Anno 2005**

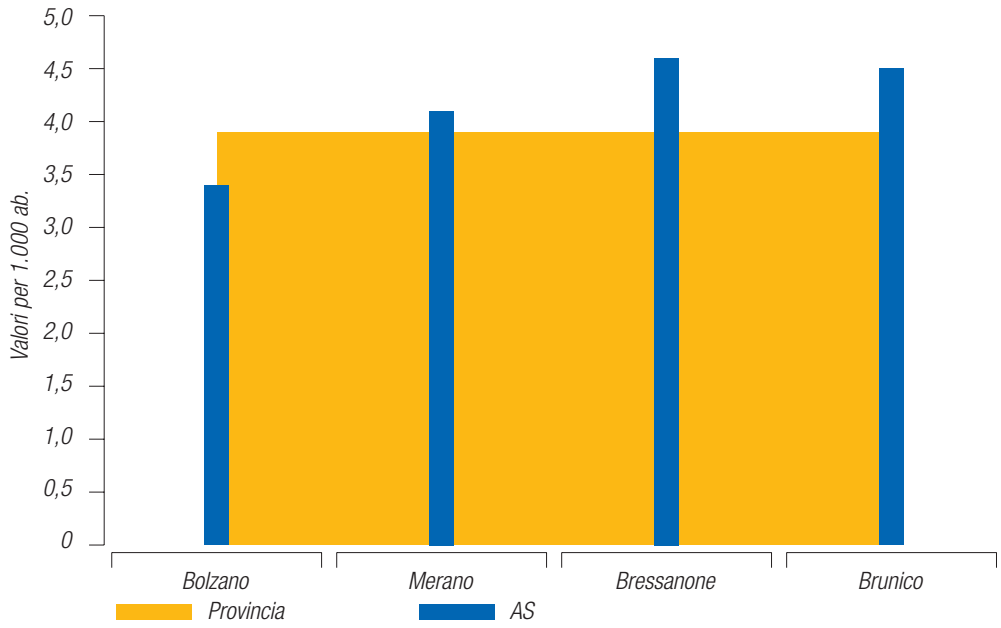
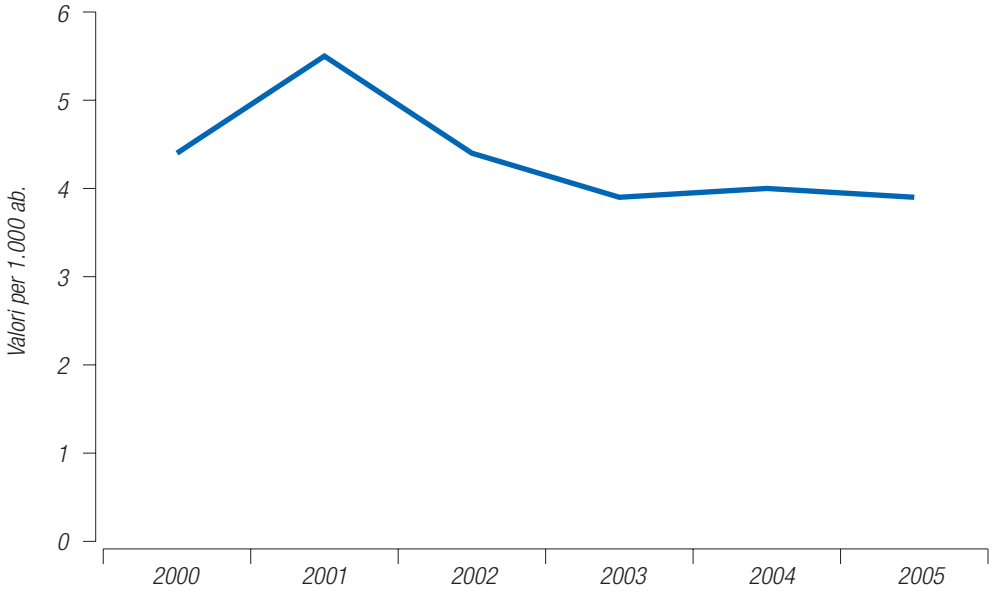


Figura 16: **Alcoldipendenti in carico ai SerT, Hands e Caritas - Anni 2000-2005**



2.3. AMBIENTE FISICO: ARIA, AGENTI FISICI, ACQUA

L'inquinamento è responsabile del 4,7% dei decessi complessivi, nonché, nella popolazione pediatrica, del 28,6% delle bronchiti acute e dell'8,7% degli attacchi d'asma.

In provincia di Bolzano sono ancora elevati i livelli di PM10, biossido di azoto, ozono e idrocarburi policiclici aromatici.

Anche se i risultati sono ancora controversi emergerebbe una associazione tra l'esposizione a campi magnetici a bassa frequenza e leucemie infantili.

Gli studi finora condotti non hanno chiarito definitivamente l'eventuale associazione tra radiofrequenze e leucemie.

In provincia di Bolzano si stanno adottando misure che determinano minori livelli di esposizione alle onde elettromagnetiche.

L'esposizione continua a piccole dosi di radiazioni ionizzanti comporta come conseguenze una riduzione dell'aspettativa di vita ed una elevata probabilità di contrarre un tumore.

Il radon può essere considerato l'elemento principale di esposizione a radiazioni ionizzanti.

Si stima attribuibile al radon una quota tra il 5% ed il 20% dei tumori al polmone.

La maggiore concentrazione di radon in provincia si rileva nell'Alta Val Venosta, nelle zone di Fortezza e Luson, nell'Alta Val Pusteria.

Circa il 15% delle abitazioni poste al piano terreno è esposta a concentrazioni di radon superiori alla soglia limite stabilita a livello europeo.

I laghi provinciali controllati risultano idonei alla balneazione.
I maggiori problemi ai fiumi provinciali sono causati dalle derivazioni di acqua per la produzione di energia elettrica.

2.3.1. Aria

La maggiore fonte d'inquinamento atmosferico nei centri urbani è costituita dal traffico veicolare, mentre in misura minore contribuiscono il riscaldamento degli insediamenti civili e le emissioni delle zone industriali.
Il traffico veicolare è responsabile di oltre il 60% degli ossidi di azoto e di oltre il 90% del monossido di carbonio presenti nelle aree urbane.
Al traffico veicolare è imputabile inoltre il 75% delle emissioni complessive di benzene, almeno il 65% delle quali originate in aree urbane.

EFFETTI SULLA SALUTE DEI PRINCIPALI INQUINANTI DELL'ARIA

Gli effetti sanitari dell'inquinamento atmosferico sono tradizionalmente distinti tra effetti a breve ed a lungo termine.
Gli effetti a breve termine sulla salute sono quelli osservabili a pochi giorni di distanza dai picchi di inquinamento, e consistono in irritazioni delle vie aeree o nell'insorgenza o aggravamento di patologie cardiovascolari e respiratorie. Possono avere anche conseguenze mortali.
Gli effetti a lungo termine sono osservabili dopo un'esposizione di lunga durata ed a distanza di anni dall'inizio dell'esposizione al rischio, e possono consistere in bronchiti croniche e tumori polmonari. Le conseguenze possono essere mortali anche in questo caso.
Un esempio classico di situazione di inquinamento con forte impatto sulla salute fu quello occorso nel 1952 nella città di Londra. All'inizio del mese di dicembre, a seguito di un fenomeno di inversione termica, le sostanze inquinanti generate dalle enormi quantità di carbone utilizzate dalla popolazione per riscaldare le case in un inverno particolarmente rigido avvolsero la città in una cappa venefica. In quella settimana aumentò di 2,6 volte la mortalità generale rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, ed aumentarono di 9,3 volte i decessi per insufficienza respiratoria, bronchite acuta e polmonite. In quella particolare situazione il differenziale di mortalità causato dall'inquinamento fu di circa 4.000 persone in una settimana.
Una evidenza importante degli effetti a lungo termine dell'inquinamento di tipo urbano, ovvero della mistura di particolato sospeso (TSP) e biossido di zolfo (SO2), è rappresentata dall'eccesso del 46% dell'incidenza di tumori polmonari tra gli uomini che vivevano nelle aree inquinate della città di Cracovia. In questa città la media annuale dei livelli di fumi neri era superiore a 150 µg/m3 e i livelli di SO2 erano superiori a 104 µg/m3. Queste concentrazioni erano state presenti per parecchi anni prima della registrazione dei casi di tumore. (Jedrychowski et al., 1990).

PARTICOLATO (PM10)

Particolarmente pericolose tra gli inquinanti dell'aria sono le PM10. Le PM10 sono particelle di polvere di natura complessa (metalli pesanti, solfati, nitrati, ammonio, carbonio organico, idrocarburi aromatici policiclici, diossine/furani) con un diametro inferiore a 10 micrometri.
Molti studi condotti in diverse città degli Stati Uniti e in Germania (con livelli medi di concentrazione del PM10 tra 40 e 60 µg/m3), hanno evidenziato un aumento tra l'1% ed il 2% della mortalità giornaliera complessiva correlato ad un incremento di 10 µg/m3 delle PM10. L'aumento era maggiore per le cause respiratorie (3-4%).

Altri studi, che prendevano in considerazione l'associazione tra insorgenza di malattie respiratorie e livelli giornalieri di TSP, fumi neri o PM10, hanno evidenziato che la frequenza giornaliera di ricoveri ospedalieri e di visite pediatriche a causa di malattie respiratorie acute aumentavano del 37% a seguito di un incremento dei livelli di TSP da 10 a 70 µg/m3 (Schwartz et al., 1991).

UNO STUDIO IN OTTO CITTÀ ITALIANE

Uno studio italiano svolto in collaborazione con l'OMS, ha misurato l'impatto delle polveri sottili (PM10) sulle condizioni di salute della popolazione delle otto maggiori città italiane (Torino, Genova, Milano, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Palermo).

È risultato che circa il 4,7% del totale dei decessi (escluse le cause violente) è imputabile ad un eccesso di concentrazione delle PM10 (oltre 30 µg/m^3), con situazioni variabili dal 3,5% a Palermo al 5,7% a Torino.

L'inquinamento è inoltre responsabile del 3,0% dei ricoveri ospedalieri per malattie respiratorie e dell'1,7% delle ammissioni per malattie cardiovascolari.

Gli effetti più gravi dell'inquinamento sono stati osservati in termini di bronchiti acute in bambini di età inferiore a 15 anni, con una proporzione attribuibile pari al 28,6%, variabile tra il 23,3% di Palermo ed il 32,3% di Torino.

Anche nel caso dell'esacerbazione dell'asma sono disponibili risultati evidenti per la popolazione infantile, con una stima degli effetti attribuibile alle PM10 pari all'8,7%. Per la popolazione adulta, al contrario, le conseguenze non sarebbero particolarmente evidenti.

Le restrizioni delle attività quotidiane causate dell'inquinamento sono stimate pari al 14,3%, mentre i sintomi respiratori sono stimati con una frequenza dell'11,3%.

Tabella 8: **Effetti sulla salute per concentrazioni di PM10 superiori a 30 µg/m^3 per diverse cause e gruppi a rischio**

Cause	*Stima puntuale %*	*Limite inferiore IC 95%*	*Limite superiore IC 95%*	*Note*
Mortalità (escluse cause accidentali)	*4,7*	*1,7*	*7,5*	*Età >30 anni*
Ricoveri ospedalieri per malattie cardiovascolari	*1,7*	*1,2*	*2,5*	
Ricoveri ospedalieri per malattie respiratorie	*3,0*	*2,5*	*3,7*	
Bronchiti acute	*28,6*	*18,4*	*32,9*	*Età <15 anni*
Attacchi d'asma	*8,7*	*8,1*	*9,2*	*Età <15 anni*
Attacchi d'asma	*0,8*	*0,0*	*1,5*	*Età >15 anni*
Restrizione dell'attività	*14,3*	*12,5*	*15,9*	*Età >20 anni*
Frequenza di sintomi respiratori	*11,3*	*3,7*	*11,0*	

Fonte: OMS

UNO STUDIO IN TREDICI CITTÀ ITALIANE

Un ulteriore studio, "Impatto sanitario del PM10 e dell'ozono in 13 città italiane", condotto dall'OMS per conto dell'Agenzia per la protezione dell'ambiente e per i servizi tecnici (APAT) evidenzia le conseguenze dell'inquinamento in 13 città italiane di oltre 200.000 abitanti: Torino, Genova, Milano, Trieste, Padova, Venezia-Mestre, Verona, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Catania e Palermo.

A causa di concentrazioni di PM10 superiori a 20 µg/m3 sono stati stimati tra il 2002 ed il 2004 una media di circa 8.220 decessi annui, e tra questi 742 casi di cancro al polmone, 2.562 casi di infarto e 329 di ictus.

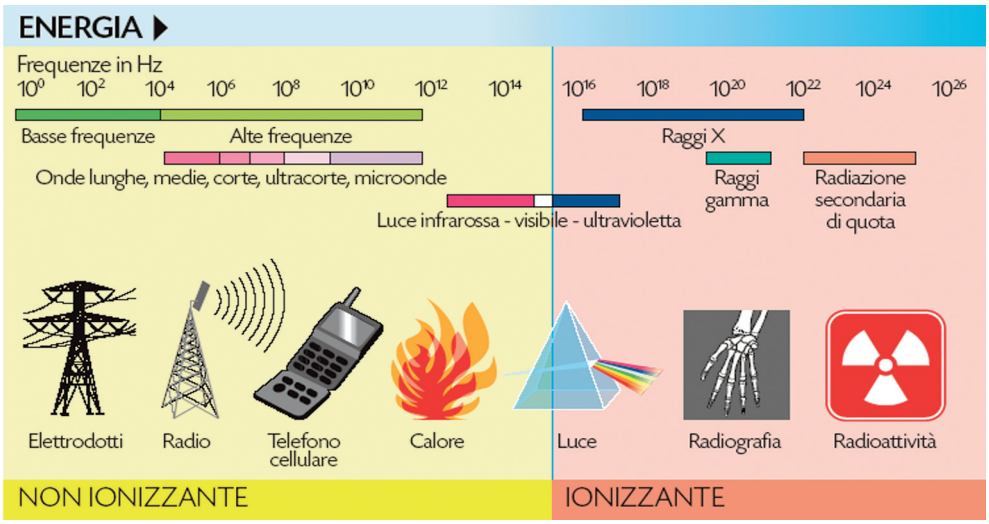
Dallo studio emerge anche la pericolosità dell'ozono, causa di 516 decessi annui nelle maggiori città italiane.

La qualità dell'aria in provincia di Bolzano è controllata rispetto ai valori limite per gli inquinanti atmosferici fissati dall'Unione Europea, che sono stati recepiti a livello nazionale e locale.
Gli inquinanti atmosferici maggiormente diffusi sono le polveri fini (PM10), il biossido di azoto (NO2), il benzene e l'ozono (O3).
In provincia le polveri fini creano problemi soprattutto d'inverno, mentre il biossido di azoto, sebbene in diminuzione negli ultimi anni, fa rilevare concentrazioni superiori alla norma soprattutto nelle aree ad alta densità urbana o comunque interessate da grandi volumi di traffico.
È in diminuzione la concentrazione di benzene, pur essendoci localmente ancora situazioni di concentrazione leggermente superiori al valore limite, grazie soprattutto alla catalizzazione dei veicoli a benzina.
Nel corso del 2005 sono state condotte delle serie di rilevamenti del benzene in alcuni siti delle maggiori città della provincia. Nella cittá di Bolzano la concentrazione media annua più elevata è stata pari a 4,7 -g/Nm^3, a Merano di 5,9 -g/Nm^3, a Bressanone di 4,3 -g/Nm^3 ed a Brunico di 2,7 -g/Nm^3. Non si sono rilevati quindi superamenti dei valori limite di 10 -g/Nm^3 (soglia in vigore fino al 2009) mentre solo a Merano si sono superati i 5 -g/Nm^3 (soglia in vigore a partire dal 2010).
L'ozono, al contrario delle polveri sottili, presenta le massime concentrazioni nei mesi più caldi dell'anno (da maggio a settembre), facendo registrare una situazione stazionaria, al di sopra comunque dei limite di legge.
Gli idrocarburi policiclici aromatici (benzopirene), pur tendenzialmente in calo, sono attestati intorno al valore limite. Sono da alcuni anni inferiori ai limiti di legge le concentrazioni degli ossidi di zolfo, del monossido di carbonio e del piombo.
La maggiore fonte di inquinamento è rappresentata dal traffico, che concorre all'80% delle emissioni di ossidi di azoto, al 56% delle emissioni di polveri fini ed al 98% delle emissioni di benzene.

2.3.2. Onde elettromagnetiche

Le radiazioni elettromagnetiche possono essere raffigurate e classificate in basse alla frequenza di emissione secondo lo spettro elettromagnetico riportato in figura. La suddivisione principale dello spettro elettromagnetico è tra radiazioni non ionizzanti (p.es. onde radio, microonde) e radiazioni ionizzanti (p.es. raggi X e Gamma).
Le radiazioni non ionizzanti, anche nel caso di forte intensità, non sono in grado di rompere le molecole che costituiscono l'organismo, ma solo di farle muovere producendo calore.
Le radiazioni ionizzanti sono invece in grado di intervenire a livello molecolare, con la possibilità quindi di causare danni anche rilevanti all'organismo quali tumori della pelle o leucemia.

Figura 17: **Lo spettro elettromagnetico**



Fonte Agenzia Provinciale per l'Ambiente – Ripartizione Sanità

Le radiazioni non ionizzanti possono essere a loro volte suddivise in campi a bassa o alta frequenza. I campi a frequenza estremamente bassa (ELF) si formano prevalentemente in corrispondenza di apparecchiature o cavi elettrici in ambienti domestici o lavorativi, oppure a ridosso delle linee ad alta tensione o dei trasformatori.

CAMPI ELF

In una rassegna di studi effettuata dall'Istituto Superiore di Sanità sugli effetti a lungo termine dei campi ELF, i risultati deponevano a favore di una associazione con le leucemie infantili, stimando gli effetti sul territorio nazionale in un decesso e due/tre nuovi casi annui di malattia. La relazione causale tra campi ELF e leucemie infantile è controversa anche se in generale emerge dagli studi un eccesso di rischio tra gli esposti ad un livello di induzione magnetica superiore ai valori mediamente riscontrabili in ambiente domestico.

RADIOFREQUENZE

I campi a radiofrequenza e microonde sono utilizzati soprattutto nelle telecomunicazioni, nella telefonia mobile e, in ambiente domestico, nei forni a microonde.

Gi studi fin qui condotti sull'associazione tra esposizione a radiofrequenze ed insorgenza di leucemie non hanno prodotto risultati chiari ed univoci.

Un primo studio statunitense condotto sulla popolazione di Oahu, nelle Hawaii, che aveva la residenza entro un raggio di 4 Km da una potente fonte di emissione di radiofrequenze non ha evidenziato rischi statisticamente significativi di leucemie infantili dovute all'esposizione a radiofrequenze.

Un analogo studio condotto in Australia su tre municipalità comprese in un raggio di 4 Km da tre potenti emittenti TV ha rilevato un eccesso modesto, per quanto significativo, di leucemie negli adulti.

Due studi condotti in Inghilterra sulla popolazione residente nelle vicinanze di 21 tra i maggiori ripetitori radio e TV non ha evidenziato associazioni tra esposizione e tumori negli adulti.

Uno studio condotto in Svezia per indagare l'associazione tra tumori cerebrali ed utilizzo di telefoni cellulari non ha prodotto risultati significativi. Da segnalare che lo studio offriva risultati interpretabili solo per la telefonia TACS (che operava con emissioni più potenti) mentre nel caso dei GSM i tempi di esposizione erano ancora troppo brevi per poter ottenere eventuali risultati.

SITUAZIONE IN PROVINCIA DI BOLZANO

Per installare nuove stazioni fisse radiotelevisive o di telecomunicazioni, o anche per modificare quelle esistenti, occorre, dal 1999, una valutazione tecnico-ambientale che viene accertata del Laboratorio provinciale di chimica fisica dell'APPA.
Le misure adottate per diminuire l'esposizione ai fasci di radiazione generati dagli impianti considerano, seconda la fattibilità, una opportuna distanza dagli edifici più vicini, un direzionamento del segnale (anche attraverso l'adozione di antenne più alte) che non sia rivolto verso gli edifici adiacenti, una limitazione della potenza di trasmissione.
Attraverso tali misure è stato possibile determinare, con i nuovi impianti, livelli d'esposizione per la popolazione provinciale nettamente inferiori al valore massimo di legge (6 V/m), con intensità variabili da meno di 1 V/m nelle aree rurali a valori che di regola non superano i 3 V/m anche nelle situazioni a più alta densità demografica.
Anche per gli impianti meno recenti in genere non viene superato il limite di legge, o si riescono comunque ad effettuare interventi al fine di limitare l'esposizione della popolazione ai campi elettromagnetici.

2.3.3. Radioattività

CONSEGUENZE SULLA SALUTE

Le conseguenze dell'esposizione a radiazioni ionizzanti possono essere temporanee o permanenti in funzione della dose, della modalità di esposizione nonché della sensibilità del tessuto irradiato.
Anche nel caso di dosi di radiazioni non sufficienti a distruggere al momento le cellule, lesioni causate dall'esposizione possono essere rilevate in tempi successivi, persino a distanza di anni.
I tessuti più sensibili all'azione delle radiazioni sono quelli in cui è maggiore il ricambio delle cellule, e quindi il midollo osseo, la pelle, le mucose e gli spermatozoi.
Gli effetti a seguito dell'esposizione a radiazioni ionizzanti possono interessare i tessuti dell'organismo o estendersi alle cellule deputate alla riproduzione causando alterazioni genetiche nella discendenza della persona irradiata.
La dose di radiazioni assorbita viene misurata in gray (Gy).
Dosi inferiori ad 1 Gy causano disturbi acuti reversibili in cui il rischio di morte è quasi nullo. Dosi fino a 2 Gy comportano una sintomatologia attenuata con basso rischio di mortalità. I danni sono localizzati ai tessuti ed in particolare alla pelle, con lesioni di diversa gravità che possono giungere fino ad ulcerazioni a lenta guarigione.
Per dosi tra 2 e 4,5 Gy il rischio di morte è elevato, si hanno gravi danni alle cellule del sangue a livello di midollo osseo, con danni all'apparato gastrointestinale, vomito, diarrea e perdita di peso, lesioni alla pelle e ad altri tessuti, sterilità, danni fetali.
Per dosi superiori a 5-6 Gy la morte avviene immancabilmente nel giro di pochi giorni, per diarrea emorragica grave e disidratazione o perché viene colpito in maniera rilevante il sistema nervoso centrale.
Nel caso di esposizioni continue a piccole dosi di radiazioni le conseguenze sulla salute consistono in un accorciamento della speranza di vita ed in una elevata probabilità di contrarre un tumore: del sangue o alle ossa dopo un periodo di latenza di due anni, alla mammella, alla tiroide, al polmone o alla pelle dopo un periodo di latenza più lungo (5 anni).

ATTIVITÀ DI CONTROLLO IN PROVINCIA

I controlli sulla radioattività in provincia di Bolzano sono condotti dall'agenzia provinciale per la protezione dell'ambiente (APPA), che gestisce una rete automatica di misura che funge da sistema di preallarme con tutti i dispositivi e le contromisure per la protezione della popolazione.

2.3.4. Radon

Il radon è un gas nobile radioattivo presente in natura che, a causa della varietà della sua diffusione può essere considerato l'elemento principale di esposizione alle radiazioni ionizzanti.

Il radon è maggiormente presente nei terreni a composizione geologica quali i graniti, il porfido, la fillade quarzifera ed i tufi.

Sono però importanti per la presenza del radon anche i fattori collegati alla possibilità da parte del gas di raggiungere gli ambienti chiusi: la permeabilità del suolo ed il grado di isolamento della pavimentazione e delle pareti a diretto contatto con il terreno assumono un importante significato.

Si stima che sia attribuibile al radon una quota tra il 5% ed il 20% di tutti i tumori del polmone.

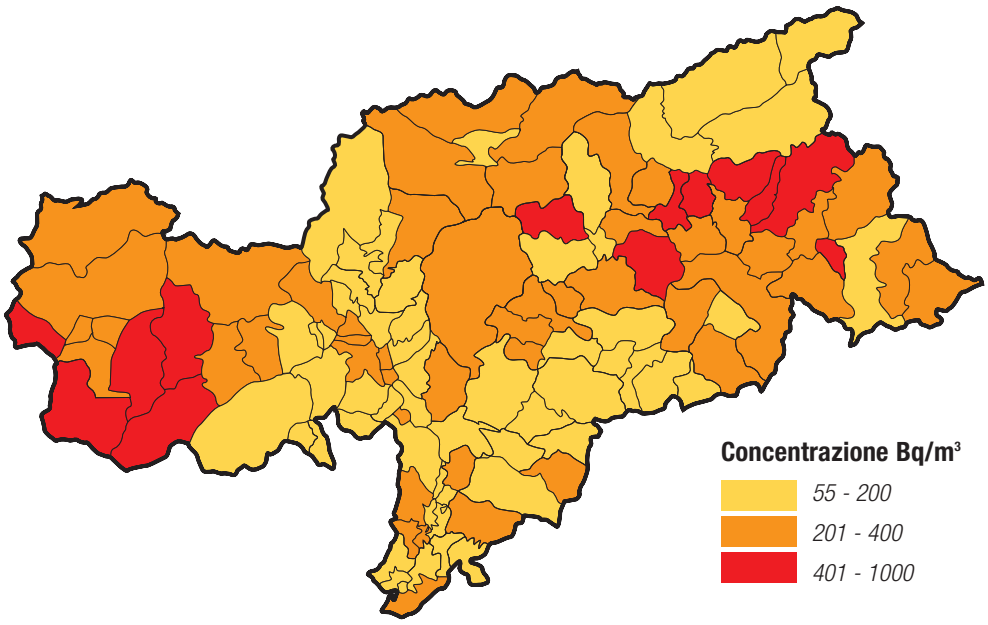
IL RADON IN PROVINCIA

In provincia esiste una mappatura del radon realizzato dal Laboratorio di chimica fisica dell'APPA. Classificando i comuni in base al 75° percentile delle concentrazioni rilevate, la maggiore frequenza di concentrazioni elevate di gas radon nelle case sono misurate nell'Alta Val Venosta, nella zona di Fortezza e Luson e nell'Alta Val Pusteria.

Considerando che le concentrazioni di radon in inverno sono mediamente in misura doppia rispetto all'estiate, si ha per tutto l'Alto Adige una concentrazione media di circa 170 Bq/m3 (per le abitazioni al piano terra). In base agli studi fino ad ora eseguiti in Italia la media nazionale è di circa 70 Bq/m3 (per le abitazioni in generale).

L'85,4% dei controlli nelle abitazioni al piano terreno ha fatto rilevare una concentrazione di radon inferiore alla soglia consigliata dall'Unione Europea pari a 400 Bq/m3. Nell'11,0% dei casi i valori misurati erano compresi tra 400 e 1.000 Bq/m3, mentre nel 3,6% si avevano valori superiori a 1.000.

Figura 18: **75° percentile di concentrazione del radon per comune in Provincia di Bolzano - Anno 2003**



Fonte: APPA

2.3.5. Qualità delle acque

ACQUE DI BALNEAZIONE

La qualità delle acque di balneazione è verificata rispetto ai requisiti stabiliti per legge, che prendono in considerazioni gli aspetti relativi alla presenza di coliformi (totali e fecali), di streptococchi, di salmonelle, di oli minerali, di sostanze tensioattive, di fenoli, della percentuale di saturazione dell'ossigeno disciolto nonché di pH, colorazione e trasparenza.

I controlli sull'idoneità alla balneazione in provincia riguardano i laghi di Fiè, Costalovara, Monticolo piccolo e grande, Caldaro, Favogna, Santa Maria (Tret) e Varna.

Alla fine del mese di maggio del 2006 tutti i laghi considerati risultavano idonei alla balneazione.

Aspetti critici nelle condizioni dei laghi provinciali sono l'immissione parziale di acque di scarico o le condizioni non sufficientemente buone dei loro affluenti (laghi di S. Valentino alla Muta e di Costalovara), l'alto contenuto di nutrienti, l'intenso sfruttamento antropico, e lo scarso ricambio naturale delle acque (laghi di Monticolo).

ACQUE CORRENTI

Una possibilità di valutazione dell'integrità ecologica di un corso d'acqua è data dalla ricerca nelle acque correnti della fauna benthonica. Indicatori di inquinamento organico o tossico delle acque analizzate sono le modifiche nella composizione di questa fauna.

I risultati sono sintetizzati nell'Indice Bioetico Esteso (IBE), per il calcolo del quale sono determinanti la ricchezza in specie e la presenza nel campione di certe specie sensibili quali i plecotteri. L'indice bioetico viene poi convertito in classi di qualità per una più facile lettura ed interpretazione.

Tabella 9: **Valori dell'IBE e classi di qualità delle acque correnti.**

classe di qualità	Indice Biotico (I.B.E.)	giudizio	colore
classe di qualità I	>10	non inquinato o non alterato in modo sensibile	azzurro
classe di qualità II	8-9	alcuni effetti di inquinamento evidenti	verde
classe di qualità III	6-7	inquinato o alterato	giallo
classe di qualità IV	4-5	molto inquinato o molto alterato	Arancione
classe di qualità V	1-3	fortemente inquinato e fortemente alterato	rosso

Fonte: APPA

I risultati sulla qualità biologica delle acque correnti, riferiti al periodo d'indagine 2002-2005, sono evidenziati nella cartina.

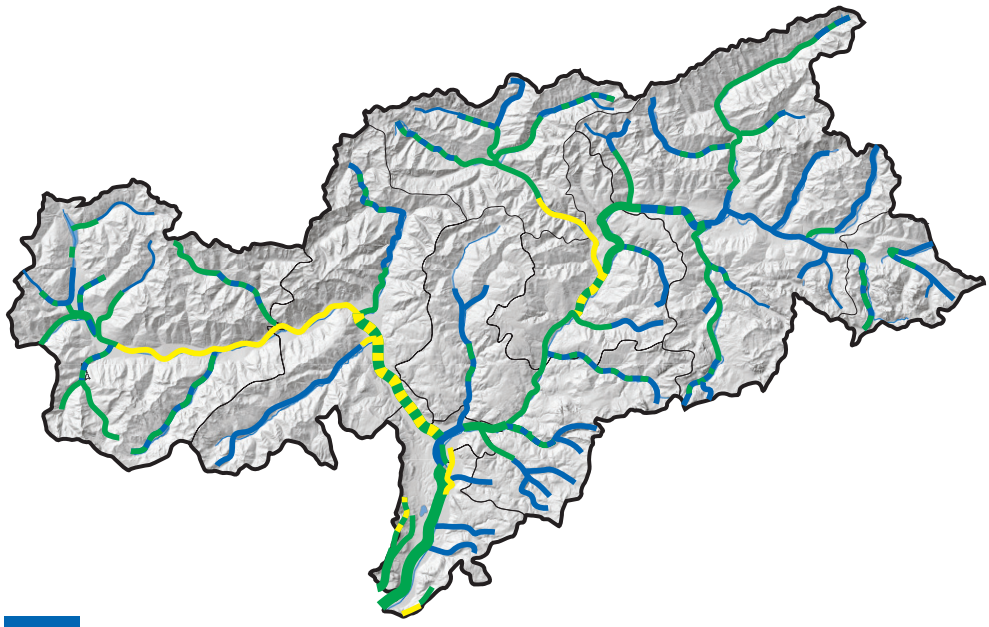
L'Adige presenta una situazione di inquinamento lungo la Val Venosta, a causa della scarsa quantità d'acqua residua. I motivi di questa situazione critica sono riconducibili alle derivazioni di acqua per scopi idroelettrici. A valle di Bolzano la situazione dell'Adige migliora (era in parte gravemente inquinato nel 1990), grazie al buon funzionamento dell'impianto di depurazione di Bolzano ed alla capacità autodepurativa del fiume.

Per l'Isarco si riscontra la situazione peggiore tra Mezzaselva e Ponte Gardena, mentre nei restanti tratti mantiene un punteggio di seconda classe. Il miglioramento delle acque per il fiume è stato conseguito dopo l'attivazione del depuratore di Campo di Trens, mentre la situazione rimane critica, a causa della derivazione massiccia d'acqua per scopi idrolettrici, a Fortezza. Tra la confluenza con il torrente Talvera e quella con l'Adige, l'Isarco risulta non inquinato.

La Rienza è caratterizzata da tratti ad inquinamento modesto nella sua parte alta mentre tra Dobbiaco e Villabassa risultano evidenti gli effetti dell'inquinamento. Tra Monguelfo e Brunico il fiume non è inquinato mentre a partire da Chienes si ha un nuovo peggioramento della situazione che diventa di inquinamento moderato a Bressanone. Questo peg-

gioramento è principalmente causato dal deflusso intermittente e dalla derivazione per la produzione di energia elettrica.
Il fiume Drava esce dalla provincia non inquinato, con un evidente salto di qualità rispetto alla situazione di dieci anni prima quando fluiva inquinato verso l'Austria.

Figura 19: **Qualità biologica delle acque correnti - Anni 2001-2004**



I: ambiente non inquinato o non alterato in modo sensibile
II: ambiente in cui sono evidenti alcuni effetti dell'inquinamento
III: ambiente inquinato
IV: ambiente molto inquinato
V: ambiente fortemente inquinato
I.B.E. non applicabile o analisi non eseguita

Fonte: APPA

2.4. DISUGUAGLIANZE SOCIALI

La povertà è associata a maggiore mortalità infantile, maggiore morbilità, stili di vita dannosi, maggiore esposizione a fattori di rischio ambientali.
La soglia di povertà in provincia di Bolzano nel 2003 era a pari ad un reddito famigliare annuo di circa 13.000 Euro.
L'incidenza di famiglie povere in provincia, pari all'11,1% nel 2003, è diminuita al 4,6% nel 2004.
Il 2,5% delle famiglie altoatesina giudica nel 2005 ottime le proprie risorse economiche, il 69,8% adeguate, il 27,7% scarse o insufficienti .
Il 30% delle famiglie ritiene peggiorata nel 2005 la propria condizione economica.

2.4.1. Disuguaglianze sociali e condizioni di salute

È opinione comune e condivisa tra gli osservatori e gli esperti del settore che la povertà assume un ruolo principale tra i determinanti delle cattive condizioni di salute, essendo associata ad una maggiore mortalità infantile, ad una maggiore morbidità, ad una minore attenzione ai comportamenti dannosi per la salute (abitudine al fumo, abuso di alcol, consumo di droghe, scarsa attività fisica), ad una più elevata esposizione ai fattori di rischio ambientali (abitativi, lavorativi, sociali).

Stime da studi effettuati in diversi paesi europei indicano che la mortalità è fino a 5 volte maggiore nel 20% della popolazione più povera rispetto al 20% della popolazione più ricca; questa disparità è stata dimostrata anche in regioni italiane quali Piemonte e Lazio, dove sono stati condotti studi analoghi.

L'appartenenza a ceti sociali di livello medio basso è associata ad una maggiore frequenza di obesità ed ipercolesterolemia. Vi è inoltre una maggiore tendenza dell'abitudine al fumo ed al consumo di alcolici. Al fumo di sigaretta, in particolare, si imputa il 50% del differenziale di mortalità tra ceti agiati e disagiati nonché crescenti differenze nella speranza di vita. Nelle donne di basso ceto sociale è stata rilevata una maggiore incidenza di tumori del seno.

Gli studi longitudinali italiani condotti a Torino, Livorno e Firenze documentano che le disuguaglianze di mortalità sono cresciute in questi anni nonostante il miglioramento complessivo delle condizioni di salute. Il rischio relativo di mortalità nella popolazione maschile tra 30 e 59 anni è stimato superiore da 2,6 a 3,3 volte tra i senza titolo di studio rispetto ai laureati, da 1,5 a 1,7 volte tra gli operai rispetto alle classi borghesi, da 1,7 a 2,0 volte tra chi vive in abitazioni molto piccole e chi vive in grandissime abitazioni.

Tre studi condotti nel Lazio hanno evidenziato un'associazione tra livello socioeconomico ed esito di malattia; nello specifico, la probabilità di ricevere un trapianto di rene in pazienti con insufficienza renale cronica, la sopravvivenza di pazienti con diagnosi di AIDS prima e dopo l'introduzione delle terapie antiretrovirali e la mortalità a 30 giorni in pazienti sottoposti a bypass aortocoronarico.

I pazienti con laurea o diploma di scuola superiore avevano una probabilità maggiore di 2,4 volte di ricevere un trapianto entro 36 mesi dalla prima dialisi rispetto ai pazienti con licenza elementare o media.

Tra i pazienti ammalati di AIDS non risultavano differenze nella sopravvivenza per livello economico prima dell'introduzione dei farmaci antiretrovirali. A partire dall'introduzione di questi farmaci le differenze sono risultate significative, ed in particolare nei ceti più bassi il rischio di morte era 2,6 volte più elevato che nei ceti più agiati.

Tra i pazienti sottoposti a bypass coronarico la mortalità a trenta giorni, al netto delle differenze di età, sesso, gravità del paziente al momento del ricovero e tipologia dell'ospedale, è risultata significativamente maggiore (2,4 volte) per il livello socioeconomico più basso rispetto al più elevato.

Uno studio sulle disuguaglianze nell'assistenza sanitaria condotto sugli ospedalizzati nel comune di Roma ha evidenziato una relazione significativa tra livello socioeconomico e l'ospedalizzazione complessiva, con un eccesso di rischio del 44% e del 25% per i maschi dei ceti più disagiati rispettivamente per il ricovero regime ordinario e di day hospital. Non risultavano al contrario differenze significative per l'accesso a trattamenti convenzionali efficaci come l'ammissione in unità di terapia intensiva per infarto miocardio acuto o la terapia chirurgica in caso di frattura del femore.

2.4.2. Condizione economica delle famiglie

La deprivazione economica può essere riferita sia al reddito disponibile che alla spesa in consumi degli individui secondo il contesto familiare. A livello di Unione Europea viene individuato il reddito come variabile rilevante, mentre a livello nazionale il tasso di povertà è basato sui consumi.

Secondo la definizione internazionalmente adottata viene considerata povera una famiglia di due persone il cui reddito è inferiore al reddito medio pro capite della popolazione.

Nel 2003 questa soglia era pari, a livello nazionale, a 874,74 Euro mensili, cresciuta a 919,98 Euro nel 2004. L'incidenza di povertà relativa nel 2003, in provincia di Bolzano, era stimata pari all'11,1% (10,8% la media nazionale), mentre nel 2004 la stima è migliorata sensibilmente, con l'incidenza pari al 4,6% a fronte di una media nazionale dell'11,7%. L'incidenza della povertà nel 2004 era pari al 4,7% nel Nord Italia, al 7,3% nell'Italia centrale ed al 25,0% nel Sud Italia.

L'indagine multiscopo dell'ASTAT, condotta nel 2005, evidenzia che il 2,5% delle famiglie altoatesine giudica ottime le proprie risorse economiche (-1,3% rispetto al 2000), mentre il 69,8% le giudica adeguate (-1,3% rispetto al 2000), il 26,1% scarse (+9,1%) e l'1,6% assolutamente insufficienti (+0,5%). La sensazione di un peggioramento delle proprie condizioni economiche rispetto al 2004 è riportata dal 30% delle famiglie, soprattutto nei centri urbani. Il 59,3% delle famiglie inoltre non è riuscita a risparmiare durante l'anno.

BIBLIOGRAFIA

Regione Piemonte. La Salute in Piemonte, 2000.
Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Rapporto Osservasalute, 2005.
Commissione Europea. Sanità Pubblica.
URL: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/healthdeterminants_it.htm
Regione Emilia Romagna. Agenzia Sanitaria Regionale.
URL: http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/pps/area_pps/determinanti_salute.html
Ministero della Salute. Relazione sullo stato sanitario del Paese, 2001-2002.
Provincia di Torino. Relazione sullo stato di salute nella provincia di Torino, 2001.
Krieger N.. A glossary for social epidemiology. J Epidemiol Community Health 2001;55:693-700
Cardano M., Costa G., Demarca M., Merler E., Biggeri A.. Le diseguaglianze di mortalità negli studi longitudinali italiani. In Epidemiologia e Prevenzione 1999;23:133-240
Rapiti E., Perucci C.A., Agabiti N. et al. Disuguaglianze socioeconomiche nell'efficacia dei trattamenti sanitari. In Epidemiologia e Prevenzione 1999;23:133-240
Materia E., Spadea T., Rossi L. et al.. Disuguaglianze nell'assistenza sanitaria: ospedalizzazione e posizione socioeconomica a Roma. In Epidemiologia e Prevenzione 1999;23:133-240
ISTAT. Stili di vita e condizioni di salute, 2005.
ASTAT. Raccolta di tabelle. Multiscopo sulle famiglie, 2005.
ASTAT. Quadro sociale della provincial di Bolzano, 2004.
ASTAT. Quadro sociale della provincial di Bolzano, 1998.
ASTAT. Stili alimentari. ASTATinfo nr. 29/2004
Epicentro – Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza, Promozione della Salute
URL: http://www.epicentro.iss.it/defalut.htm
ISTAT. I consumi delle famiglie, 2005.
ASTAT. Annuario Statistico della provincia di Bolzano, 2004.
ASTAT. Organizzazioni sportive in provincia di Bolzano, 2003.
Doxa. Il fumo in Italia. URL: http://www.iss.it/sitp/ofad/fumo/fpdf/0021.pdf
Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2003.
ISTAT. Statistiche in breve. I fumatori in Italia, dicembre 2004-marzo 2005.
OEDT. Relazione annuale 2004.
WHO. Alcohol in the European Region – consumption, harm and policies, 2001.
WHO. Drinking among young Europeans, 2001.
ASTAT. Situazione reddituale e patrimoniale delle famiglie in provincia di Bolzano, 2003-2004.
Unione Europea. Povertà ed esclusione sociale in Italia. Allegato al NAP/inc 2003.
Provincia Autonoma di Bolzano. Agenzia Provinciale per l'Ambiente. Assessorato alla Sanità. Le onde elettromagnetiche e la nostra salute.
Agenzia Regionale per la Prevenzione e Protezione Ambientale del Veneto.
URL: http://www.arpa.veneto.it/salute/htm/inquinamento_at.asp
URL: http://www.arpa.veneto.it/agenti_fisici/htm/radioattivita_salute.asp
Comune di Torino. URL: http://www.comune.torino.it/ambiente/inquinamento/aria_salute.html
Agenzia Provinciale per l'Ambiente. URL: http://www.provincia.bz.it/agenzia-ambiente/index_i.asp
Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale Piemonte. URL:
http://www.arpa.piemonte.it/index.php

Martuzzi M., Galassi, C. Ostro B., Forastiere F. Bertolini R. Exposure to PM10 in the eight major Italian cities and quantification of the health effects. URL: http://www.euro.who.int/document/E75492.pdf

ARPAT News. I risultati di uno studio OMS-APAT. Nr. 107-2006

WHO. Health Aspects of Air Pollution with Particulate Matter, Ozone and Nitrogen Dioxide. URL: http://www.euro.who.int/document/e79097.pdf

Palange S., Porta D., Forestiere F., Peducci C.A. Differenze sociali nella sopravvivenza delle persone con AIDS. In Epidemiologia e Prevenzione 2005;29:26-32.

Terracini B. Il Vaticano uccide con l'onda? La difficile questione dell'interpretazione dei dati. In Epidemiologia e Prevenzione 2001; 25:231-232.

Michelozzi P., Kirchmayer U., Capon A. et al. „Mortalità per leucemia e incidenza di leucemia infantile in prossimità della stazione di Radio Vaticana di Roma. In Epidemiologia e Prevenzione 2001;25:2496-255.

La Vecchia C. "Disuguaglianza e fattori di rischio: il consumo di tabacco. In Epidemiologia e Prevenzione 2001;25: 81-82.

ISTAT. Statistiche in breve, La povertá relative in Italia nel 2004.

3. CONDIZIONI DI SALUTE

Lo stato di salute di una popolazione è difficilmente misurabile e dipende oltre che dall'offerta di servizi, sanitari e non, anche da molteplici altri fattori di natura biologica, ambientale e culturale. Accanto agli indicatori tradizionalmente utilizzati per sintetizzare lo stato di salute di una popolazione, quali speranza di vita alla nascita e mortalità infantile, vengono di seguito considerati altri aspetti legati alle condizioni di salute della popolazione: la salute percepita, la mortalità per causa ed evitabile, l'incidenza delle neoplasie, la diffusione delle malattie del sistema circolatorio, delle malattie respiratorie ed infettive, l'incidentalità stradale e lavorativa, la salute mentale.

Il 79,9% delle persone ritiene di essere in buona salute.
Il 28,0% della popolazione dichiara di soffrire di almeno una malattia cronica.
La patologia più frequente tra i casi di morte per malattie del sistema circolatorio nel triennio 2001-2003 è stata stata la malattia ischemicha del cuore (127,8 per 100.000 tra i maschi e 112,6 per 100.000 tra le femmine).
La malattia infettiva più notificata nel 2005 è stata la varicella (301,4 casi per 100.000 abitanti).
La prevalenza di cardiovasculopatie nel 2004 è pari a 137,4 casi per 1.000 abitanti.
L'1,2% della popolazione soffre di scompenso cardiaco.
La prevalenza di broncopatie croniche nella popolazione è pari a 21,6 casi per 1.000.
L'incidenza dei casi di AIDS nel 2005 è stata pari a 0,6 per 100.000.
Nel 2005 sono state assistite dai Centri di Salute Mentale 8.637 persone con problemi psichiatrici.
Tra il 1995 ed il 2004 ci sono stati 584 casi di suicidio, pari ad un tasso medio anno di 12,6 per 100.000.
Nel 2004 sono morte 62 persone in incidenti stradali e 2.139 sono rimaste infortunate.
Nel 2004 sono stati comunicati complessivamente 17.268 infortuni sul lavoro, 13 dei quali mortali, e 288 malattie professionali.

3.1. SALUTE PERCEPITA E SALUTE MISURATA

SALUTE DICHIARATA

Le informazioni sulla salute percepita da parte della popolazione provengono dall'indagine periodica "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari", condotta a livello nazionale dall'ISTAT ed in provincia di Bolzano dall'ASTAT.

La popolazione che dichiara buone condizioni di salute nel 2003 è pari al 79,9% in provincia (80,2% nel 2002) ed al 75,4% a livello nazionale. È pari al 6,0% la proporzione in provincia di coloro che si considerano in cattive condizioni di salute.

MALATTIE CRONICHE DICHIARATE

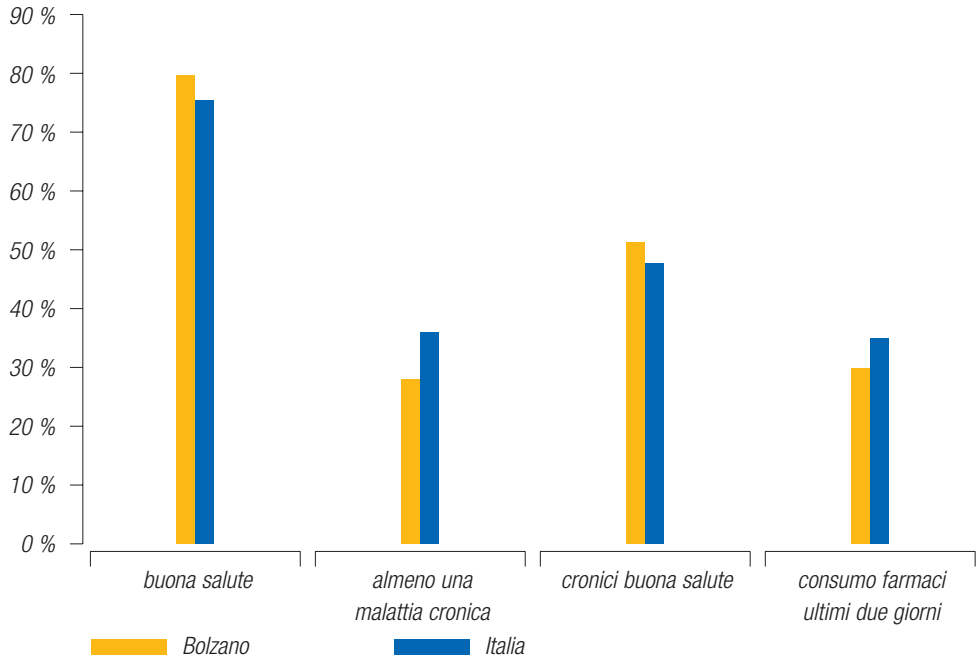
Dato che il metodo di rilevazione utilizzato dell'intervista diretta induce la presenza di una componente soggettiva nelle risposte, è ipotizzabile per le malattie croniche una prevalenza stimata inferiore alla reale, sia perché la malattia cronica è tendenzialmente dichiarata solo se comporta implicazioni nella vita quotidiana, sia per la riluttanza a dichiarare la presenza di persone malate nella famiglia.

Dichiara di soffrire di almeno una malattia cronica il 28,0% della popolazione a fronte di un dato nazionale del 35,9%. Il 4,5% della popolazione dichiara di soffrire di almeno una malattia cronica grave e di non essere autosufficiente.

Il 51,3% dei malati cronici si dichiara in condizioni di buona salute, rispetto alla media italiana del 47,7%.

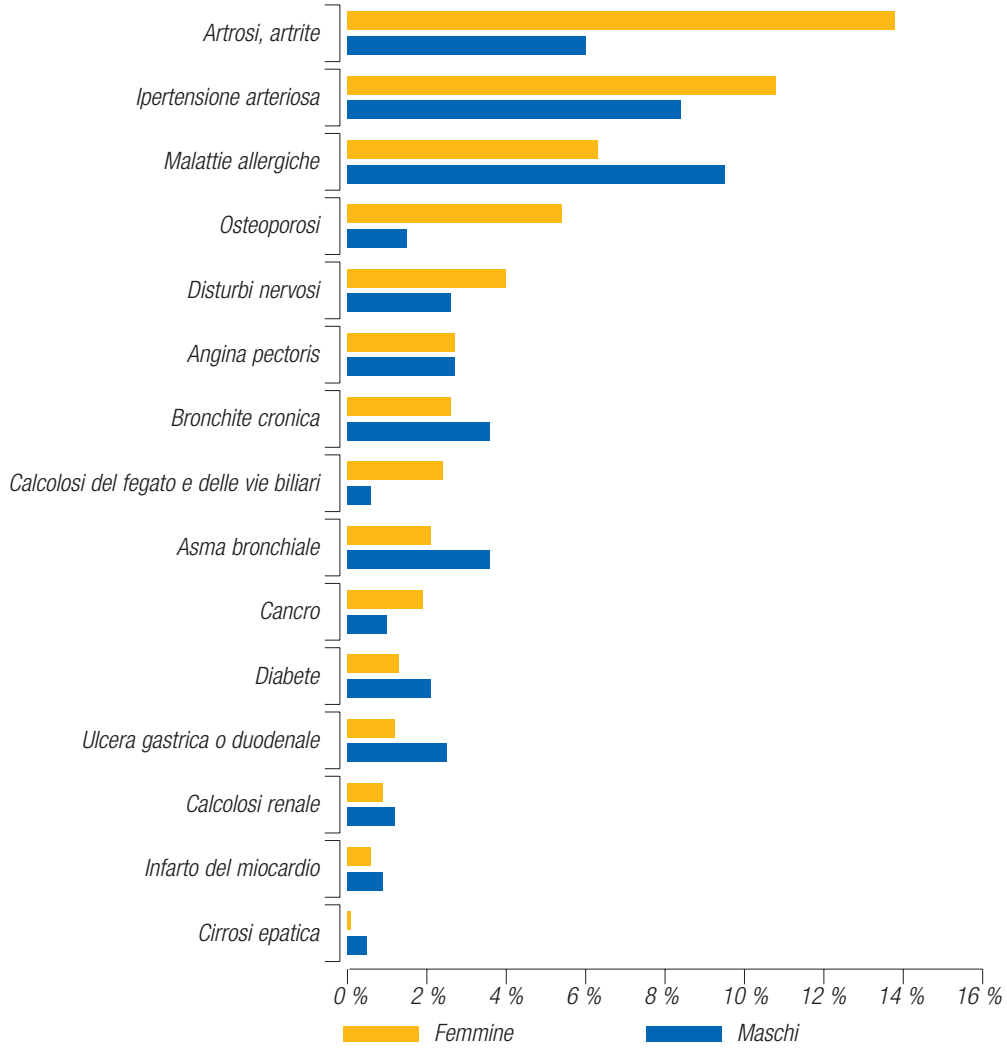
Il 29,9% della popolazione ha fatto ricorso ad un farmaco nei due giorni precedenti l'intervista (34,9% in Italia).

Figura 1: **Indicatori di stato di salute dichiarato dalla popolazione: Provincia di Bolzano ed Italia - Anno 2003**



Tra le malattie croniche maggiormente indicate sono presenti l'artrosi e l'artrite (nel 13,8% delle femmine e nel 6,0% dei maschi), l'ipertensione (il 10,8% delle femmine e l'8,4% dei maschi) e le malattie allergiche (il 9,5% dei maschi ed il 6,3% delle femmine).

Figura 2: **Malattie croniche dichiarate per sesso. Provincia di Bolzano - Anno 2003**



3.2. MAPPATURA DELLE PATOLOGIE CRONICHE

LO STUDIO

Per il governo e la gestione della sanità pubblica, stanno assumendo sempre più valenza le conoscenze relative al numero di pazienti affetti da patologie croniche, al loro consumo di risorse, alla quantità e alla tipologia di prestazioni richieste da un cronico rispetto ad un altro e al loro carico assistenziale per medico di base.

Le informazioni su singole patologie croniche non sono sempre di facile reperimento, visto che non esistono flussi informativi ad hoc. Sono andate invece a consolidarsi ormai da parecchi anni flussi d'attività (SDO, farmaceutica, specialistica), nati a scopi amministrativi, che oggi si dimostrano piuttosto adatti anche a scopi epidemiologici oltre che economici. Solitamente si è portati a pensare che un cronico, con molta probabilità, richieda alla propria azienda sanitaria di assistenza l'esenzione per patologia; di fatto però, e lo studio sulla mappatura delle patologie croniche lo conferma, la banca dati delle esenzioni non può essere considerata esaustiva a tale scopo, in quanto spesso un cronico, per evitare di essere "etichettato" non richiede l'esenzione oppure non viene richiesta per tutte le patologie croniche di cui una persona può essere affetta. L'intuizione è

stata quella di pensare che un paziente affetto da patologia cronica, necessitando di un trattamento farmacologico di una certa consistenza e soprattutto costante nel tempo e/o di ricoveri ospedalieri e/o prestazioni specialistiche particolari, poteva essere individuato andando ad interrogare, secondo specifici criteri, i database informativi di attività. Questo nuovo studio ha di fatto permesso di "recuperare" oltre il 50% di patologie croniche che altrimenti sarebbero rimaste misconosciute.

I dati dello studio, che vengono presentati in questa relazione sanitaria, oltre che essere solo una minima parte dei molteplici risultati emersi dal progetto (l'osservatorio epidemiologico predisporrà al più presto una specifica pubblicazione sull'argomento), si riferiscono all'anno 2004, in quanto lo studio, per la sua complessità, in parte è ancora sperimentale.

Al progetto ha attivamente collaborato, per l'identificazione e la modifica dei criteri di selezione, l'Azienda Sanitaria di Bolzano.

Le malattie croniche si manifestano maggiormente in età anziana, quindi sicuramente esiste una correlazione tra età media della popolazione e prevalenza di malati cronici. La popolazione altoatesina assistibile è una popolazione giovane, con un età media per il 2004 pari a 39,9 anni e un indice di vecchiaia pari a 101,4 (ovvero ogni 100 giovani ci sono 101 anziani). A livello di aziende sanitarie però, quella di Bolzano presenta una struttura demografica più anziana con un indice di vecchiaia pari a 118,4 mentre la più giovane è Brunico con 78,4 anziani ogni 100 giovani.

Tabella 1: **Popolazione assistibile e malati cronici in Provincia di Bolzano – Anno 2004**

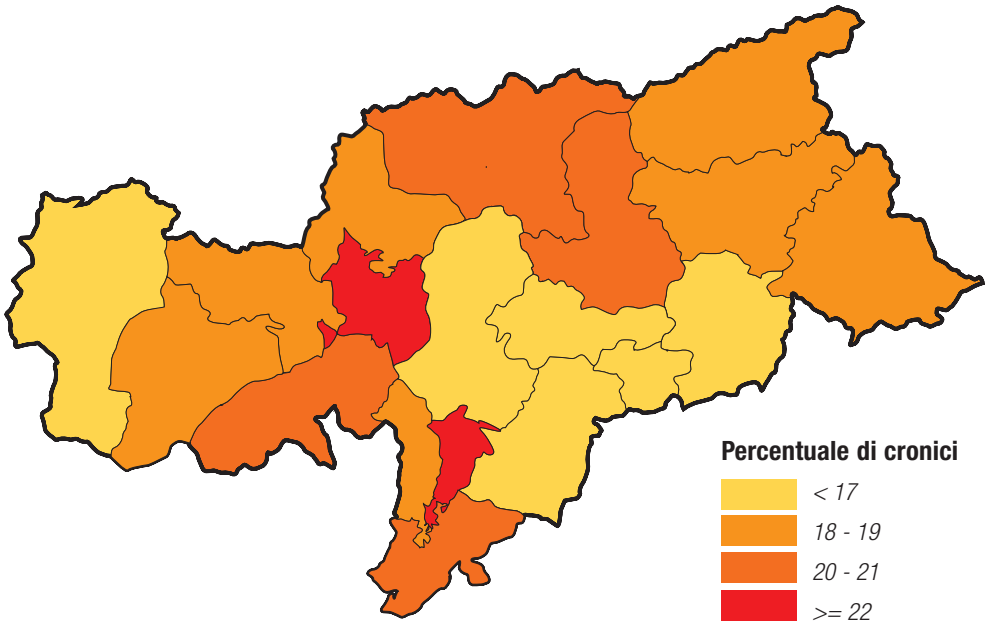
Azienda Sanitaria	*Popolazione assistibile*	*Età media popolazione assistibile*	*Indice di vecchiaia*	*Malati cronici*	*% malati cronici*	*Età media malati cronici*
Bolzano	*216.622*	*41,4*	*118,4*	*49.749*	*23,0*	*63,3*
Merano	*124.690*	*39,8*	*101,4*	*26.459*	*21,2*	*62,7*
Bressanone	*68.590*	*38,0*	*80,5*	*13.246*	*19,3*	*61,5*
Brunico	*72.856*	*37,7*	*78,4*	*13.646*	*18,7*	*61,6*
TOTALE PROVINCIA	***482.758***	***39,9***	***101,4***	***103.100***	***21,4***	***62,7***

Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

La provincia di Bolzano, nel corso del 2004, ha registrato 482.758 assistibili[1]. Di questi il 21,4% (pari a 103.100 persone assistibili) è malato cronico con un età media pari a 62,7 anni. Differenziando per azienda sanitaria, nel rispetto della struttura demografica della popolazione, l'Azienda di Bolzano ha una percentuale di cronici sul totale dei suoi assistibili maggiore (23,0%) mentre Brunico ha la quota minore (18,7%).

[1] *Per popolazione assistibile in questo studio si intendono tutti gli iscritti ad una delle quattro aziende sanitarie, residenti, non residenti, nati, deceduti e trasferiti nel corso dell'anno di rilevazione.*

Figura 3: **Prevalenza malati cronici in Provincia di Bolzano – Anno 2004**



CRONICITÀ

Quasi 12 persone ogni 100 in Alto Adige sono affette da ipertensione (l'11,5% della popolazione assistibile con una età media di 68,5 anni); seguono i cardiopatici, 5,61% con età media pari a 72,5 anni e i diabetici, 2,99% con età media di 66,9 anni.

Gli indicatori di prevalenza delle diverse cronicità non si distribuiscono sempre in maniera omogenea nelle quattro aziende: per uguale malattia cronica, l'Azienda Sanitaria di Bolzano presenta valori maggiori di assistiti affetti da ipertensione, alzheimer e valori leggermente superiori per buona parte delle malattie autoimmuni. Nell'azienda meranese si registrano valori ogni 100.000 abitanti più elevati per le dislipidemie. Nelle aziende di Bressanone e Brunico, invece, nelle quali mediamente la prevalenza delle singole cronicità registra valori più bassi sempre in relazione alla struttura demografica più giovane, si trovano comunque valori leggermente più elevati per morbo di parkinson (Bressanone), epilessia, malattie legate alla tiroide e psicosi (Brunico).

Queste differenze si possono giustificare sia per ragioni demografiche-genetiche degli assistiti nelle diverse aziende ma anche per maggiore interesse e/o competenza nelle diagnosi di alcune malattie rispetto ad altre (si pensi ad esempio al 2,14% di diabetici riscontrati nell'Azienda Sanitaria di Brunico, che, rispetto sia alla letteratura nazionale così come alla media provinciale, è sicuramente un valore troppo basso).

Tabella 2: **Cronicità per Azienda Sanitaria di assistenza in Provincia di Bolzano – Anno 2004**
Valori per 100.000 abitanti

Cronicità	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale Provincia
Portatori di trapianto	96,48	70,58	88,93	56,28	82,65
Insufficienza renale	456,56	382,55	414,05	340,40	413,87
HIV e AIDS	68,78	34,49	33,53	8,24	45,78
Neoplastici	2.789,65	2.732,38	2.427,47	2.263,37	2.643,97
Diabete	3.362,08	3.020,29	2.692,81	2.137,09	2.993,84
Ipertensione	13.084,08	10.762,69	10.433,01	9.155,05	11.514,88
Cardiopatia	5.621,77	5.933,11	5.443,94	5.204,79	5.613,99
Vasculopatia	991,59	996,07	635,66	794,72	912,47
Broncopneumopatia	2.444,81	2.207,88	1.787,43	1.567,48	2.157,81
Epato-Enteropatia	799,09	745,85	567,14	336,28	682,54
MRGE	635,21	741,84	740,63	528,44	661,62
Epilessia	494,41	566,20	548,18	619,03	539,40
Parkinson	620,44	619,94	756,67	538,05	627,23
Alzheimer	278,83	165,21	83,10	107,06	195,75
Sclerosi Multipla	104,79	112,28	77,27	70,00	97,56
Neuromielite ottica	--	1,60	1,46	--	0,62
Demenze	234,05	171,63	96,22	75,49	174,41
Artrite reumatoide	318,99	312,78	279,92	285,49	306,78
LES	76,17	40,10	71,44	43,92	61,31
Sclerosi Sistemica	23,54	13,63	13,12	17,84	18,64
Malattia di Sjörgen	30,93	12,03	11,66	4,12	19,26
Spondilite anchilosante	29,54	12,83	11,66	21,96	21,54
Miastenia gravis	10,62	9,62	10,21	5,49	9,53
Tiroidite di Hashimoto	423,78	101,05	53,94	72,75	234,90
Anemie emolitiche	3,23	9,62	8,75	5,49	6,01
Acromegalia	12,93	10,43	7,29	5,49	10,36
Diabete Insipido	6,00	5,61	10,21	8,24	6,84
Morbo di Addison	12,00	13,63	13,12	9,61	12,22
Iper-Ipoparatiroidismo	24,00	15,24	11,66	42,55	22,79
Ipotiroidismo	2.204,30	2.841,45	2.176,70	2.940,05	2.475,98
Sindrome di Cushing	3,69	5,61	5,83	5,49	4,76
Morbo di Basedow	96,94	155,59	132,67	119,41	120,56
Nanismo ipofisario	34,16	13,63	27,70	27,45	26,93
Dislipidemie	2.731,95	3.264,90	1.434,61	2.618,86	2.668,21
Psicosi	545,19	578,23	924,33	1.321,79	724,79

Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

3.3. MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO

Le malattie dell'apparato circolatorio rappresentano la prima causa di morte nei paesi sviluppati. Dall'indagine multiscopo dell'ISTAT risulta che l'ipertensione, uno dei principali fattori di rischio, è la seconda patologia cronica più diffusa in Italia.

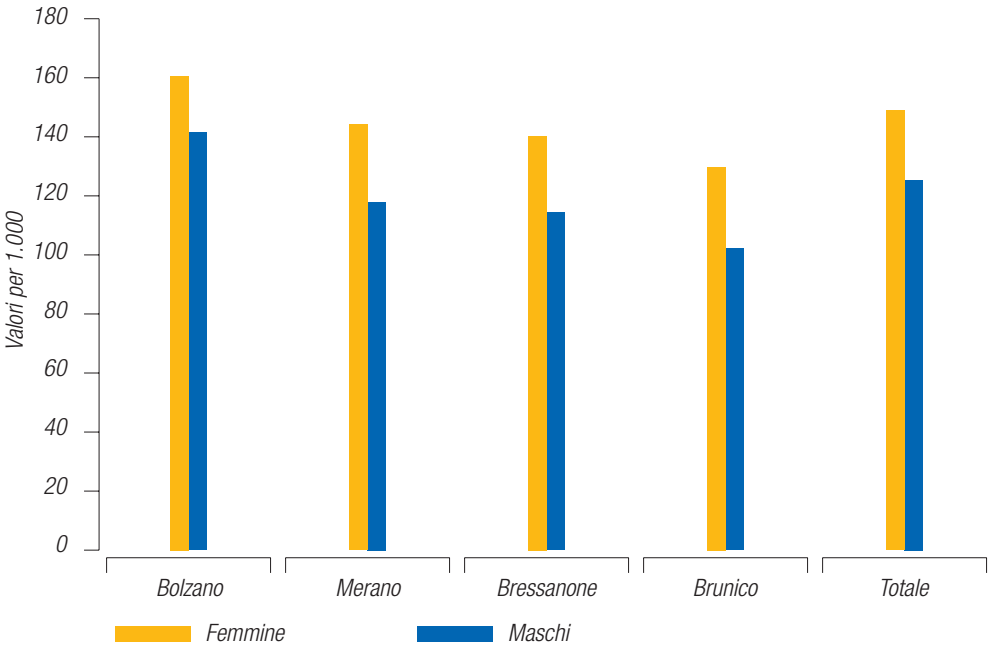
FATTORI DI RISCHIO

I principali fattori di rischio per le malattie dell'apparato cardiocircolatorio sono rappresentati dalla già citata ipertensione, dall'ipercolesterolemia, dal diabete e dall'obesità.
Un soggetto iperteso ha un rischio tra 2 e 4 volte superiore rispetto ad un non iperteso di morire di una malattia coronarica, e di oltre 4 volte superiore di morire di ictus. Si stima che il 25% dei decessi per malattie coronariche o ictus sia relazionato all'ipertensione.
Dai dati dell'indagine Multiscopo del 2003, in Provincia di Bolzano la quota di ipertesi è pari all'8,4% tra i maschi (10,8% in Italia nel 2002) ed al 10,8% tra le femmine (14,2% in Italia). Dall'Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari risulta una proporzione di ipertesi nella popolazione di età compresa tra 35 e 74 anni pari al 33% tra i maschi ed al 31% tra le femmine. Nei soggetti con una storia di malattia cardiovascolare è stata rilevata una familiarità per l'ipertensione nel 41% dei casi maschili e nel 54% di quelli femminili.
I soggetti con ipercolesterolemia presentano un rischio di morte doppio per cardiopatia ischemica e ictus rispetto ai soggetti con colesterolemia normale. La quota di soggetti con ipercolesterolemia è pari al 21% della popolazione maschile tra 35 e 74 anni ed al 25% di quella femminile. La familiarità per l'ipercolesterolemia nei soggetti con storia di malattia cardiovascolare è pari al 24% tra gli uomini ed al 34% tra le femmine.

CARDIOVASCULOPATIE

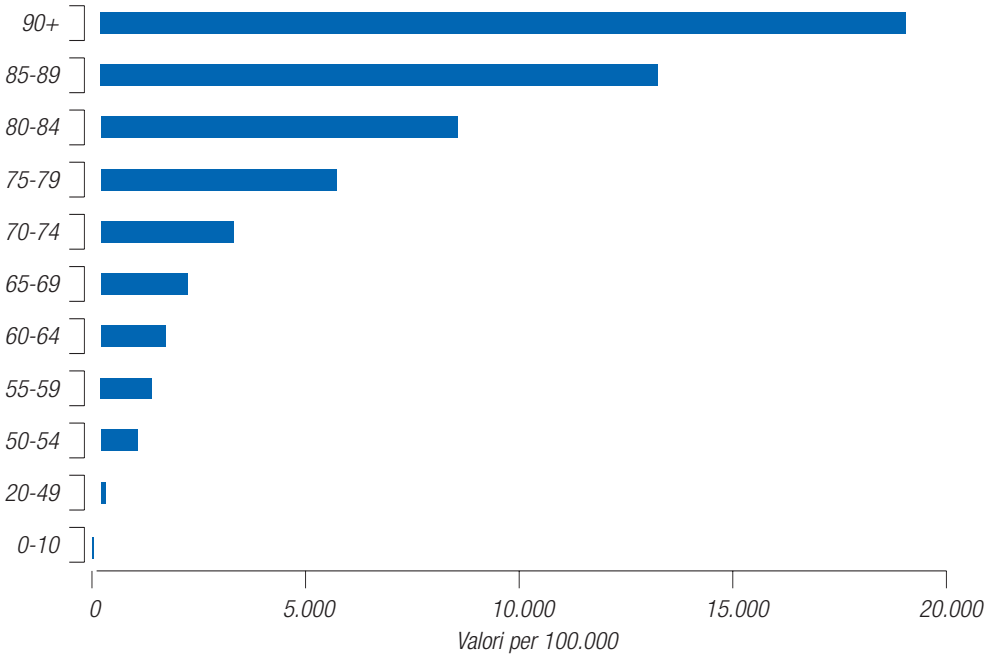
La prevalenza di cardiovasculopatie croniche identificate in provincia di Bolzano dal progetto di mappatura delle patologie croniche è pari a 137,4 casi per 1.000 abitanti (125,4 tra i maschi e 148,9 tra le femmine), con una età media dei soggetti malati di 68,4 anni per i maschi e 70,5 anni per le femmine. Tra questi ci sono 1,2 casi di scompenso cardiaco.
La prevalenza è minore nell'Azienda Sanitaria di Brunico e più elevata in quella di Bolzano.

Figura 4: **Prevalenza di cardivasculopatie croniche per genere ed Azienda Sanitaria. Provincia di Bolzano - Anno 2004**



Lo scompenso cardiaco rappresenta una delle più importanti cause di morbilità e mortalità nei paesi industrializzati, e determina un importante assorbimento di risorse per il sistema sanitario. I residenti nel 2004 con scompenso cardiaco sono pari a 5.405, il 51,2% uomini, pari all'1,2% della popolazione. La prevalenza della malattia cresce con l'età, da 0,1 casi per 100 abitanti tra 20 e 49 anni di età, a 18,8 casi per 100 abitanti oltre i 90 anni di età. Il tasso di letalità per questa patologia è del 16,9%.

Figura 5: **Prevalenza di cardivasculopatie croniche per classi di età. Provincia di Bolzano - Anno 2004**



DIMISSIONI OSPEDALIERE

Le dimissioni nel 2005, di residenti in strutture provinciali con una malattia del sistema circolatorio come diagnosi principale, sono state complessivamente 10.566, con un tasso di ospedalizzazione nel 2005 pari a 2.340,9 per 100.000 tra i maschi ed a 2.076,8 per 100.000 tra le femmine. Le diagnosi più frequenti di ricovero sono state le altre malattie del cuore, ed in particolare l'insufficienza cardiaca (1.406 ricoveri complessivamente). Tra le cause più frequenti di ricovero anche i disturbi circolatori dell'encefalo, di cui 527 occlusioni delle arterie cerebrali, 467 ischemie cerebrali transitorie e 394 occlusioni e stenosi delle arterie precerebrali. Molto diagnosticate sono state anche le malattie ischemiche del cuore, e tra queste i ricoveri per infarto miocardico acuto sono stati 374 tra i maschi (70 in meno rispetto al 2004) e 293 tra le femmine (21 in meno rispetto al 2004).

Tabella 3: **Ricoveri, decessi e tassi di ospedalizzazione e mortalità di residenti per sesso e malattia del sistema circolatorio. Provincia di Bolzano - Anni 2003-2005**

	ricoveri 2005	tasso ospedalizzazione 2005 (x100.000)	decessi 2003	tasso mortalità 2001-03 (x 100.000)
MASCHI				
Reumatismo articolare acuto	*1*	*0,4*	*-*	*-*
Cardiopatie reumatiche croniche	*6*	*2,5*	*2*	*0,4*
Malattia ipertensiva	*138*	*58,3*	*40*	*16,5*
Malattie ischemiche del cuore	*1.448*	*612,2*	*304*	*127,8*
Malattie del circolo polmonare	*85*	*35,9*	*12*	*6,2*
Altre malattie del cuore	*1.684*	*711,9*	*122*	*51,8*
Disturbi circolatori dell'encefalo	*1.245*	*526,4*	*128*	*57,5*
Malattie delle arterie	*579*	*244,8*	*72*	*27,6*
Malattie delle vene	*351*	*148,4*	*6*	*1,7*
TOTALE	***5.537***	***2.340,9***	***686***	***289,6***
FEMMINE				
Reumatismo articolare acuto	*2*	*0,8*	*-*	*0,1*
Cardiopatie reumatiche croniche	*16*	*6,6*	*2*	*1,8*
Malattia ipertensiva	*273*	*112,7*	*102*	*36,5*
Malattie ischemiche del cuore	*804*	*332,0*	*291*	*112,6*
Malattie del circolo polmonare	*134*	*55,3*	*18*	*7,4*
Altre malattie del cuore	*1.710*	*706,2*	*192*	*93,7*
Disturbi circolatori dell'encefalo	*1.457*	*601,7*	*211*	*86,8*
Malattie delle arterie	*322*	*133,0*	*90*	*42,0*
Malattie delle vene	*311*	*128,4*	*16*	*2,6*
TOTALE	***5.029***	***2.076,8***	***922***	***383,5***

Fonte: SDO, Registro Provinciale di Mortalità

MORTALITÀ

La patologia più frequente tra le cause di morte per malattie del sistema circolatorio è rappresentata dalle malattie ischemiche del cuore (infarto, angina pectoris ed ischemie cardiache), con 304 decessi tra i maschi (127,8 per 100.000 nel triennio 2001-2003) e 291 decessi tra le femmine (112,6 per 100.000 la media 20001-2003) nel 2003.
Elevati, soprattutto tra le donne, sono i disturbi circolatori dell'encefalo (211 casi, 86,8 per 100.000 la media 2001-2003), mentre gli stessi sono meno frequenti tra gli uomini (128 casi, 57,5 per 100.000).
Significativa è anche la quota delle altre malattie del cuore (122 casi maschili e 192 femminili nel 2003), e fra queste l'insufficienza cardiaca, per la quale si contano 62 casi tra gli uomini (26,8 per 100.000) e 143 tra le donne (60,1 per 100.000).
Per le malattie ischemiche del cuore l'andamento tendenziale è in diminuzione, più marcata per i maschi. Tra le altre malattie del cuore invece si ha una tendenza alla diminu-

zione dei tassi tra i maschi ed all'aumento tra le femmine, tra le quali appare in aumento anche la mortalità per malattia ipertensiva.

Figura 6: **Tasso standardizzato di mortalità per malattie cardiocircolatorie, maschi. Provincia di Bolzano - Anni 1995-2003**

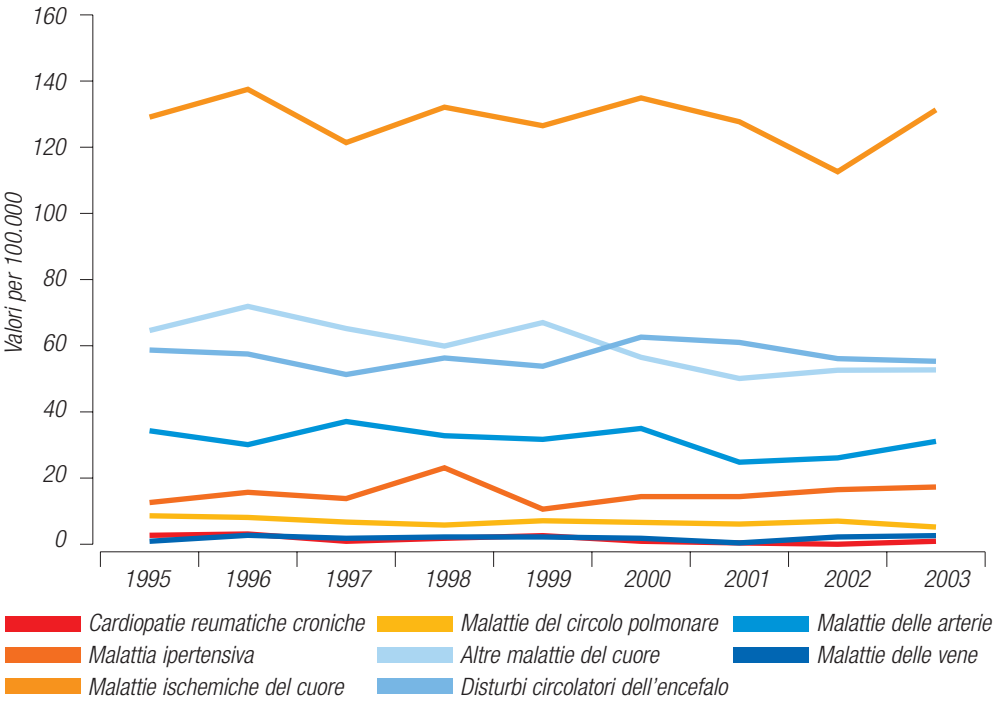
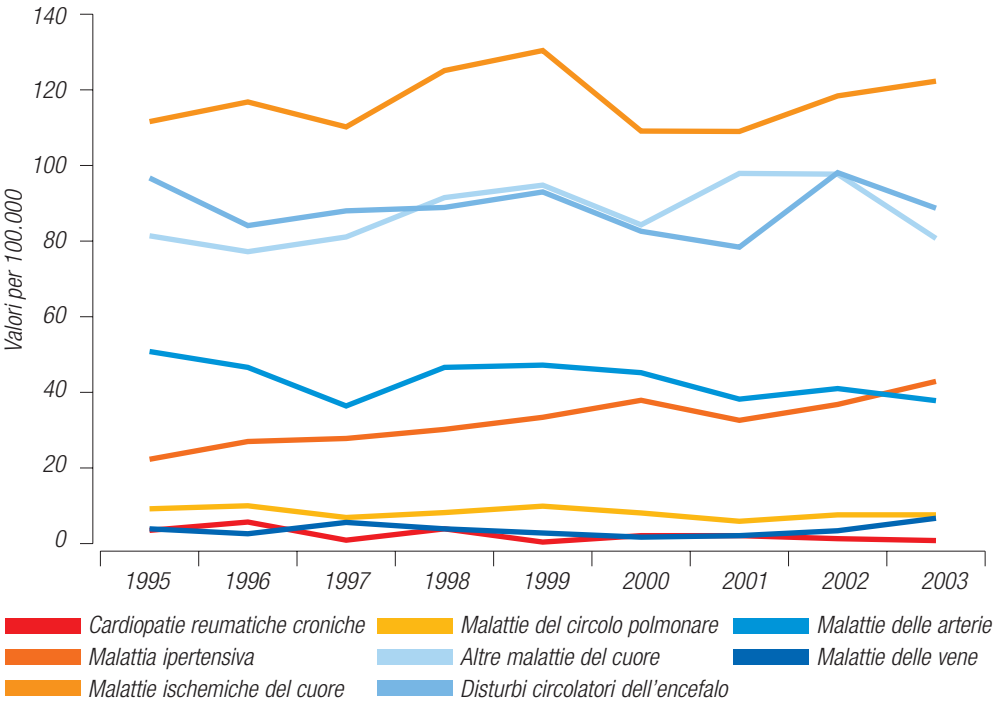


Figura 7 **Tasso standardizzato di mortalità per malattie cardiocircolatorie, femmine. Provincia di Bolzano - Anni 1995-2003**



3.4. INCIDENZA E MORTALITÀ DEI TUMORI MALIGNI

Nel quinquennio 1999-2003, nella PA di Bolzano sono stati diagnosticati 12.430 nuovi casi di tumore maligno. In media nel periodo si sono ammalate ogni anno circa 2.486 persone, 1.386 maschi e 1.100 femmine.
Escludendo i tumori della pelle (ICD IX: 173), il tasso grezzo annuo di incidenza è pari a 574 casi per 100.000 nei maschi ed a 442 casi per 100.000 nelle femmine.
Le sedi più frequenti del tumore sono la prostata, il colon-retto ed il polmone tra nella popolazione maschile; la mammella, il colon-retto e lo stomaco nelle femmine.
In media all'anno muoiono per tumore 596 maschi (260 decessi ogni 100.000 maschi) e 492 femmine (209 decessi ogni 100.000 donne).

IL REGISTRO TUMORI DELL'ALTO ADIGE

Il Registro Tumori dell'Alto Adige, istituito con delibera provinciale n. 2.076/92, ha iniziato la sua attività nel 1995 ed è diretto dal primario del servizio Interaziendale di Anatomia Patologica, struttura di cui il Registro Tumori fa parte.
Il Registro Tumori effettua una continua rilevazione dei nuovi casi di tumore maligno (dati di incidenza) e di mortalità per patologie tumorali nella popolazione residente nella PA di Bolzano, operando nel contempo periodiche verifiche di qualità sui dati già archiviati. I compiti istituzionali ad esso assegnati sono quelli di fornire informazioni sull'incidenza e sulla diffusione delle malattie tumorali, costituire una banca dati per la deduzione delle possibili cause, supportare una politica socio-sanitaria volta alla pianificazione e alla valutazione di programmi preventivi e di pianificazione per l'assistenza a pazienti affetti da neoplasia.
Per quanto concerne i criteri di classificazione, vengono rilevati tutti i tumori maligni a diagnosi certa, per ogni codice ICD IX appartenente alla sezione 140.0 - 208.9. I tumori multipli insorti sullo stesso soggetto sono registrati in accordo con le regole dell'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC). I tumori maligni sorti in organi pari vengono considerati multipli solo in presenza di una morfologia diversa. I tumori della pelle sono assegnati ai codici ICD IX 172 (melanomi) e 173 (carcinomi cutanei). Le neoplasie non invasive vengono registrate ma sono escluse dal calcolo dei dati di incidenza. Fanno eccezione i tumori della vescica, i quali comprendono anche i carcinomi non invasivi ed a comportamento incerto.

FONTI INFORMATIVE DEL REGISTRO TUMORI

Le fonti di informazione utilizzate per la rilevazione dei nuovi casi con diagnosi di tumore sono le seguenti:

- notifica da parte del personale medico (pubblico e privato), mediante la compilazione e l'invio al Registro Tumori di un apposito modulo;
- archivi dei referti anatomo-patologici del servizio Interaziendale di Anatomia Patologica e del servizio di Anatomia Patologica presso la Clinica Universitaria di Innsbruck;
- archivio provinciale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO);
- certificati di morte della popolazione residente archiviati presso il Registro Provinciale di Mortalità (RPM);

- archivio dei ricoveri di soggetti altoatesini in strutture italiane extraprovinciali e presso la Clinica Universitaria di Innsbruck;
- banche dati di incidenza presso altri registri tumori attivi in regioni limitrofe alla PA di Bolzano (Tirolo, PA di Trento, Veneto).

Il Registro Tumori dell'Alto Adige è stato accreditato nel 2001 dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) e dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRT). Tali organismi stanno ora effettuando le opportune verifiche di correttezza e di completezza sul set di dati di incidenza relativi al quinquennio 1998-2002.

INCIDENZA NEL PERIODO 1999-2003

Le stime di incidenza dei tumori maligni diagnosticati nella popolazione residente nella PA di Bolzano sono riferite al quinquennio 1999-2003 (i casi per l'anno 2003 non sono definitivi). L'ampiezza del periodo garantisce una buona stabilità dei tassi osservati, i cui valori, soprattutto per i tumori meno frequenti, possono essere influenzati della contenuta dimensione della popolazione altoatesina.

Negli anni 1999-2003, nella PA di Bolzano sono stati diagnosticati 6.932 nuovi casi di tumore maligno tra la popolazione maschile residente (1.386 casi/anno) e 5.498 casi (1.100 casi/anno) in quella femminile. Escludendo i tumori della pelle (ICD IX: 173), sono stati registrati rispettivamente 6.579 casi (pari a 573,9 casi ogni 100.000 maschi) e 5.204 casi (pari a 441,7 casi ogni 100.000 femmine). Tra i maschi sono stati osservati 33 casi (0,48% del totale) nella fascia di età 0-14 anni e 4.444 casi (64,1%) in soggetti con età 65 anni e oltre, mentre nella popolazione femminile è stato diagnosticato un tumore maligno in 28 bambine (0,51%) con meno di 15 anni ed in 3.087 casi (56,2%) donne con 65 anni e più.

Tabella 4: **Nuovi casi di tumore maligno nella popolazione maschile - Anni 1999-2003**

ICD IX	SEDE	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
140	Labbro	9	2	1	1	13
141	Lingua	30	10	7	6	53
142	Ghiandole salivari	9	6	1	1	17
143-145	Bocca	33	16	14	9	72
146	Orofaringe	25	15	10	7	57
147	Rinofaringe	7	1	-	4	12
148	Ipofaringe	28	26	16	13	83
149	Faringe, n.a.s.	11	3	3	5	22
150	Esofago	44	31	23	22	120
151	Stomaco	155	94	42	73	364
152	Intestino tenue	11	7	4	2	24
153	Colon	269	133	61	64	527
154	Retto	142	75	48	44	309
155	Fegato	124	71	36	31	262
156	Vie biliari	26	19	11	11	67
157	Pancreas	91	34	21	14	160
160	Cavità nasali	9	7	3	5	24
161	Laringe	75	30	22	10	137
162	Trachea, bronchi e polmone	370	207	77	63	717
163-164	Altri organi toracici	7	2	1	1	11
MES	Mesotelioma	9	5	2	1	17
170	Osso	4	2	3	1	10
171	Tessuti molli	19	7	4	6	36
KAP	Sarcoma di Kaposi	5	1	-	1	7
172	Pelle, melanomi	87	30	16	20	153
173	Pelle, non melanomi	203	75	44	31	353
175	Mammella (uomo)	6	5	1	1	13
185	Prostata	839	393	186	168	1.586
186	Testicolo	33	24	14	17	88
187	Pene e altri genitali maschili	7	2	2	-	11
188	Vescica	324	159	57	88	628
189	Rene e altre vie urinarie	125	51	34	30	240
190	Occhio	2	2	2		6
191-192	Encefalo e altro SNC	45	32	5	14	96
193	Tiroide	22	11	8	2	43
194	Altre ghiandole endocrine	4	-	1	-	5
201	Linfoma di Hodgkin	18	8	6	3	35
200, 202	Linfoma non Hodgkin	102	56	31	25	214
203	Mieloma	21	19	9	8	57
204	Leucemia linfatica	42	19	12	10	83
205	Leucemia mieloide	37	15	4	7	63
206	Leucemia monocitica	4	2	-	-	6
207	Altre leucemie specificate	2	-	-	-	2
208	Leucemia, n.a.s.	2	1	-	-	3
	Sedi mal definite *	52	39	17	18	126
	TUTTE LE SEDI	**3.489**	**1.747**	**859**	**837**	**6.932**

* comprende i codici ICD IX: 158, 159, 165, 195-199

Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

Tabella 5: **Nuovi casi di tumore maligno nella popolazione femminile - Anni 1999-2003**

ICD IX	SEDE	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
140	Labbro	2	1	1	-	4
141	Lingua	10	3	2	2	17
142	Ghiandole salivari	5	3	3	-	11
143-145	Bocca	16	7	4	3	30
146	Orofaringe	6	1	3		10
147	Rinofaringe	-	2	1	2	5
148	Ipofaringe	7	1	-	-	8
149	Faringe, n.a.s.	2	2	-	-	4
150	Esofago	14	10	2	-	26
151	Stomaco	127	97	53	46	323
152	Intestino tenue	4	2	3	3	12
153	Colon	217	148	54	59	478
154	Retto	91	55	31	32	209
155	Fegato	41	22	4	2	69
156	Vie biliari	58	33	10	19	120
157	Pancreas	101	46	29	24	200
160	Cavità nasali	1	3	-	1	5
161	Laringe	14	1	2	-	17
162	Trachea, bronchi e polmone	134	67	32	22	255
163-164	Altri organi toracici	1	-	2	1	4
MES	Mesotelioma	4	-	1	1	6
170	Osso	3	2	4	1	10
171	Tessuti molli	10	6	3	4	23
KAP	Sarcoma di Kaposi	3	1	-	1	5
172	Pelle, melanomi	100	51	25	21	197
173	Pelle, non melanomi	132	66	35	61	294
174	Mammella (donna)	713	373	172	163	1.421
179	Utero, n.a.s.	12	3	5	2	22
180	Utero, collo	49	38	21	15	123
181	Placenta	1	-	-	-	1
182	Utero, corpo	114	66	33	37	250
183	Ovaio	102	58	25	30	215
184	Altri genitali femminili	28	8	1	5	42
188	Vescica	83	45	20	14	162
189	Rene e altre vie urinarie	72	43	25	21	161
190	Occhio	4	1	3	1	9
191-192	Encefalo e altro SNC	47	19	10	15	91
193	Tiroide	58	14	14	11	97
194	Altre ghiandole endocrine	2	2	-	-	4
201	Linfoma di Hodgkin	12	5	3	2	22
200, 202	Linfoma non Hodgkin	97	57	21	19	194
203	Mieloma	35	19	8	6	68
204	Leucemia linfatica	28	12	8	13	61
205	Leucemia mieloide	34	17	11	8	70
206	Leucemia monocitica	1	-	-	-	1
207	Altre leucemie specificate	-	1	-	-	1
208	Leucemia, n.a.s.	-	2	-	1	3
	Sedi mal definite*	64	40	15	19	138
	TUTTE LE SEDI	**2.659**	**1.453**	**699**	**687**	**5.498**

* comprende i codici ICD IX: 158, 159, 165, 195-199

Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

Tabella 6: **Tassi di incidenza medi annui dei tumori maligni per 100.000 residenti - Anni 1999-2003**

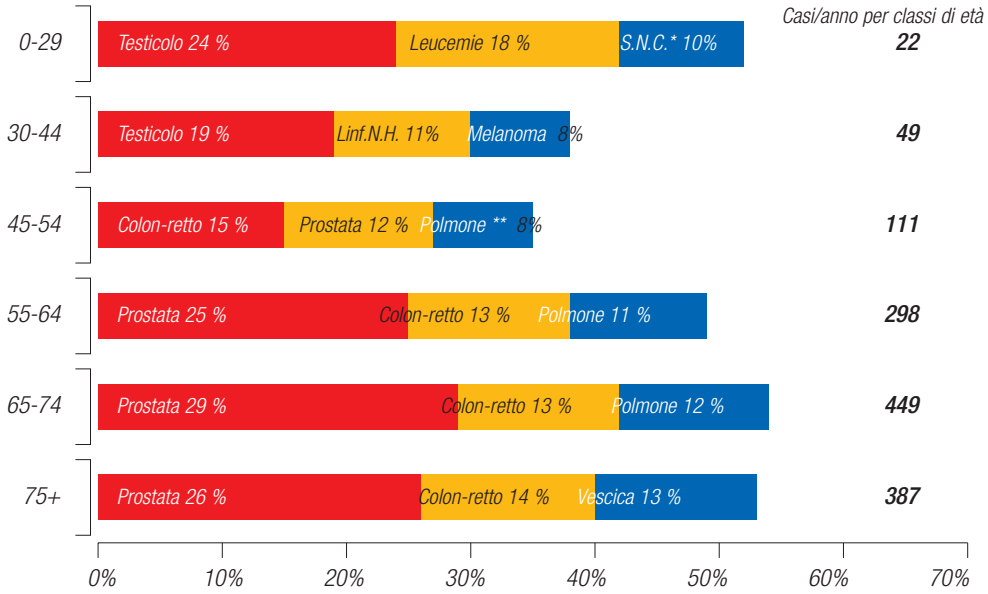
ICD IX	SEDE	Tassi grezzi		Tassi standardizzati (pop. europea)	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
140	Labbro	1,1	0,3	1,0	0,2
141	Lingua	4,6	1,4	4,5	1,2
142	Ghiandole salivari	1,5	0,9	1,4	0,8
143-145	Bocca	6,3	2,5	6,0	2,0
146	Orofaringe	5,0	0,8	4,7	0,7
147	Rinofaringe	1,0	0,4	1,0	0,4
148	Ipofaringe	7,2	0,7	7,0	0,6
149	Faringe, n.a.s.	1,9	0,3	1,9	0,3
150	Esofago	10,5	2,2	9,7	1,8
151	Stomaco	31,8	27,4	28,5	17,1
152	Intestino tenue	2,1	1,0	1,9	0,8
153	Colon	46,0	40,6	41,8	28,1
154	Retto	27,0	17,7	24,8	12,6
155	Fegato	22,9	5,9	21,2	3,7
156	Vie biliari	5,8	10,2	5,2	6,5
157	Pancreas	14,0	17,0	12,8	11,1
160	Cavità nasali	2,1	0,4	2,0	0,4
161	Laringe	11,9	1,4	11,3	1,1
162	Trachea, bronchi e polmone	62,5	21,6	56,4	15,3
163-164	Altri organi toracici	1,0	0,3	0,9	0,3
MES	Mesotelioma	1,5	0,5	1,4	0,3
170	Osso	0,9	0,8	0,8	0,9
171	Tessuti molli	3,1	2,0	2,9	1,5
KAP	Sarcoma di Kaposi	0,6	0,4	0,5	0,3
172	Pelle, melanomi	13,3	16,7	12,6	14,0
173	Pelle, non melanomi	30,8	25,0	27,7	14,3
174	Mammella (donna)	-	120,6	-	100,9
175	Mammella (uomo)	1,1	-	1,0	-
179	Utero, n.a.s.	-	1,9	-	1,4
180	Utero, collo	-	10,4	-	9,2
181	Placenta	-	0,1	-	0,1
182	Utero, corpo	-	21,2	-	16,2
183	Ovaio	-	18,2	-	15,0
184	Altri genitali femminili	-	3,6	-	2,2
185	Prostata	138,3	-	124,3	-
186	Testicolo	7,7	-	6,8	-
187	Pene e altri genitali maschili	1,0	-	0,9	-
188	Vescica	54,8	13,7	49,3	9,0
189	Rene e altre vie urinarie	20,9	13,7	19,1	10,0
190	Occhio	0,5	0,8	0,5	0,7
191-192	Encefalo e altro SNC	8,4	7,7	7,8	6,1
193	Tiroide	3,8	8,2	3,5	7,5
194	Altre ghiandole endocrine	0,4	0,3	0,5	0,3
201	Linfoma di Hodgkin	3,1	1,9	2,8	1,8
200, 202	Linfoma non Hodgkin	18,7	16,5	17,3	12,6
203	Mieloma	5,0	5,8	4,5	3,6
204	Leucemia linfatica	7,2	5,2	6,8	3,5
205	Leucemia mieloide	5,5	5,9	4,9	4,2
206	Leucemia monocitica	0,5	0,1	0,5	0,0
207	Altre leucemie specificate	0,2	0,1	0,1	0,1
208	Leucemia, n.a.s.	0,3	0,3	0,3	0,1
	Sedi mal definite*	11,0	11,7	10,2	7,2
	TUTTE LE SEDI	**604,7**	**466,6**	**551,3**	**348,2**

* comprende i codici ICD IX: 158, 159, 165, 195-199

Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

Escludendo la cute (ICD IX 173), i tumori più frequenti tra i maschi risultano quelli della prostata (1.586 casi, pari al 24,1%), del colon-retto (836 casi, pari al 11,7%), del polmone (717 casi, pari a 10,9%), della vescica (628 casi, pari al 9,5%) e dello stomaco (364 casi, pari al 5,5%).

Figura 8: **Le 3 sedi più frequenti per grandi classi di età (ESCL. ICD IX 173)**
Maschi - Anni 1999-2003

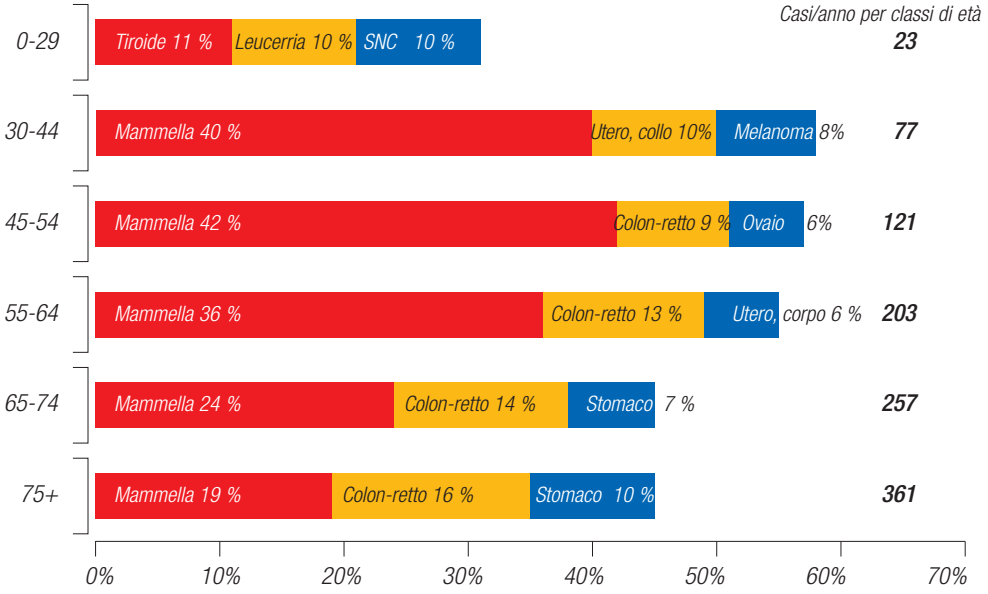


* Melanoma: 11%; ** Vescica: 8%

Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

Nelle femmine, il tumore della mammella (1.421 casi, pari al 27,3%) risulta al primo posto tra tutte le neoplasie, seguita dal tumore del colon-retto (687 casi, pari al 13,2%), dello stomaco (323 casi, pari al 6,2%), del polmone (255 casi, 4,9%) e da tumori associati ai livelli ormonali quali quelli del corpo dell'utero (250 casi, pari al 4,8%) e dell'ovaio (215 casi, pari al 4,1%).

Figura 9: **Le 3 sedi più frequenti per grandi classi di età (ESCL. ICD IX 173)**
Femmine - Anni 1999-2003

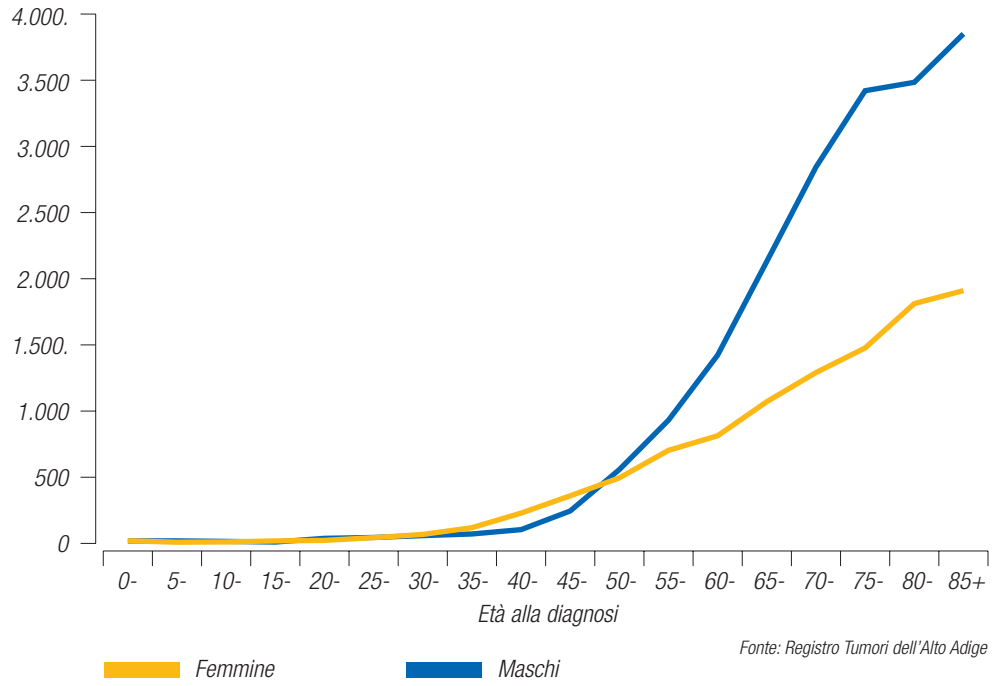


Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

TASSI SPECIFICI PER ETÀ

Analizzando i tassi grezzi di incidenza (numero di casi osservati per 100.000 abitanti) calcolati sull'insieme delle patologie tumorali (esclusi i tumori della pelle), appare evidente come l'incidenza cresca sensibilmente nei maschi rispetto alle femmine a partire dai 60 anni, raggiungendo nell'età più avanzata i 3.850 casi per 100.000 maschi ed i 1.910 casi per 100.000 femmine.

Figura 10: **Tassi grezzi di incidenza (per 100.000 ab.) (ESCL. ICD IX 173) - Anni 1999-2003**

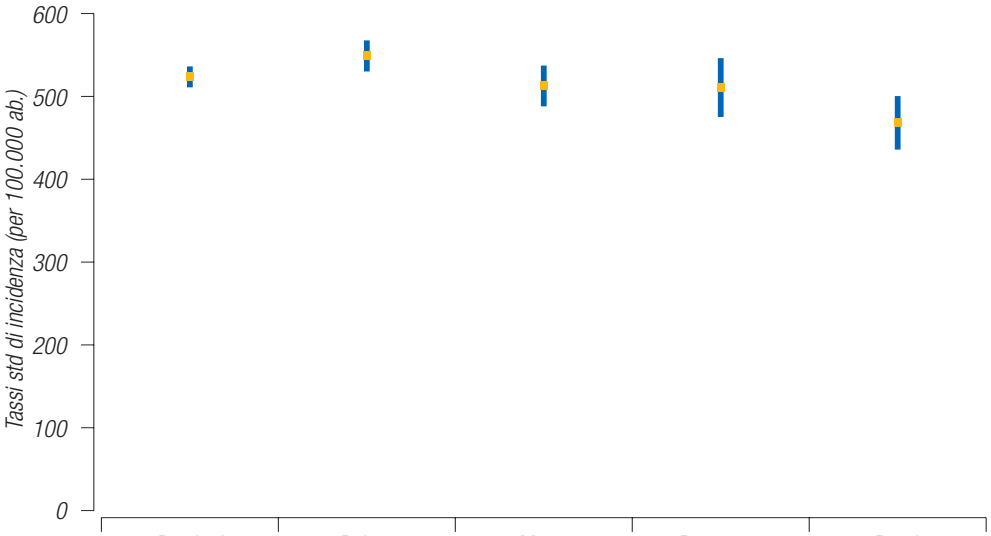


Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

CONFRONTI TERRITORIALI DELL'INCIDENZA DI TUTTI I TUMORI

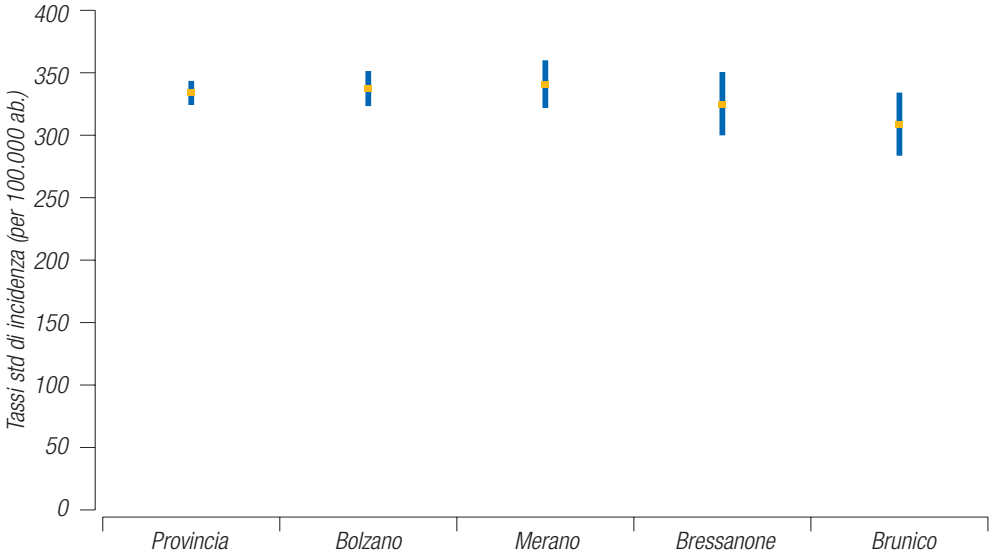
I confronti tra i dati di incidenza osservati nelle aziende sanitarie sono stati effettuati mediante una standardizzazione dei tassi (SIR), utilizzando la popolazione standard europea. Con riferimento all'insieme dei tumori diagnosticati nella popolazione maschile (esclusi i carcinomi cutanei), l'Azienda Sanitaria di Brunico conferma anche per il periodo 1999-2003 un tasso medio annuo standardizzato di incidenza (468,1 per 100.000) significativamente inferiore al valore provinciale (523,6 per 100.000). Sul versante femminile, per nessuna azienda sanitaria la differenza del tasso medio annuo standardizzato dal dato provinciale (333,9 per 100.000) risulta significativa.

Figura 11: **Tassi standardizzati di incidenza - Tutti tumori (ESCL. ICD IX 173) (IC 95%) Maschi**



	Provincia	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico
low	510,0	530,1	488,0	475,2	435,8
sir	523,6	548,8	512,6	510,3	468,1
high	536,2	567,6	537,2	546,2	500,4

Figura 12: **Tassi standardizzati di incidenza - Tutti tumori (ESCL. ICD IX 173) (IC 95%) Femmine**



	Provincia	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico
low	324,2	323,3	321,8	299,9	283,6
sir	333,9	337,3	340,9	324,8	308,8
high	343,5	351,4	360,0	350,6	334,1

Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

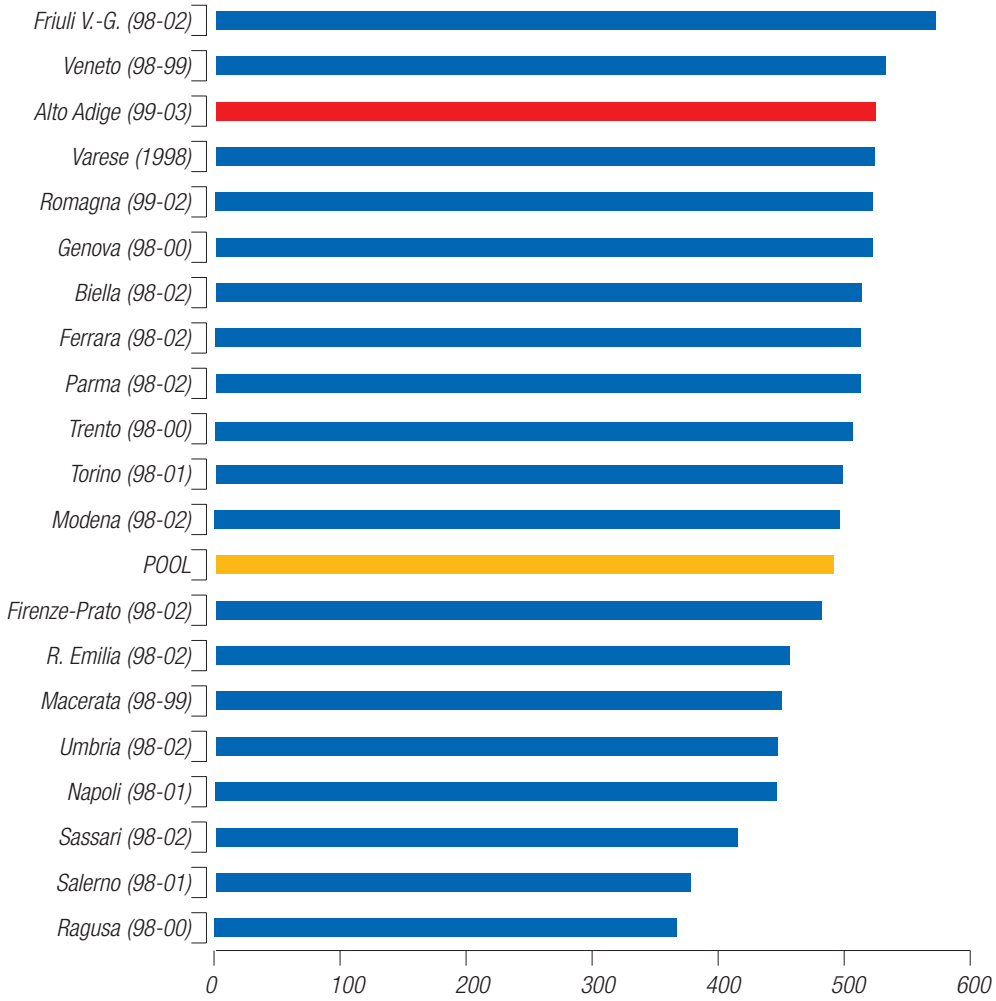
Il confronto con i dati di incidenza a livello italiano è stato condotto sulla base degli ultimi dati pubblicati all'inizio del 2006 dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRT), nel volume "I tumori in Italia - Rapporto 2006: Incidenza, mortalità e stime", relativi ai dati raccolti nel periodo 1998-2002 da ventuno registri tumori di popolazione su un bacino di circa 15 milioni di italiani.

Nel complesso, l'incidenza tumorale (esclusi i carcinomi della cute) osservata nei maschi per il quinquennio 1999-2003 colloca la PA di Bolzano nella parte superiore della gradua-

toria dei tassi standardizzati, insieme alla della Provincia di Varese ed alle spalle della regione Friuli Venezia-Giulia (che rappresenta la zona in assoluto con la più alta incidenza) e del Veneto. Il tasso relativo all'Alto Adige (523,6 per 100.000) risulta superiore al valore calcolato sul pool dei registri italiani per gli anni 1998-02 (pari a 490,1 per 100.000). Questa posizione è comunque fortemente condizionata dalla forte incidenza nella Provincia del tumore della prostata, che rappresenta circa un quarto dei nuovi casi di cancro diagnosticati tra gli altoatesini, evidenziando un trend in aumento nel corso del periodo esaminato.

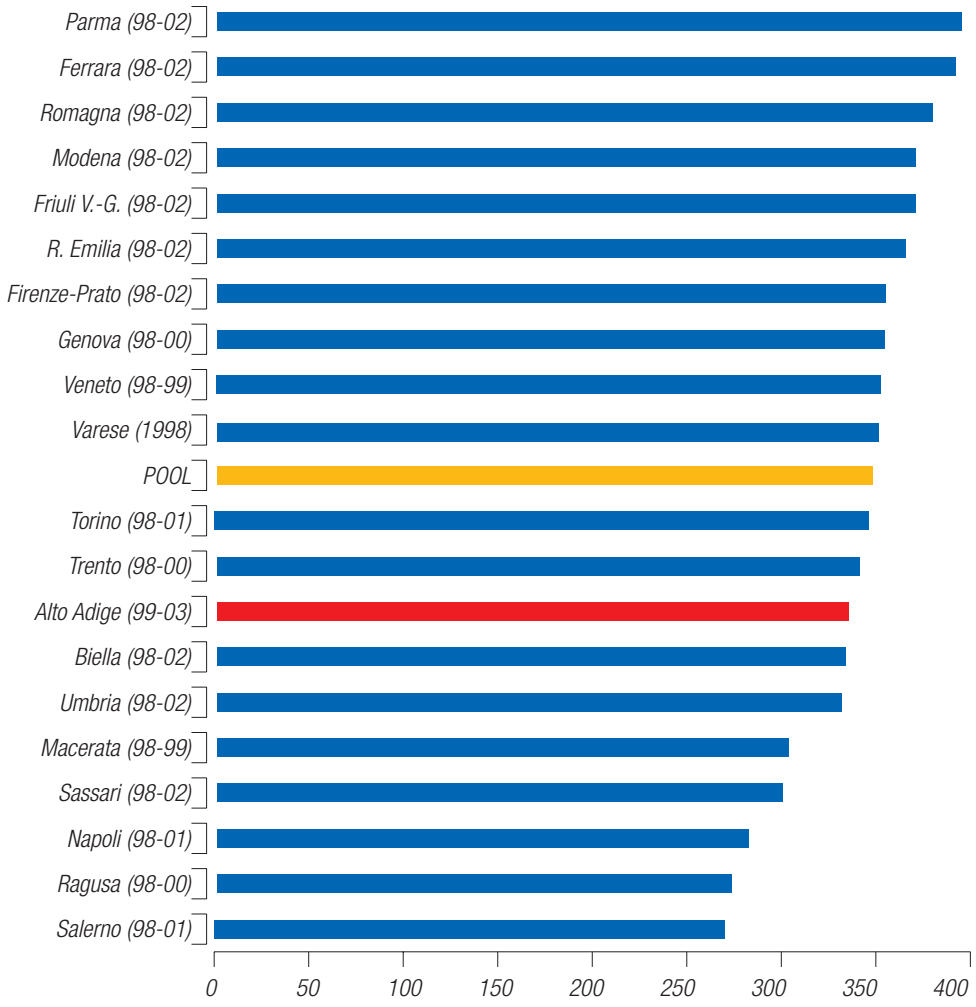
La diffusione del fenomeno neoplastico presso le donne altoatesine mostra nel complesso una situazione più favorevole rispetto ad altre realtà italiane, dovuta in primo luogo alla minore incidenza del tumore della mammella che normalmente pesa per oltre il 25% nella casistica dei tumori maligni femminili. La PA di Bolzano presenta nel complesso un dato (333,9 per 100.000, tasso standardizzato) inferiore al valore stimato sul pool dei registri italiani (346,5 per 100.000, anni 1998-02), posizionandosi non lontano dal gruppo dei registri meridionali (Ragusa, Salerno, Napoli) tradizionalmente caratterizzati (come per i maschi) dai tassi più bassi osservati al livello nazionale.

Figura 13: **Tassi standardizzati di incidenza (per 100.000) tutti i tumori (ESCL. ICD IX 173) Maschi - Italia**



Fonte: Associazione Italiana Registri Tumori

Figura 14: **Tassi standardizzati di incidenza (per 100.000) tutti i tumori (ESCL. ICD IX 173) Femmine - Italia**



Fonte: Associazione Italiana Registri Tumori

LA MORTALITÀ PER TUMORE

La rilevazione dei dati di mortalità costituisce uno tra i più importanti strumenti di conoscenza epidemiologica a disposizione degli operatori sanitari. L'analisi della mortalità permette infatti di studiare le variazioni del fenomeno nel tempo, nello spazio e tra diversi gruppi di persone, fornendo al ricercatore, quando i dati lo consentono, precise indicazioni sulle cause di tali variazioni, sull'eziologia di determinate malattie e sulla verifica di sospetti emersi da altre fonti di informazione. Le statistiche di mortalità sono uno strumento importante per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione, in quanto offrono una visione globale delle condizioni di vita, dell'esposizione a fattori di rischio e dell'efficacia dell'assistenza socio-sanitaria erogata.

La conoscenza dei dati collegati ad un decesso per una patologia tumorale è necessaria al Registro Tumori per assolvere correttamente i propri compiti istituzionali e scientifici. Senza queste informazioni il Registro Tumori non è in grado di effettuare studi di mortalità e di sopravvivenza per singola patologia tumorale (nel tempo e secondo diverse aggregazioni territoriali) né può adeguatamente controllare la qualità e la completezza della propria banca dati, sensibilmente condizionate dai casi di soggetti deceduti per una patologia tumorale ma non segnalati in archivio al momento dell'insorgenza della malattia (Death Certificate Only – DCO – principale indicatore di qualità secondo l'OMS).

IL REGISTRO PROVINCIALE DI MORTALITA

Con la delibera provinciale del 13 novembre 2000 n. 4.215 è stato istituito presso il Registro Tumori dell'Alto Adige il Registro Provinciale di Mortalità, in stretta collaborazione con i servizi d'igiene e sanità pubblica delle quattro aziende sanitarie e con l'Osservatorio Epidemiologico Provinciale.

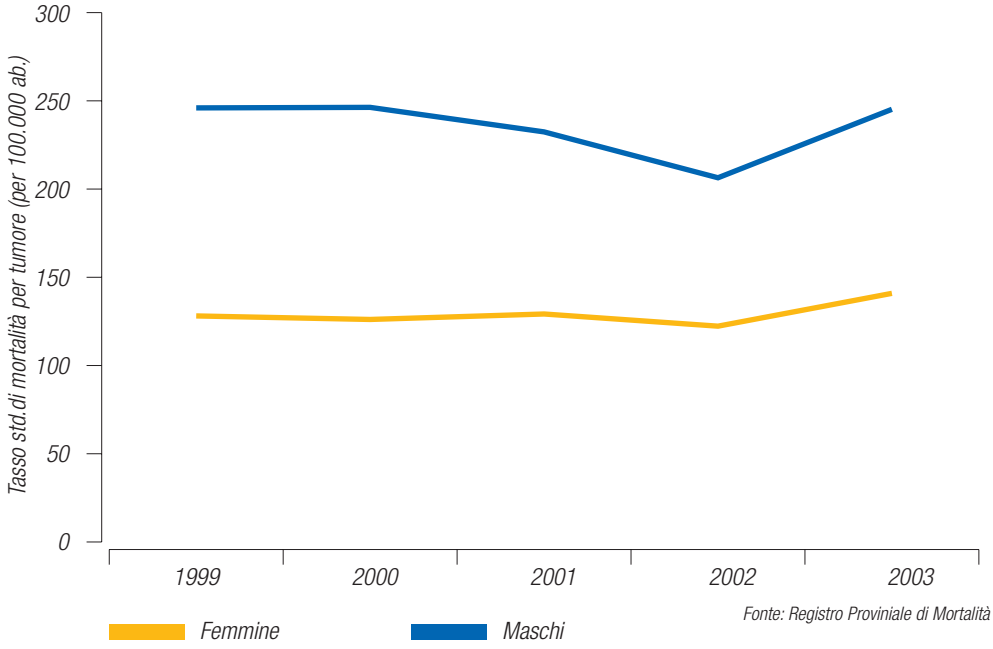
Il Registro Provinciale di Mortalità gestisce ed elabora le informazioni contenute nei certificati di morte ISTAT, che vengono inseriti nel data-base dal personale dei quattro Servizi d'igiene e sanità pubblica provinciali, occupandosi della codifica da assegnare alla causa principale del decesso. L'archivio riguarda i decessi nella popolazione altoatesina avvenuti a partire dal 1° gennaio 1995.

Di seguito vengono illustrati i valori riferiti ai decessi per neoplasia maligna registrati nella popolazione residente durante il periodo 1999-2003, basati sulle elaborazioni dei certificati di morte per i quali la causa di morte principale conteneva l'indicazione di un tumore maligno (codici ICD IX: 140 –208). Per il confronto con le diverse realtà italiane è stata operata una standardizzazione dei tassi (std), utilizzando come popolazione standard la popolazione europea.

MORTALITA PER TUMORE 1999-2003

Nel periodo 1999-2003 sono deceduti per tumore 2.982 maschi (596 decessi in media per anno), con un tasso di mortalità pari a 260,1 decessi ogni 100.000 residenti, e 2.461 femmine (492 in media per anno), pari a 208,9 decessi ogni 100.000 donne.

Figura 15: **Tasso standard di mortalità per tumore maligno (per 100.000) - Tutti i tumori - Maschi e femmine**

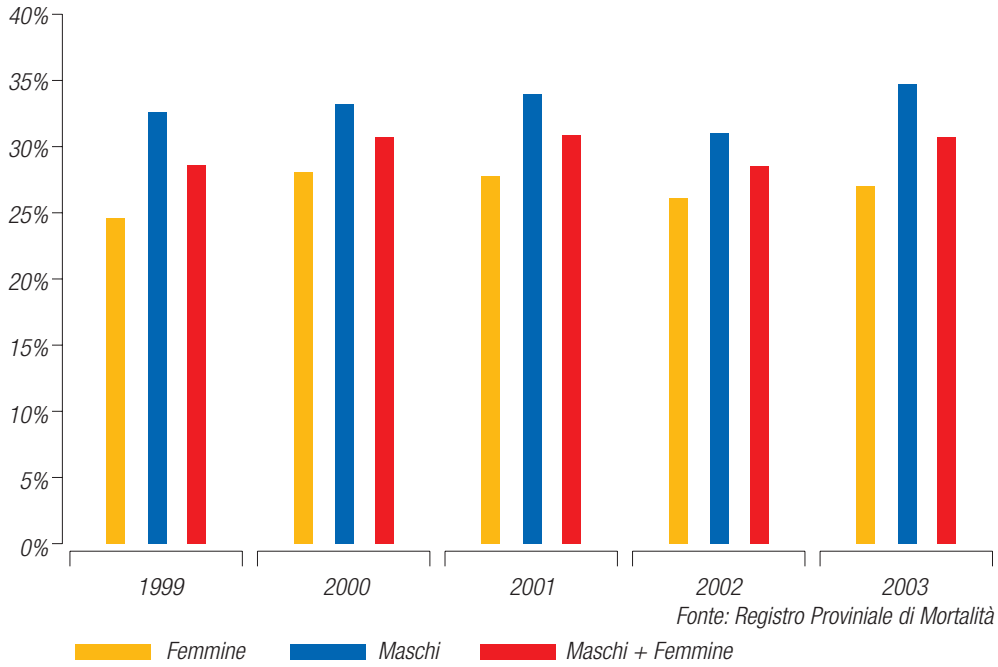


Fonte: Registro Proviniale di Mortalità

L'andamento negli anni 1999-2003 del tasso standardizzato di mortalità nei maschi evidenzia un andamento decrescente a partire dal 2000, che però si inverte bruscamente nel corso del 2003 (245,2 decessi per 100.000 vs 206,4 per 100.000 osservato nel precedente anno). Nelle femmine il fenomeno appare sensibilmente più costante nell'arco del periodo analizzato, confermando una crescita nell'anno 2003. Il rapporto tra il numero di decessi per tumore maligno ed il totale dei decessi appare notevolmente stabile negli anni, variando dal 28,5% (2002) al 30,9% (2001). Nella popolazione maschile in

media ogni anno circa un terzo dei decessi (33,1%) è causato da un tumore maligno, mentre tra le donne tale percentuale scende al 26,7%.

Figura 16: **Percentuale di decessi per tumore maligno sul totale dei decessi - Maschi e femmine**



Fonte: Registro Proviniale di Mortalità

Tabella 7: **Decessi per tumore maligno nella popolazione maschile residente - Anni 1999-2003**

ICD IX	SEDE	Decessi	Tasso grezzo (x 100.000)	Tasso std. (EU) (x 100.000)
140	Labbro	2	0,2	0,2
141	Lingua	22	1,9	1,9
142	Ghiandole salivari	7	0,6	0,6
143-145	Bocca	24	2,1	2,0
146	Orofaringe	33	2,9	2,7
147	Rinofaringe	6	0,5	0,5
148	Ipofaringe	39	3,4	3,2
149	Faringe, n.a.s.	16	1,4	1,4
150	Esofago	101	8,8	8,0
151	Stomaco	246	21,5	19,3
152	Intestino tenue	12	1,0	0,9
153	Colon	213	18,6	16,7
154	Retto	123	10,7	9,7
155	Fegato	178	15,5	14,2
156	Vie biliari	56	4,9	4,3
157	Pancreas	150	13,1	11,9
160	Cavità nasali	3	0,3	0,3
161	Laringe	41	3,6	3,2
162	Trachea, bronchi e polmone	631	55,0	49,4
163-164	Altri organi toracici	5	0,4	0,4
MES	Mesotelioma	25	2,2	2,0
170	Osso	6	0,5	0,5
171	Tessuti molli	13	1,1	1,0
KAP	Sarcoma di Kaposi	-	-	-
172	Pelle, melanomi	29	2,5	2,4
173	Pelle, non melanomi	14	1,2	1,2
175	Mammella (uomo)	3	0,3	0,2
185	Prostata	331	28,9	25,7
186	Testicolo	1	0,1	0,1
187	Pene e altri genitali maschili	2	0,2	0,2
188	Vescica	139	12,1	10,9
189	Rene e altre vie urinarie	88	7,7	7,0
190	Occhio	2	0,2	0,2
191-192	Encefalo e altro SNC	76	6,6	6,2
193	Tiroide	13	1,1	1,0
194	Altre ghiandole endocrine	4	0,3	0,3
201	Linfoma di Hodgkin	3	0,3	0,2
200, 202	Linfoma non Hodgkin	82	7,2	6,5
203	Mieloma	41	3,6	3,2
204	Leucemia linfatica	38	3,3	3,0
205	Leucemia mieloide	50	4,4	3,8
206	Leucemia monocitica	3	0,3	0,2
207	Altre leucemie specificate	1	0,1	0,1
208	Leucemia, n.a.s.	2	0,2	0,2
	Sedi mal definite	108	9,4	8,5
	TUTTE LE SEDI	**2.982**	**260,1**	**235,3**

Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

Tabella 8: **Decessi per tumore maligno nella popolazione femminile residente - Anni 1999-2003**

ICD IX	SEDE	Decessi	Tasso grezzo (x 100.000)	Tasso std. (EU) (x 100.000)
1140	Labbro	1	0,1	0,0
141	Lingua	5	0,4	0,3
142	Ghiandole salivari	5	0,4	0,3
143-145	Bocca	10	0,8	0,6
146	Orofaringe	3	0,3	0,2
147	Rinofaringe	1	0,1	0,1
148	Ipofaringe	4	0,3	0,3
149	Faringe, n.a.s.	4	0,3	0,2
150	Esofago	20	1,7	1,2
151	Stomaco	206	17,5	10,2
152	Intestino tenue	8	0,7	0,5
153	Colon	228	19,4	11,2
154	Retto	105	8,9	5,3
155	Fegato	57	4,8	2,9
156	Vie biliari	96	8,1	5,0
157	Pancreas	192	16,3	10,1
160	Cavità nasali	3	0,3	0,2
161	Laringe	6	0,5	0,3
162	Trachea, bronchi e polmone	217	18,4	12,4
163-164	Altri organi toracici	3	0,3	0,2
MES	Mesotelioma	21	1,8	1,2
170	Osso	2	0,2	0,2
171	Tessuti molli	7	0,6	0,4
KAP	Sarcoma di Kaposi	1	0,1	0,1
172	Pelle, melanomi	32	2,7	1,7
173	Pelle, non melanomi	20	1,7	0,8
174	Mammella (donna)	398	33,8	23,6
179	Utero, n.a.s.	11	0,9	0,4
180	Utero, collo	27	2,3	1,5
181	Placenta	-	-	-
182	Utero, corpo	65	5,5	3,2
183	Ovaio	138	11,7	7,7
184	Altri genitali femminili	24	2,0	1,1
188	Vescica	58	4,9	2,6
189	Rene e altre vie urinarie	56	4,8	2,7
190	Occhio	5	0,4	0,3
191-192	Encefalo e altro SNC	70	5,9	4,1
193	Tiroide	21	1,8	1,0
194	Altre ghiandole endocrine	3	0,3	0,1
201	Linfoma di Hodgkin	4	0,3	0,2
200, 202	Linfoma non Hodgkin	71	6,0	3,9
203	Mieloma	45	3,8	2,5
204	Leucemia linfatica	25	2,1	1,2
205	Leucemia mieloide	51	4,3	2,6
206	Leucemia monocitica	1	0,1	0,0
207	Altre leucemie	-	-	-
208	Leucemia, n.a.s.	7	0,6	0,4
	Sedi mal definite	124	10,5	6,0
	TUTTE LE SEDI	**2.461**	**208,9**	**131,1**

Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

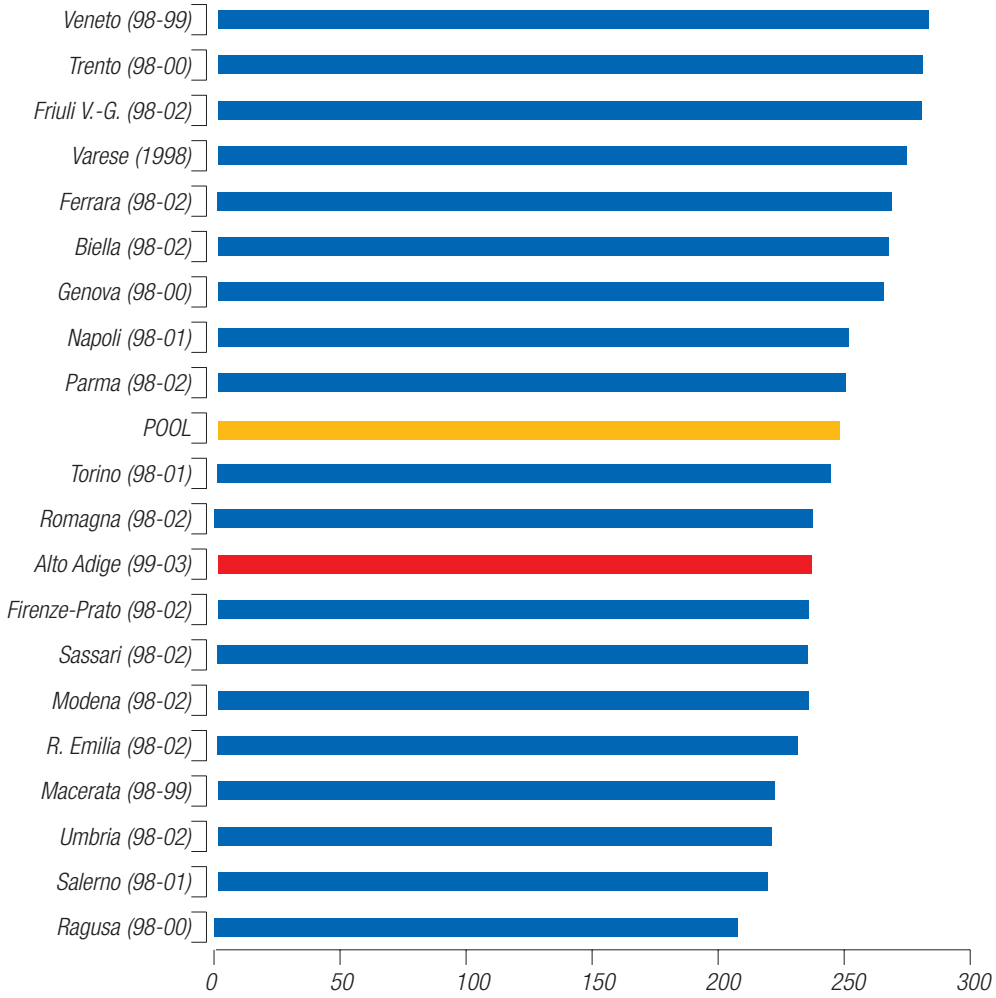
CAUSE DI DECESSO PER TUMORE PIÙ FREQUENTI

Tra i maschi, le cause di morte per neoplasia più frequenti risultano il tumore del polmone (631 decessi, pari al 21,2% del totale dei decessi per neoplasia), del colon-retto (336 decessi, 11,3%), della prostata (331 decessi, 11,1%) dello stomaco (246 decessi, 8,2%), e del fegato (178 casi, 6,0%). Nelle femmine, i decessi dovuti al tumore della mammella rappresentano la quota più importante (398 decessi, 16,2%), seguiti dai decessi per tumore del colon-retto (333 decessi, 13,6%), del polmone (217 decessi, 8,8%), dello stomaco (206 decessi, 8,4%), e del pancreas (192 casi, 7,8%).

MORTALITÀ PER TUTTI I TUMORI

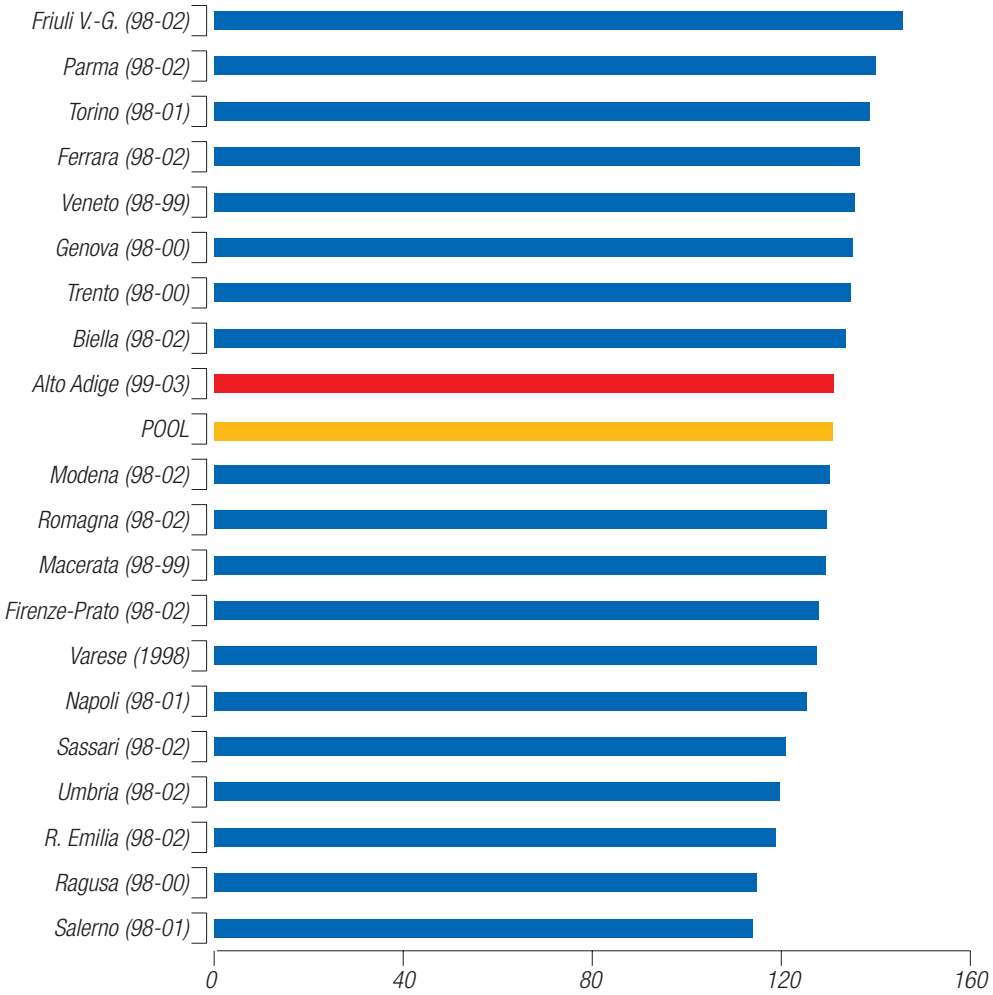
La mortalità per tumore osservata nella popolazione maschile durante gli anni 1999-2003 colloca la PA di Bolzano (235,3 decessi per 100.000) nella parte inferiore della graduatoria dei tassi standardizzati riportati dai registri tumori italiani, al di sotto del dato riferito al pool dei registri italiani. Nel contesto nazionale i tassi standardizzati di mortalità maschile per tumore variano da 281,7 per 100.000 (Veneto) a 207,8 per 100.000 (Ragusa). Nel confronto sulla mortalità femminile per tumore, la PA di Bolzano (131,1 decessi per 100.000) si posiziona al centro della classifica nazionale, sovrapponendosi al dato medio pesato (130,9). I tassi di mortalità tumorale tra le femmine assumono valori inferiori rispetto al genere maschile, essendo compresi tra 114,0 per 100.000 (Salerno) e 146,6 per 100.000 (Friuli-Venezia Giulia).

Figura 17: **Tassi standardizzati di mortalità (per 100.000) tutti i tumori – Maschi - Italia**



Fonte: Associazione Italiana Registri Tumori

Figura 18: **Tassi standardizzati di mortalità (per 100.000) tutti i tumori – Femmine - Italia**



Fonte: Associazione Italiana Registri Tumori

3.5. MALATTIE RESPIRATORIE

Le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano la terza causa di morte in provincia dopo le malattie del sistema circolatorio ed i tumori. I malati di bronchite cronica, secondo i dati dell'Indagine Multiscopo 2003, sono pari al 3,6% della popolazione maschile ed al 2,6% della popolazione femminile, mentre i malati di asma sono pari al 3,6% tra gli uomini ed al 2,1% tra le donne. Tra le bronchiti assume rilevanza la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).

FATTORI DI RISCHIO

I fattori di rischio per la broncopneumopatia cronica ostruttiva possono essere ambientali (fumo di sigaretta, inquinamento atmosferico, infezioni respiratorie in età infantile) oppure individuali, condizionati dall'assetto genetico dell'individuo.

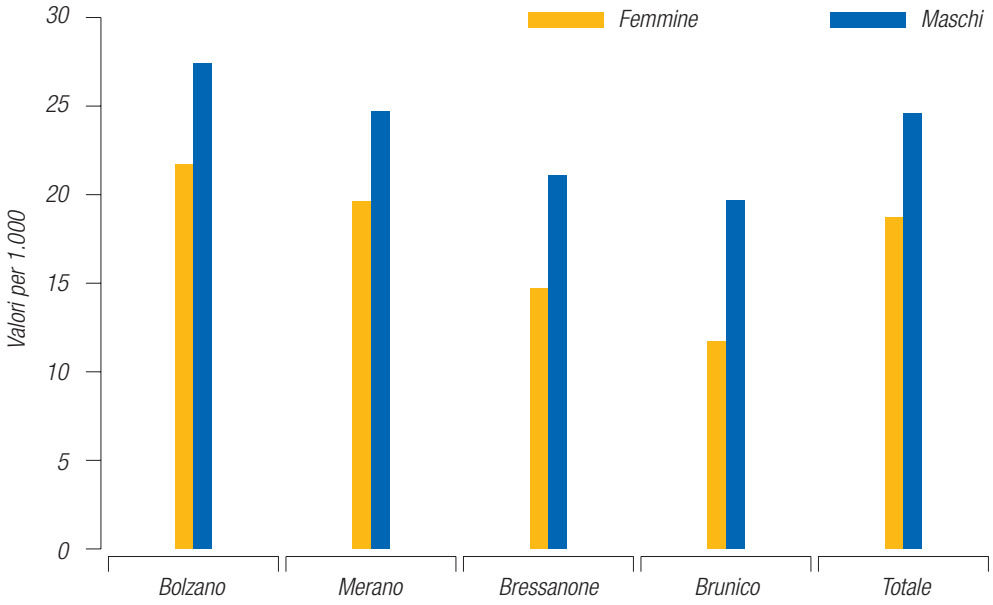
Il fumo di tabacco è il più importante fattore ambientale per lo sviluppo di bronchite cronica e BPCO: il 15-20% dei fumatori accusa un'ostruzione bronchiale clinicamente significativa ed una frazione minore un'insufficienza respiratoria invalidante.

MAPPATURA DELLA BRONCOPATIE CRONICHE

La prevalenza di broncopatie croniche identificate in provincia di Bolzano dal progetto di mappatura delle patologie croniche è pari a 21,6 casi per 1.000 abitanti (24,6 tra i

maschi e 18,7 tra le femmine), con una età media dei soggetti malati di 56,3 anni per i maschi e 57,4 anni per le femmine.
La prevalenza è minore nell'Azienda Sanitaria di Brunico e più elevata in quella di Bolzano.

Figura 19: **Prevalenza di broncopatie croniche per genere ed Azienda Sanitaria. Provincia di Bolzano - Anno 2004**



DIMISSIONI OSPEDALIERE

Le dimissioni nel 2005, di residenti da strutture provinciali con una malattia del sistema respiratorio come diagnosi principale, sono state complessivamente 6.325, con un tasso di ospedalizzazione pari a 1.544,8 per 100.000 tra i maschi ed a 1.103,0 per 100.000 tra le femmine. Le diagnosi più frequenti di ricovero sono state polmoniti ed influenza, sia tra i maschi (1.105 ricoveri), sia tra le femmine (828 ricoveri). Sono inoltre da segnalare per quantità i ricoveri per malattie croniche delle tonsille e delle adenoidi ed i ricoveri per bronchite cronica (845 casi per entrambe le diagnosi).

Tabella 9: **Ricoveri, decessi e tassi di ospedalizzazione e mortalità di residenti per sesso e malattia del sistema respiratorio. Provincia di Bolzano - Anni 2003-2005**

	ricoveri 2005	*tasso ospedalizzazione 2005*	*decessi 2003*	*tasso mortalità 2001-03*
MASCHI				
Infezioni acute delle vie respiratorie	*555*	*234,6*	*1*	*0,6*
Altre malattie delle vie respiratorie superiori	*853*	*360,6*	*-*	*-*
Polmonite ed influenza	*1.105*	*467,2*	*67*	*29,1*
Malattie polmonari cronico ostruttive	*637*	*269,3*	*73*	*27,9*
Pneumoconiosi	*85*	*35,9*	*9*	*3,6*
Altre malattie respiratorie	*419*	*177,1*	*5*	*3,3*
TOTALE	***3.654***	***1.544,8***	***155***	***64,6***
FEMMINE				
Infezioni acute delle vie respiratorie	*452*	*186,7*	*2*	*0,4*
Altre malattie delle vie respiratorie superiori	*621*	*256,4*	*-*	*-*
Polmonite ed influenza	*828*	*341,9*	*81*	*32,4*
Malattie polmonari cronico ostruttive	*441*	*182,1*	*49*	*17,0*
Pneumoconiosi	*50*	*20,6*	*13*	*3,2*
Altre malattie respiratorie	*279*	*115,2*	*8*	*4,9*
TOTALE	***2.671***	***1.103,0***	***153***	***58,0***

Fonte: SDO, Registro Provincia di Mortalità

Le polmoniti e l'influenza rappresentano, tra le malattie respiratorie, la causa di decesso più importante, con un tasso pari a 29,1 per 100.000 tra gli uomini nel periodo 2001-2003, ed a 32,4 per 100.000 tra le donne. La seconda causa di decesso più importante è costituita dalle malattie polmonari cronico ostruttive, in particolare tra gli uomini, tra i quali sono state la prima causa di morte in tutto il periodo considerato eccetto per l'anno 2002.

Figura 20: **Tasso di mortalità per malattie respiratorie, maschi. Provincia di Bolzano - Anni 1995-2003**

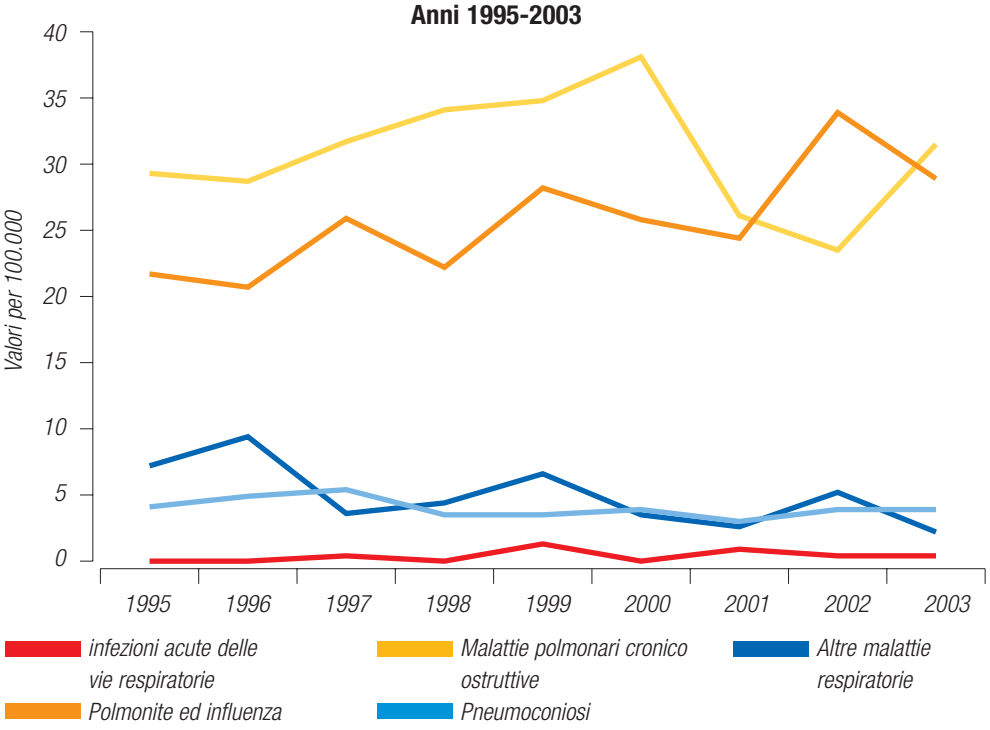
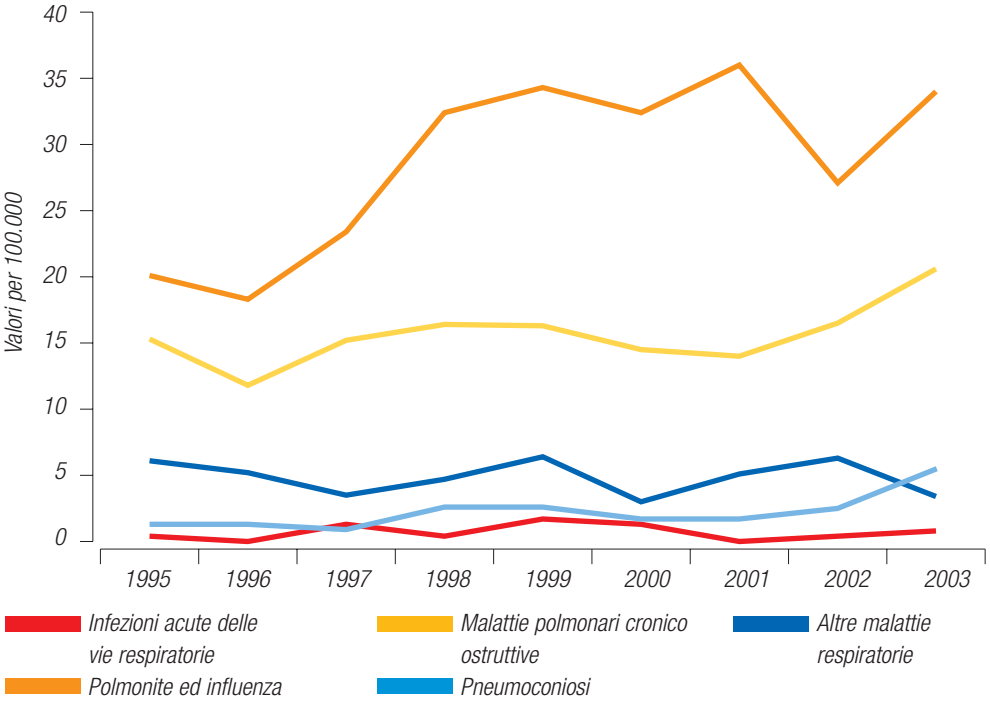


Figura 21: **Tasso di mortalità per malattie respiratorie, femmine. Provincia di Bolzano - Anni 1995-2003**



3.6. MALATTIE INFETTIVE

Ai fini dell'obbligo di notifica da parte dei medici le malattie infettive sono suddivise in quattro classi.
La classe I comprende quelle malattie per le quali si richiede segnalazione immediata (colera, febbre gialla, febbre ricorrente epidemica, febbri emorragiche virali, peste, poliomielite, tifo esantematico, botulismo, difterite, influenza con isolamento virale, rabbia, tetano e trichinosi).
Alla classe II appartengono le malattie rilevanti perché ad elevata frequenza e/o passibili di interventi di controllo (blenorragia, brucellosi, diarree infettive non da salmonelle, epatiti virali A, B, NANB e non specificata, febbre tifoide, legionellosi, leishmaniosi cutanea e viscerale, leptospirosi, listeriosi, meningite ed encefalite acuta virale, meningite meningococcica, morbillo, parotite, pertosse, rickettsiosi diversa da tifo esantematico, rosolia, salmonellosi non tifoidee, scarlattina, sifilide, tularemia e varicella).
Nella classe III si trovano le malattie per le quali sono richieste particolari documentazioni (AIDS, lebbra, malaria, micobatteriosi non tubercolare e tubercolosi).
Per le malattie della classe IV, alla segnalazione del singolo caso da parte del medico deve seguire la segnalazione dell'azienda sanitaria solo nel caso di focolai epidemici (dermatofitosi (tigna), infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare, pediculosi e scabbia).
Le malattie infettive e diffusive notificate all'azienda sanitaria e non comprese nelle classi precedenti, zoonosi, e non precedentemente menzionate, appartengono alla classe V.

NOTIFICA DI MALATTIE INFETTIVE

Le malattie infettive maggiormente notificate sono state quelle legate all'infanzia, e tra queste la varicella, con 1.443 casi, pari ad un'incidenza di 301,4 per 100.000 abitanti.

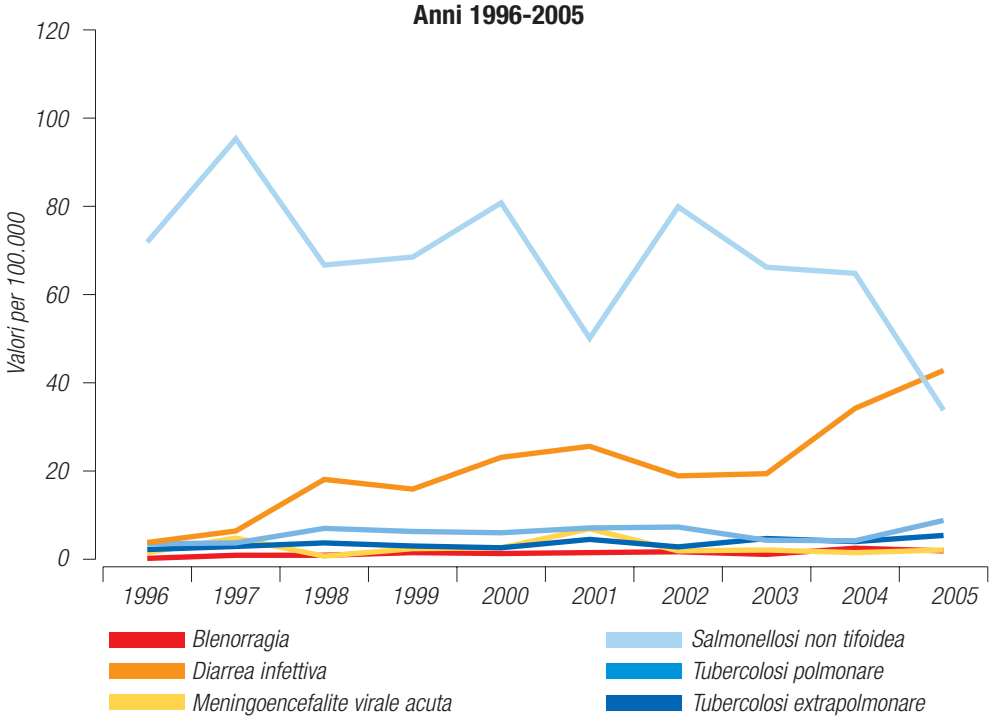
Tabella 10: **Casi notificati di malattie infettive e tassi per 100.000 abitanti. Provincia di Bolzano - Anno 2005**

	Notifiche	*Notifiche x 100.000*
Blenorragia	*9*	*1,9*
Diarrea infettiva	*205*	*42,8*
Epatite A	*9*	*1,9*
Epatite B	*3*	*0,6*
Febbre tifoide	*1*	*0,2*
Legionellosi	*1*	*0,2*
Listeriosi	*2*	*0,4*
Meningite meningococcica	*3*	*0,6*
Meningoencefalite virale acuta	*10*	*2,1*
Parotite epidemica	*54*	*11,3*
Pertosse	*92*	*19,2*
Rosolia	*28*	*5,8*
Salmonellosi non tifoidea	*162*	*33,8*
Scarlattina	*550*	*114,9*
Sifilide	*8*	*1,7*
Varicella	*1.443*	*301,4*
TOTALE CLASSE II	***2.580***	***539,0***
Tubercolosi polmonare	*42*	*8,8*
Tubercolosi extrapolmonare	*26*	*5,4*
TOTALE CLASSE III	***55***	***11,5***

Fonte: SIMI

Dopo i picchi epidemici del 1997 e del 1999 non ci sono state più epidemie di morbillo in Provincia, grazie anche alle campagne di vaccinazione svoltesi negli ultimi anni. Analogo discorso vale per la parotite, dopo il picco epidemico dell'anno 2000. Tra le altre malattie infettive la più segnalata è la salmonellosi non tifoidea, che è comunque in tendenziale diminuzione, mentre in aumento sono le notifiche di diarrea infettiva.

Figura 22: **Tasso di notifica per alcune malattie infettive. Provincia di Bolzano - Anni 1996-2005**



RICOVERI PER MALATTIE INFETTIVE

Le dimissioni ospedaliere nel 2005, con una malattie infettiva come causa principale del ricovero, sono state 1.691, il 46,1% a causa di malattie infettive intestinali, il 24,9% per altre malattie batteriche e l'11,0% per malattie virali con esantema.
I decessi per malattie infettive negli anni 2002 e 2003 sono stati rispettivamente 30 e 36, con una media di 4,5 decessi per 100.000 abitanti nel periodo 2001-2003. Buona parte dei decessi è avvenuta per setticemia (12 casi sia nel 2002 che nel 2003).

AIDS

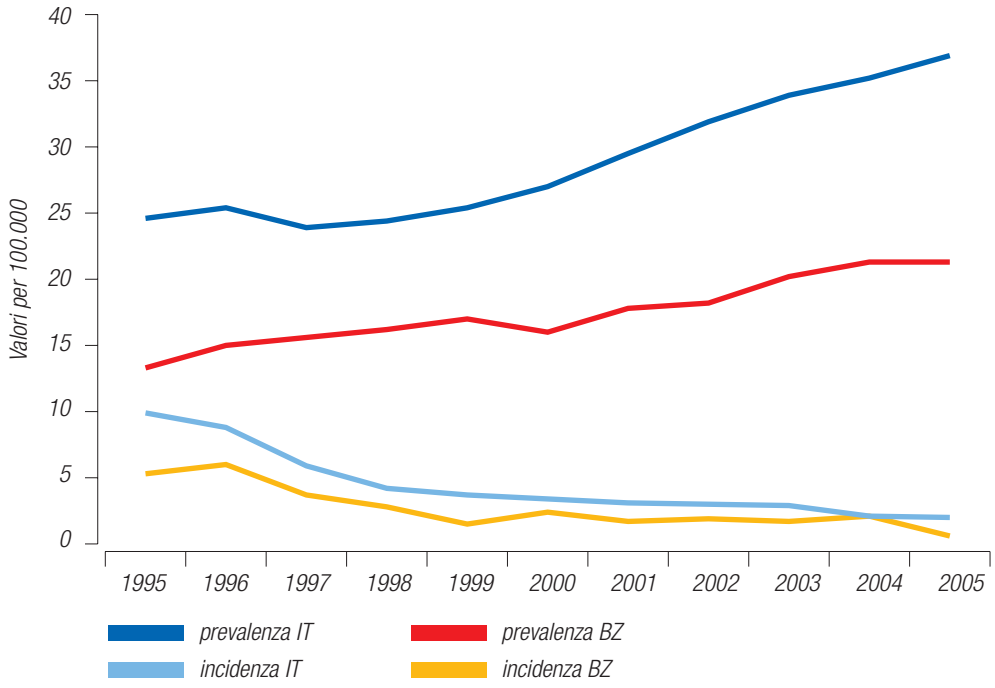
Tra il 1982, anno della prima diagnosi in Italia, ed il 2005 sono stati segnalati 237 casi di AIDS di residenti in Provincia di Bolzano. L'incidenza dei casi di AIDS è in progressiva diminuzione a partire dal 1996, con un valore nel 2005 pari a 0,6 casi per 100.000 abitanti (erano 2,1 per 100.000 nel 2004 e sono 2,0 per 100.000 nel 2005 a livello nazionale).
Dai dati nazionali risulta che l'età mediana alla diagnosi sta crescendo nel tempo, da 29 del 1985 a 41 anni nel 2005 tra i maschi, e da 24 a 38 anni tra le femmine. È in aumento inoltre la proporzione di casi attribuibili ai contatti eterosessuali, che costituisce la modalità di trasmissione più frequente a partire dal 2002 (42,0% dei casi nel biennio 2004-2005), seguita nella classifica dei gruppi a rischio da tossicodipendenti (30,8%) e omo/bisessuali (19,7%).
Le nuove infezioni da HIV in Provincia di Bolzano nel 2004 sono state pari a 4,1 per 100.000 abitanti (3,5 nel 2003).

Tabella 11: **Ricoveri, decessi e tassi di mortalità per malattia infettive. Provincia di Bolzano - Anni 2003-2005**

	Dimissioni ospedaliere 2005			Decessi		Tasso di mortalità 2001-2003 (x100.000)
	Maschi	Femmine	Totale	2002	2003	
Malattie infettive intestinali	362	418	780	3	5	0,4
Tubercolosi	33	19	52	3	2	0,6
Malattie batteriche trasmesse da animali	1	-	1	-	-	-
Altre malattie batteriche	205	216	421	16	19	2,4
HIV/AIDS	1	2	3	-	2	0,1
Poliomielite ed altre malattie virali del sistema nervoso centrale	10	15	25	-	1	0,1
Malattie virali con esantema	85	101	186	1	-	0,1
Malattie virali da artropodi	1	1	2	-	-	-
Altre malattie da virus e clamidia	58	52	110	4	4	0,3
Rickettsiosi	5	5	10	-	-	0,1
Sifilide ed altre malattie veneree	5	-	5	-	-	-
Altre malattie da spirochete	-	-	-	-	-	-
Micosi	18	13	31	1	1	0,1
Elmintiasi	14	7	21	-	-	-
Altre malattie infettive e parassitarie	24	27	51	2	2	0,2
Postumi di malattie infettive e parassitarie	-	3	3	-	-	-
TOTALE	**812**	**879**	**1.691**	**30**	**36**	**4,5**

Fonte: SIMI, SDO

Figura 23: **Tassi di incidenza e prevalenza dell'AIDS. Provincia di Bolzano e Italia - Anni 1995-2005**



3.7. MALATTIE RARE

COSA SONO

Le malattie rare sono definite sulla base di una bassa prevalenza nella popolazione e il loro numero è stimato dall'Organizzazione Mondiale della sanità intorno a 5.000. Il limite di occorrenza nella popolazione, unico elemento di definizione della condizione di "rarità" risulta diverso nei vari paesi: il Parlamento Europeo ha definito il limite di prevalenza non superiore ai 5 casi su 10.000 abitanti.

Dalla caratteristica di rarità di queste malattie dipendono in parte le difficoltà dei pazienti ad ottenere una diagnosi appropriata e tempestiva ed un trattamento idoneo. I pazienti e i lori familiari sono così costretti a vivere un'esperienza doppiamente dolorosa rappresentata sia dalla condizione morbosa che dalla condizione di solitudine, legata quest'ultima alla scarsità di conoscenze scientificamente disponibili ("poco si conosce sulla malattia").

AREA VASTA

Queste malattie, la maggior parte delle quali è geneticamente determinata, necessitano di un'assistenza ultraspecialistica, volendo intendere con ciò il possesso e l'utilizzo di conoscenze che vanno oltre la formazione sul piano teorico (alcune malattie rare spesso non sono neppure menzionate nei testi di medicina).

Il DM 279/2001 ha avviato la rete nazionale d'assistenza per le malattie rare e spetta alle Regioni la competenza di progettare e gestire tale rete. La Provincia Autonoma di Bolzano ha siglato un accordo con la Regione Veneto, la Regione Friuli Venezia Giulia e la Provincia Autonoma di Trento, nelle figure degli Assessori competenti, per realizzare un'area vasta del Triveneto per le malattie rare. L'obiettivo è quello di concentrare l'assistenza in pochi centri che trattino le patologie più complesse e contemporaneamente attivare procedure che permettano al paziente, frequentemente cronico e disabile, di avere la migliore assistenza nel proprio luogo di vita. La definizione di percorsi assistenziali che facilitano il passaggio del paziente tra i diversi elementi del sistema curante (centri di eccellenza, ospedali, distretti e medici di famiglia) ed il loro monitoraggio, contraddistinguono le attività che le amministrazioni coinvolte nel progetto contano di realizzare.

ALCUNI DATI

Attraverso lo studio delle SDO dal 2002 al 2004, si è potuto stimare che in provincia di Bolzano i pazienti affetti da malattia rara sono circa 2.600. Nel 2004 le esenzioni attive per malattie rare contavano poco più di 1.200 persone per un totale di oltre 100 diverse patologie, a dimostrazione che non tutti i pazienti affetti da queste malattie richiedono poi l'esenzione. L'esenzione più frequente per malattia rara in provincia di Bolzano nel 2004 è quella per Sprue celiaca. Recentemente il Ministero della Salute ha deciso di tutelare la celiachia – di cui tale sindrome costituisce la forma più grave – con una legge specifica ed è previsto che essa non figuri più nell'elenco delle malattie rare. Al secondo posto per frequenza vi è l'esenzione per cheratocono, una patologia legata alla debolezza strutturale della cornea. Rispetto alle esenzioni presenti negli archivi provinciali, però, rimangono escluse tutte le malattie neuromuscolari, nonché tutte le malattie cromosomiche, che comportano un carico assistenziale ed una sofferenze a volte notevolissimi.

Tabella 12: **Esenzioni più frequenti per malattia rara attive nel 2004 in provincia di Bolzano**

Malattia rara	Maschi	Femmine	Totale	età media
Carenza congenita di alfa1 antitripsina	23	20	43	27,7
Sindromi andrenogenitali congenite	14	21	35	24,9
Alterazioni congenite del metabolismo del ferro	53	15	68	51,5
Immunodeficienze primarie	15	19	34	36,2
Anemie ereditarie	13	17	30	33,0
Difetti ereditari di coagulazione	46	21	67	36,8
Cheratocono	46	36	82	39,7
Distrofie retiniche	26	26	52	45,5
Sprue celiaca	82	244	326	32,1
Dermatomiosite	13	17	30	47,7
Sindrome del nevo displastico	15	21	36	35,2
Altre esenzioni di malattie rare	165	247	412	37,9
TOTALE	***511***	***704***	***1.215***	***36,7***

Fonte: Esenzioni ticket

3.8. SALUTE MENTALE E PSICOLOGICA

La rete dei servizi psichiatrici comprende tutte le strutture per malati psichici direttamente gestite o utilizzate dalle aziende sanitarie, e le strutture socio-psichiatriche gestite dai servizi sociali.

Nell'ambito psichiatrico e socio-psichiatrico è prevista l'erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di natura sanitaria e socio assistenziale che devono essere svolte in forma integrata da molteplici strutture operative facenti capo a soggetti istituzionali diversi.

Il servizio psichiatrico è una struttura complessa, che attraverso il coordinamento tecnico e gestionale delle strutture operative garantisce il funzionamento integrato delle stesse, la continuità terapeutica, l'unitarietà della programmazione e dell'attuazione dei progetti terapeutici e di risocializzazione. Le strutture della rete psichiatrica sono differenziate in base al tipo di utenza e alla loro funzione.

Le strutture sanitarie di cui si avvale il servizio psichiatrico sono il Centro di Salute Mentale (CSM), il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), il servizio day and night hospital, i centri di riabilitazione ed altre strutture per l'attività in regime residenziale e semiresidenziale.

ASSISTITI DAI CSM

Nel corso del 2005 sono state assistite 8.637 persone dai Centri di Salute Mentale provinciali, pari a 18,0 per 1.000 abitanti. La minor prevalenza di assistiti si rileva presso il CSM di Merano (13,8 per 1.000), la maggiore presso il CSM di Brunico (23,3 per 1.000).

Figura 24: **Assistiti dai CSM per azienda sanitaria per 1.000 abitanti. Provincia di Bolzano - Anni 1999-2005**

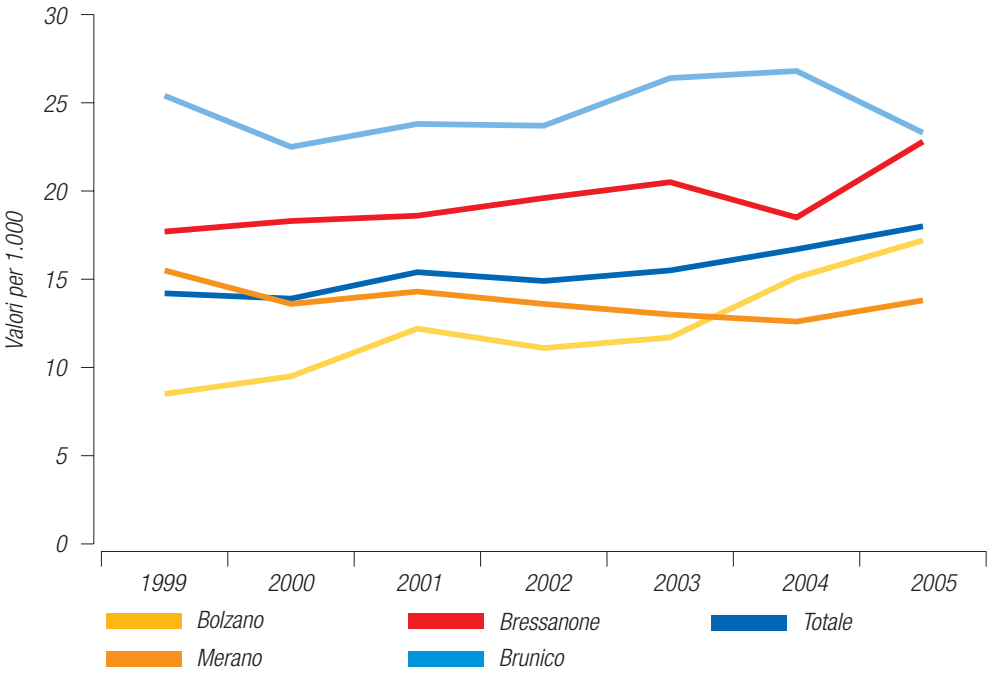


Tabella 13: **Prestazioni* erogate dai CSM per azienda sanitaria - Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico
Attività rivolte al paziente				
IVisita e colloquio psichiatrico	9.747	7.678	6.423	4.857
Colloquio clinico psicologico	852	1.980	13	1.098
Altro colloquio	234	12.789	130	1.011
Consulenza	974	19.644	683	41.212
Accertamenti medico legali	19	-	-	113
Valutazione standardizzata/tests	9	539	5	68
Somministrazione di farmaci	1.482	12.490	4.222	2.874
Psicoterapia individuale	3.436	1.718	8.203	3.500
Psicoterapia familiare	77	100	11	500
Psicoterapia di gruppo	327	367	38	298
Attività rivolte alla famiglia				
Colloquio	-	935	-	1.112
Interventi informativi e psicoeducativi	-	1.225	-	921
Attività di integrazione dei trattamenti				
Riunioni con MMG	-	1.657	784	1.933
Interventi vari	3.277	4.995	-	11.420
Interventi socioassistenziali	-	15.389	805	17.362

** I dati non sono confrontabili tra le aziende sanitarie in quanto rilevati con criteri differenti* *Fonte: CSM*

ASSISTITI DAI SERVIZI PSICOLOGICI

Gli assistiti dai servizi psicologici nel corso del 2005 sono stati 7.174, il 40,5% dei quali nuovi pazienti. Sono state erogate complessivamente 61.374 prestazioni. Escludendo le prestazioni di prevenzione sono state erogate 7,9 prestazioni per utente.

Tabella 14: **Assistiti dai Servizi psicologici per azienda sanitaria - Anno 2005**

	Assistiti	di cui nuovi assistiti	Assistiti per 1.000 abitanti
Bolzano	2.581	995	17,6
Merano	2.125	1.003	17,0
Bressanone	1.186	400	17,3
Brunico	1.282	505	17,7
TOTALE	**7.174**	**2.903**	**17,4**

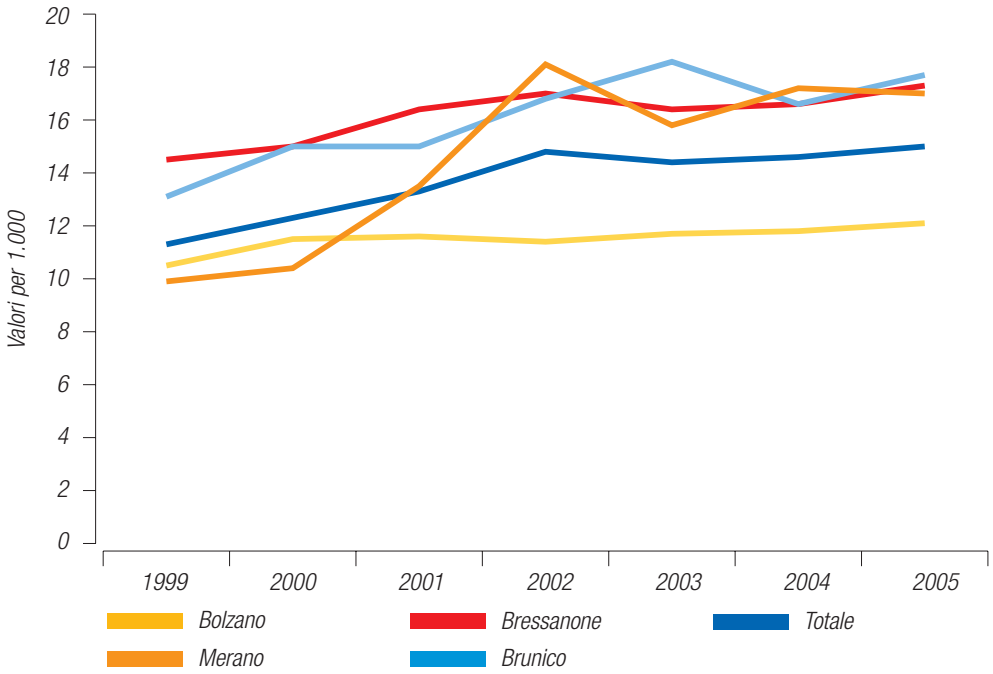
Fonte: Servizi psicologici

Tabella 15: **Prestazioni erogate dai Servizi psicologici per azienda sanitaria - Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Valutazione diagnostica	5.236	3.967	2.622	3.939	15.764
Consulenza psicologica	7.020	8.764	4.811	3.021	23.616
Psicoterapia	4.790	1.573	2.551	2.445	11.359
Discussione caso, interdisciplinari	1.889	1.548	1.353	919	5.709
Prevenzione	1.188	1.890	873	975	4.926
TOTALE	**20.123**	**17.742**	**12.210**	**11.299**	**61.374**

Fonte: Servizi psicologici

Figura 25: **Assistiti dai Servizi psicologici per azienda sanitaria per 1.000 abitanti. Provincia di Bolzano - Anni 1999-2005**



La diagnosi più frequentemente segnalata per gli assistiti dai CSM è stata la psicosi affettiva (44,7% dei casi), seguita da disturbi neurotici (14,2%) e psicosi schizofreniche (10,4%). Le psicosi schizofreniche sono più presenti tra i maschi (14,5% vs. 7,8%) mentre le psicosi affettive ed i disturbi neurotici sono più diffusi tra le donne (38,2% vs. 48,8% le prime, 13,3% vs. 14,7% le seconde).

DIMISSIONI OSPEDALIERE

Le dimissioni ospedaliere di pazienti con diagnosi principale di tipo psichiatrico sono state complessivamente 3.538 pari ad un tasso di 739,1 per 100.000 abitanti.

Anche nel caso delle dimissioni ospedaliere prevalgono le diagnosi di psicosi affettiva (25,0%), seguite dalla sindrome da dipendenza da alcol (15,5%), dai disturbi neurotici (11,1%) e dalle psicosi schizofreniche (9,6%).

Tabella 16: **Pazienti assistiti dai CSM e dimissioni ospedaliere per causa. Provincia di Bolzano - Anno 2005**

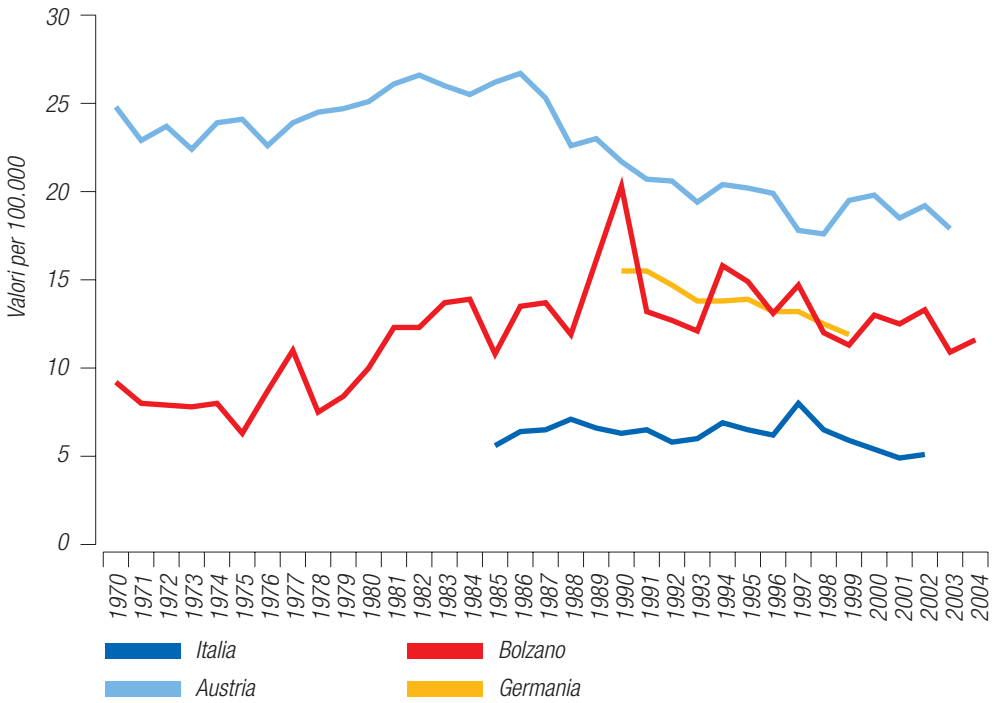
	Assistiti dai CSM	Dimissioni ospedaliere	
		Casi	Tasso x 100.000
Stati psicotici organici senili e presenili	109	311	65,0
Psicosi alcoliche	23	104	21,7
Psicosi da farmaci	5	34	7,1
Stati psicotici organici transitori	40	59	12,3
Altri stati psicotici organici	18	24	5,0
Psicosi schizofreniche	517	338	70,6
Psicosi affettive	2231	884	184,7
Stati paranoici	118	36	7,5
Altre psicosi non organiche	118	63	13,2
Psicosi con origine specifica nell'infanzia	3	3	0,6
Disturbi neurotici	707	391	81,7
Disturbi della personalità	184	151	31,5
Deviazioni e distrurbi sessuali	1	-	-
Sindrome di dipendenza alcol	80	547	114,3
Farmacodipendenza	9	37	7,7
Abuso di droghe senza dipendenza	14	227	47,4
Disfunzioni somatiche	135	34	7,1
Sintomi o sindromi speciali	65	87	18,2
Reazione acuta a sit. Stressanti	31	26	5,4
Reazione di adattamento	221	111	23,2
Disturbi psichici specifici	20	21	4,4
Disturbi depressivi non classificati altrove	2	5	1,0
Disturbi della condotta	12	13	2,7
Disturbi dell'emotività	53	-	-
Sindrome ipercinetica infanzia	39	1	0,2
Ritardi specifici dello sviluppo	0	4	0,8
Fattori psichici associati a malattie classificate altrove	1	-	-
Oligofrenia lieve	84	18	3,8
Altre oligofrenie specificate	27	9	1,9
Oligofrenia non specificata	19	-	1,9
TOTALE	**4.886**	**3.538**	**739,1**

Fonte: CSM, SDO

SUICIDI

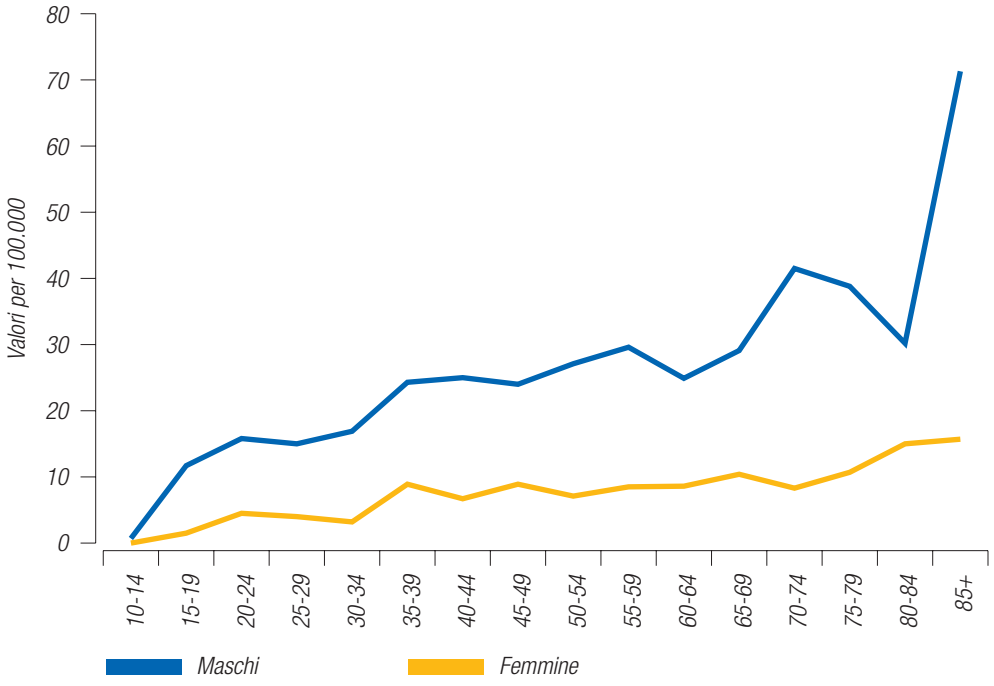
Nel decennio 1995-2004 ci sono stati in provincia di Bolzano 584 casi di suicidio, pari ad un tasso medio di 12,6 casi per 100.000 abitanti. Dopo aver raggiunto un picco di 20,3 casi per 100.000 nell'anno 1990 il fenomeno è in progressiva diminuzione, e si attesta su valori prossimi a quelli della Germania, a metà strada tra il dato nazionale e quello austriaco.

Figura 26: **Tasso di suicidio in aree limitrofe. Anni 1970-2004**



Gli uomini sono più esposti delle donne, con un rischio stimato fino a 4 volte superiore. Il rischio cresce con l'età, e tra gli anziani di sesso maschile si rileva un tasso pari a 71,3 casi per 100.000 persone a partire da 85 anni di età

Figura 27: **Tasso di suicidio per classi di età. Provincia di Bolzano - Anni 1995-2004**



3.9. EVENTI ACCIDENTALI

3.9.1. Incidenti stradali

Nell'anno 2004 si sono verificati in Provincia di Bolzano 1.645 incidenti stradali, nei quali sono morte 62 persone e 2.139 sono rimaste infortunate. In termini assoluti il numero degli incidenti stradali è diminuito del 4,1% rispetto al 2003. In calo sono anche morti e feriti. I primi sono diminuiti del 4,6% rispetto al 2003, mentre per i secondi la diminuzione è dell'1,7%. La maggior quota degli incidenti si è verificata su strade statali (39,9%) e urbane (38,2%).

ESITI DEGLI INCIDENTI

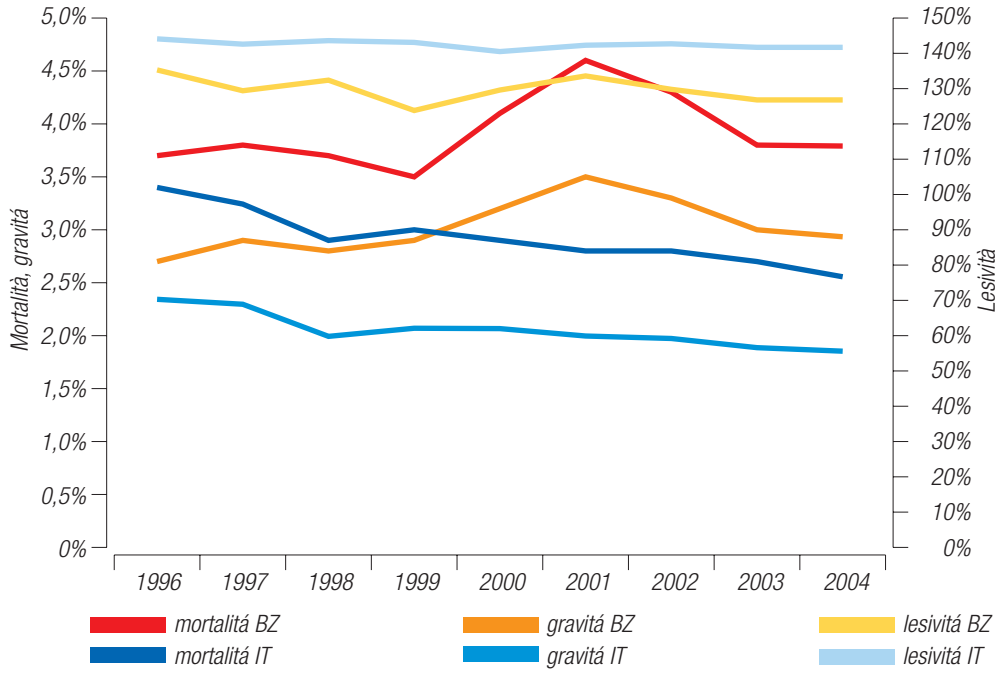
Gli esiti dell'incidente si differenziano secondo il tipo di strada. Il 66,1% dei decessi è avvenuto su una strada statale, il 12,9% su una strada urbana e l'11,3% in autostrada. Il 43,7% dei feriti è a seguito di incidenti verificatisi su una strada statale, il 33,3% su una strada urbana ed il 14,0% su una provinciale.

Il rapporto di gravità (dato dal numero dei morti rispetto al numero dei feriti) è maggiore per le autostrade (5,8%) e minore per le strade provinciali (1,2%). Analoga situazione si osserva per il rapporto di mortalità (dato dal numero di morti rispetto al numero di incidenti), maggiore sulle autostrade (9,1%) e minore sulle strade provinciali (1,3%) Il rapporto di lesività (dato dal numero di feriti rispetto al numero di incidenti) è maggiore sulle autostrade (155,8%) e minore sulle strade urbane (116,5%).

Il rapporto di gravità e quello di mortalità sono costantemente al di sopra dei valori medi nazionali, mentre il rapporto di lesività risulta costantemente inferiore al valore medio nazionale.

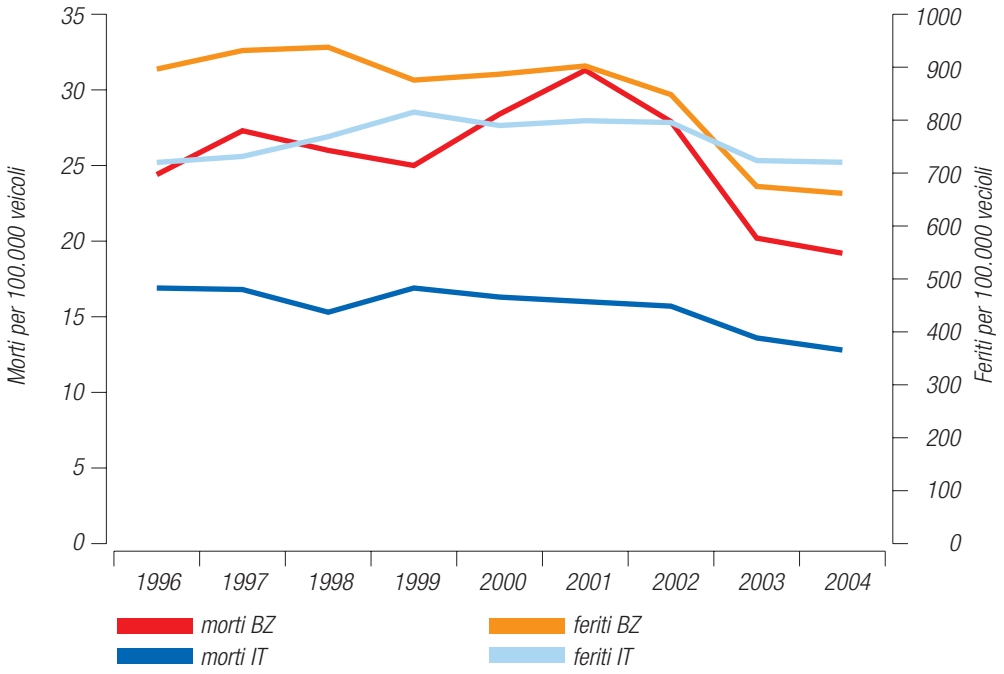
Una stima dei costi sociali per gli incidenti stradali, che tiene conto dei costi umani e sanitari, della perdita della capacità produttiva e dei danni materiali, indica in 1,28 milioni di Euro il costo sociale per ogni persona deceduta, ed in 24.700 Euro il costo sociale per ogni persona infortunata in un incidente stradale. Rispetto agli eventi incidentali del 2004 si arriva quindi ad una stima complessiva del costo sociale pari a 132,4 milioni di Euro in provincia di Bolzano, 52,9 milioni a causa dei ferimenti negli incidenti stradali e 79,5 a causa dei decessi. Per ogni residente il costo degli incidenti stradali nel 2004 è stimabile in misura pari a 279,2 Euro.

Figura 28: **Rapporti di mortalità, gravità e lesività degli incidenti stradali. Provincia di Bolzano e Italia - Anni 1996-2004**



Il numero di decessi rispetto al parco veicolare circolante nel 2004 è stati pari a 19,2 per 100.000 veicoli, mentre i feriti sono stati 661,7 per 100.000 veicoli. L'indicatore rispetto ai morti è superiore alla media nazionale, mentre l'indicatore rispetto ai feriti presenta valori inferiori a quella nazionali nel 2003 e nel 2004.

Figura 29: **Morti e feriti per incidente stradale rispetto al parco veicolare. Provincia di Bolzano e Italia - Anni 1996-2004**



3.9.2. Infortuni lavorativi e malattie professionali

Nel corso del 2004 sono stati comunicati complessivamente 17.268 infortuni sul lavoro (+3,7% rispetto al 2003), 13 dei quali mortali (17 nel 2003), e 288 malattie professionali (52 in meno rispetto al 2003).

L'85,1% degli infortuni e 8 dei 13 casi mortali si sono verificati nel settore dell'industria, mentre i restanti 5 decessi sono stati rilevati nel settore agricolo.

Il confronto dei dati provinciali con quelli delle altre regioni italiane, basato sulla media del triennio 2001-03, evidenzia una frequenza relativa di infortuni indennizzati rispetto al numero degli esposti pari a 37,95 per 1.000, superiore alla media nazionale (33,91 per 1.000).

La gravità degli infortuni è misurata con il rapporto tra le conseguenze degli effetti lesivi ed il numero degli esposti. La conseguenza delle lesioni è espressa dal numero di giornate effettivamente perse a seguito dell'incidente,

La media provinciale annua del triennio 2001-03 indica in 2,99 i giorni di lavoro persi per ciascun addetto a seguito di infortunio sul lavoro. L'indice di gravità degli infortuni denunciati in Provincia di Bolzano è superiore ai valori medi nazionali (2,89).

BIBLIOGRAFIA

Regione Piemonte. La Salute in Piemonte, 2000.

Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari. In Italian Heart Journal. 2003;4.

Istituto Superiore di Sanità. Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia e delle nuove diagnosi di infezione da HIV. Dicembre 2005.

ASTAT. Incidenti stradali in provincia di Bolzano, 2004. ASTATInfo nr. 23/2005

ACI. Serie storiche sullo sviluppo della motorizzazione e sull'incidentalità stradale in Italia negli anni 1921-2003.

ACI. Annuario statistico 2005. URL: http://www.aci.it/index.php?id=222

ISTAT. Statistiche degli incidenti stradali. Anni 2003-2004.

SOCITRAS. Dati statistici sugli incidenti stradali (Istat-Aci). URL: http://www.socitras.org/Menudocumenti.htm

INAIL. Banca dati statistica. URL: http://bancadati.inail.it/prevenzionale/

4. GRUPPI VULNERABILI

La natimortalità è pari al 2,1 per mille, inferiore a quella nazionale e tra le più basse in Europa.
Il tasso di natalità (11,5 per 1.000) è tra i più alti in Italia.
Il 7% dei neonati aveva alla nascita un peso basso o bassissimo.
La malformazioni congenite in neonati nel 2005 sono state 92.
I morti nel primo anno di vita nel 2005 sono stati 17. Il tasso di mortalità infantile (3,1 per 1.000) è tra i più bassi in Italia.
Il 66% dei decessi infantili avviene nel primo mese di vita, a conferma del forte peso dei fattori di mortalità endogeni.
Le coperture vaccinali a 24 mesi per la coorte di nascita 2003, presentano a livello provinciale coperture inferiori al livello ottimale del 95%: 89,1% polio, 88,1% difterite-tetano, 88,4% epatite B, 58,4% morbillo e 87,3% HiB.
La speranza di vita in buona salute a 65 anni (1999-2000) è pari a 7,4 anni per gli uomini ed a 9,1 anni per le donne.
Il 65,2% degli anziani soffre di almeno una patologia cronica: il 43,6% di ipertensione, il 25,9% di cardiopatie, il 10,9% di diabete.
I tassi di ospedalizzazione della popolazione anziana sono pari a 512,2 per 1.000 tra gli over 64 anni, ed a 665,4 per 1.000 tra gli over 74 anni.
Al 31/12/2005 sono oltre 25.000 i cittadini stranieri residenti, prevalentemente giovani (l'indice di vecchiaia è pari al 24,8%).
Il 9% degli stranieri soffre di almeno una patologia cronica.
Le patologie croniche più frequenti tra gli stranieri sono l'ipertensione (3,1%), le cardiopatie (1,8%), il diabete (1,7%) e le broncopneumopatie (1,5%).
Tra le donne straniere le cause più frequente di ospedalizzazione sono quelle legate a gravidanza, parto e puerperio (42,9% delle dimissioni), mentre tra i maschi prevalgono i traumatismi e gli avvelenamenti (17,0%).

Una particolare attenzione nella protezione della salute della popolazione dovrebbe essere prestata ai gruppi più vulnerabili, che per loro caratteristica sono soggetti a rischi maggiori. A questi gruppi si possono certamente ascrivere i bambini, gli anziani ed i migranti.
La salute infantile è un tema sanitario prioritario, sulla quale si può intervenire migliorando l'approccio e l'accesso alle cure, rendendo più disponibili assistenza qualificata, trattamenti farmacologici e formazione degli operatori, ma anche attraverso semplici interventi preventivi da attuare nel corso dei primi anni di vita del bambino.
La salute degli anziani ha assunto in questi anni sempre maggiore importanza a causa dell'invecchiamento della popolazione e del conseguente crescente assorbimento di risorse. Diventa quindi essenziale delineare i bisogni della popolazione anziana da rapportare all'offerta di servizi assistenziali disponibili.

I problemi di salute della popolazione immigrata sono complessi ed individuabili nel quadro epidemiologico della popolazione di partenza, nei problemi di adattamento e nell'esposizione a rischi sanitari diversi nella popolazione di destinazione. I principali fattori di rischio per la salute della popolazione immigrata possono essere riassunti nella precaria situazione occupazionale ed alloggiativa, nelle carenze e negli sbilanciamenti dell'alimentazione, nelle diversità climatiche, nella carenza di situazioni di supporto affettivo, nelle difficoltà di inserimento e di accessibilità ai servizi sanitari.

4.1. BAMBINI

La tutela della salute infantile inizia prima della gravidanza della madre, attraverso la prevenzione delle malformazioni congenite, perseguibile con vaccinazioni (rosolia), test genetici per i genitori a rischio, strategie contro le carenze alimentari (acido folico). Prosegue quindi con l'assistenza sia durante il periodo della gravidanza che al momento del parto, in modo da garantire alla donna tempestività di accesso alle cure specialistiche nel caso di complicanze.

Durante la gravidanza e dopo il parto dovrebbero essere illustrati alla donne i vantaggi per la salute del neonato derivanti da particolari comportamenti quali l'allattamento al seno o la giusta posizione del neonato durante il sonno.

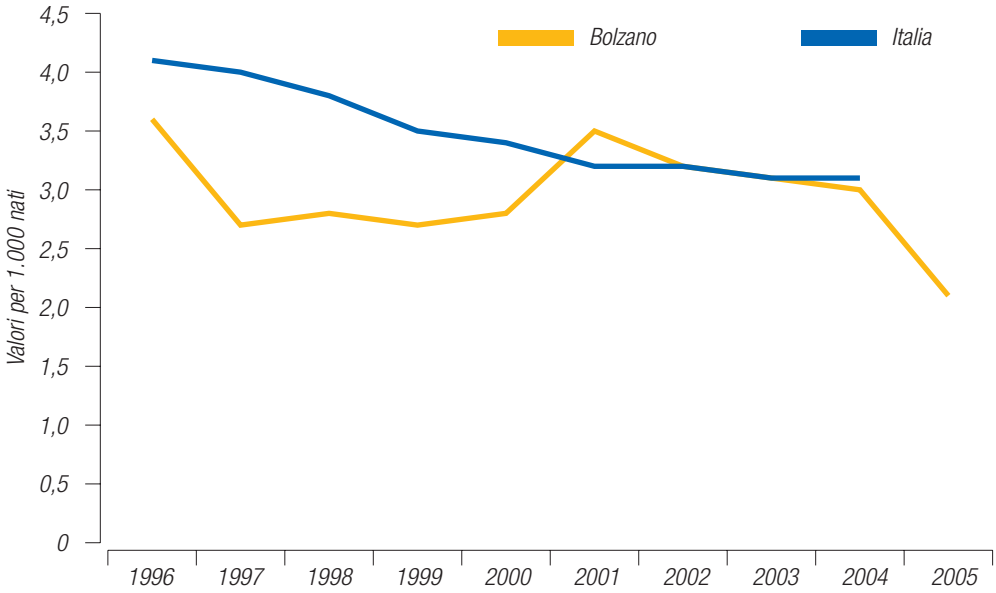
Nel corso dell'infanzia, attraverso le vaccinazioni, c'è il primo contatto del bambino con le scelte preventive di salute, nonché l'insorgere delle prime necessità assistenziali.

NATIMORTALITÀ

La definizione di nato morto secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è identificabile con quella di mortalità fetale tardiva, che fa riferimento ad una durata della gestazione superiore a 28 settimane. La durata della gravidanza che discrimina tra aborto e nato morto secondo la legislazione italiana è pari a 180 giorni (25 settimane + 5 giorni).

La natimortalità in provincia di Bolzano, con un tasso di 2,1 nati morti ogni 1.000 nati nel 2005 (11 casi), è inferiore a quella nazionale, ed è tra le più basse in Europa.

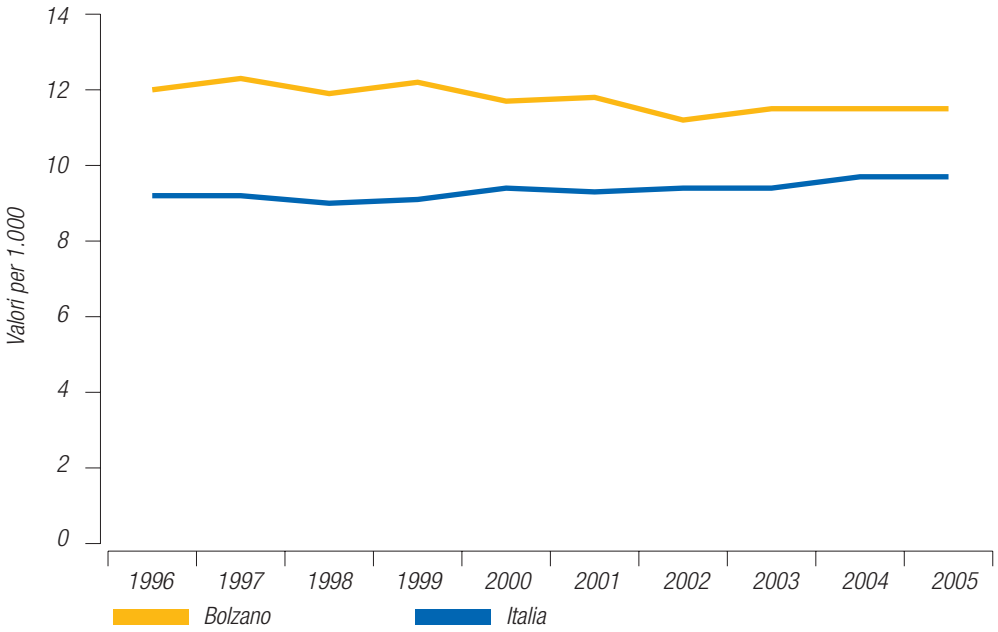
Figura 1: **Tasso di natimortalità. Provincia di Bolzano e Italia - Anni 1996-2005**



NATALITÀ

I bambini nati nel 2005 da donne residenti sono stati 5.525, per un corrispondente tasso di natalità pari a 11,5 per 1.000 residenti. La tendenza negli ultimi dieci anni è quella di una leggera riduzione del tasso, anche conseguentemente all'invecchiamento della popolazione, mentre a livello nazionale, pur con valori inferiori a quelli locali, si registra una tendenza inversa, frutto del contributo alla natalità dato dalla popolazione immigrata.

Figura 2: **Tasso di natalità. Provincia di Bolzano e Italia - Anni 1996-2005**



MISURE ALLA NASCITA

Le misure più frequenti dei neonati sono un peso tra 3.000 e 3.500 grammi (41,1%), una lunghezza tra 50 e 54 centrimentri (63,0%) ed una circonferenza cranica tra 35 e 39 centrimentri (53,3%).
I neonati di basso peso sono pari al 5,6% del totale, mentre quelli con peso bassissimo sono pari all'1,4%.

Tabella 1: **Peso, lunghezza e circonferenza cranica dei bambini nati in provincia di Bolzano da donne residenti - Anno 2005**

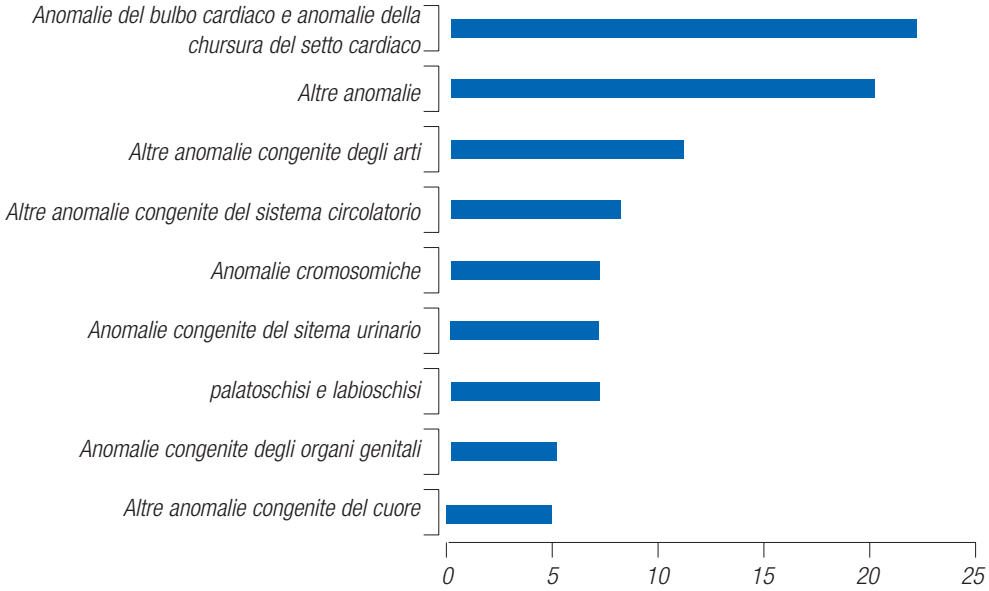
PESO			LUNGHEZZA			CIRCONFERENZA CRANICA		
grammi	v.a.	%	centimetri	v.a.	%	centimetri	v.a.	%
fino a 1.499	73	1,4	fino a 30	5	0,1	fino a 20	0	0
1.500-2.499	300	5,6	30-39	65	1,2	20-24	16	0,3
2.500-2.999	1.050	19,7	40-44	97	1,8	25-29	72	1,3
3.000-3.499	2.186	41,1	45-49	1.683	31,6	30-34	2.381	44,8
3.500-3.999	1.395	26,2	50-54	3.350	63,0	35-39	2.836	53,3
4.000-4.999	314	5,9	oltre 55	121	2,3	40-44	4	0,1
5.000 e più	3	0,1				oltre 45	12	0,2

Fonte: CEDAP

MALFORMAZIONI CONGENITE

Nel 2005 sono state registrate 92 malformazioni congenite in neonati in provincia da donne residenti (1,7%), 22 delle quali erano anomalie del bulbo cardiaco o anomalie della chiusura del setto (23,9%).

Figura 3: **Malformazioni congenite alla nascita in provincia di Bolzano da donne residenti - Anno 2005**



MORTALITÀ INFANTILE

I morti nel primo anno di vita sono stati 17, per un corrispondente tasso di mortalità infantile pari a 3,1 per 1.000. La mortalità infantile in provincia è tra le più basse in Italia.

Nel periodo 1995-2003 il 66% dei decessi è avvenuto nel primo mese di vita, l'80% entro il terzo mese, ad indicare il forte peso dei fattori di mortalità endogeni.

Tra le cause di mortalità infantile prevalgono le condizioni morbose di origine perinatale (58,4% dei casi nel periodo 1995-2003): nel 35,1% dei casi la morte è dovuta ad una gestazione breve o ad un basso peso alla nascita, nel 7,0% ad una sindrome di difficoltà respiratoria, nel 6,6% ad una ipossia intrauterina o ad una asfissia alla nascita. Le malformazioni congenite sono responsabili nel 23,8% dei decessi (nel 10,8% dei casi sono malformazioni cardiache, nel 5,4% sono aberrazioni cromosomiche) mentre nel 3,5% dei casi la causa è una malattie infettiva.

DIMISSIONI OSPEDALIERE NELLA POPOLAZIONE 0-1 ANNO

Nel 2005 ci sono state, esclusi i nati vivi sani, 2.605 dimissioni ospedaliere da reparti per acuti di bambini residenti nel loro primo anno di vita (471,5 per 1.000 nati vivi), il 42,6% delle quali per condizioni morbose di origine perinatale, il 12,1% per malattie dell'apparato respiratorio, il 7,8% per malformazioni congenite.

MORTALITÀ NELLA POPOLAZIONE 1-14 ANNI

Nel 2003 sono stati osservati in provincia 8 decessi (6,7 per 100.000) nella popolazione tra 1 e 14 anni, rispetto ad una media nel periodo 1995-2003 di 11,6 decessi annui. I dati provinciali, pur nella variabilità dovuta alla dimensione del fenomeno, sono confrontabili con quelli nazionali.

Sul totale dei 104 decessi osservati nel periodo 1995-2003 il 40,4% è causato da traumatismi ed avvelenamenti (42 casi), il 14,4% da tumori (15 casi, di cui 6 tumori maligni dell'encefalo). Seguono quindi tra le cause di decesso le malattie infettive (9,6%), le malattie del sistema nervoso (8,7%) e le malformazioni congenite (8,7%).

Figura 4: **Tasso di mortalità nella popolazione 1-14 anni. Provincia di Bolzano e Italia - Anni 1995-2003**



Nel 2005 sono state registrate 7.901 dimissioni ospedaliere da reparti per acuti nella popolazione residente di età 1-14 anni (103,9 per 1.000 abitanti). La diagnosi principale di dimissione è stata nel 20,9% dei casi una malattia dell'apparato respiratorio, nel 16,3% un traumatismo o un avvelenamento, e nel 12,2% una malattia dell'apparato digerente

Alcuni programmi di vaccinazione sono regolati da leggi nazionali che rendono obbligatoria la vaccinazione dei nuovi nati contro difterite, tetano, polio ed epatite virale B. È inoltre fortemente raccomandata la profilassi di altre malattie per le quali è disponibile un vaccino efficace e sicuro, quali la pertosse, il morbillo, la rosolia, la parotite, l'Haemophilus Influenzae di tipo B.

Le coperture vaccinali a 24 mesi per la coorte di nascita 2003, presentano a livello provinciale coperture inferiori al livello ottimale del 95%, sia per le vaccinazioni obbligatorie (89,1% polio, 88,1% difterite-tetano, 88,4% epatite B), sia per le vaccinazioni raccomandate (58,4% morbillo e 87,3% HiB).

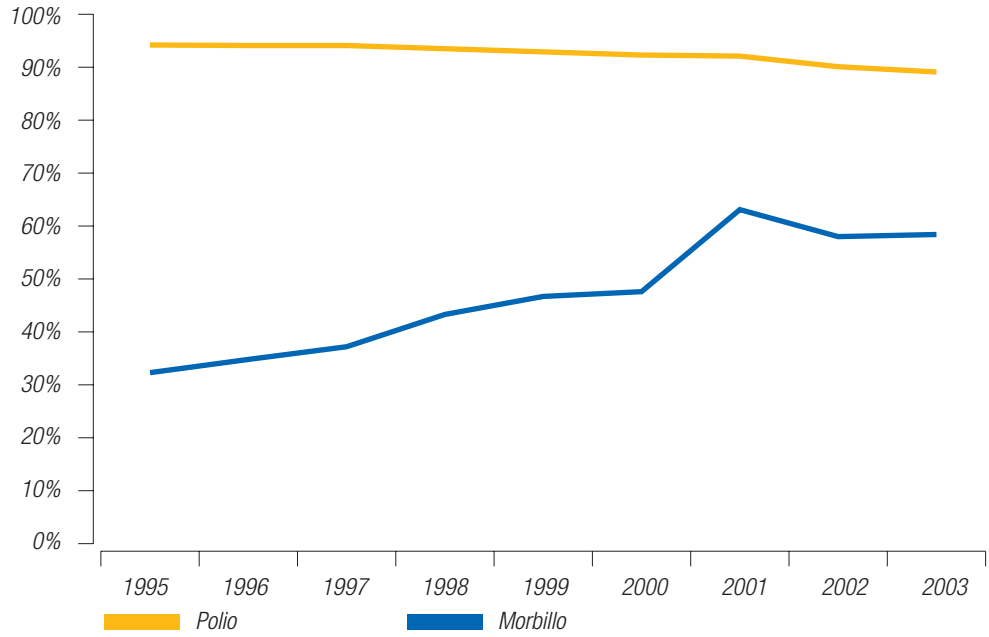
Tabella 2: **Coperture vaccinali a 24 mesi per azienda sanitaria. Provincia di Bolzano - Coorte di nascita 2003**

	Polio	Difterite Tetano	Epatite B	Morbillo	HiB
Bolzano	88,9%	87,3%	88,4%	65,5%	87,9%
Merano	90,3%	89,8%	89,3%	43,3%	84,9%
Bressanone	85,0%	84,8%	84,1%	54,6%	85,9%
Brunico	91,2%	90,9%	90,6%	65,7%	90,5%
TOTALE	**89,1%**	**88,1%**	**88,4%**	**58,4%**	**87,3%**

Fonte: Aziende sanitarie, Consorzio dei comuni

I tassi di copertura vaccinale a 24 mesi sono in diminuzione per la polio, mentre in aumento sono i tassi di copertura per il morbillo, che sono variati da 32,3% per la coorte 1995 a 58,4% per la coorte 2003.

Figura 5: **Tasso di copertura vaccinale a 24 mesi per polio e morbillo. Provincia di Bolzano - Coorti di nascita 1995-2003**



4.2. ANZIANI

L'invecchiamento della popolazione ha sostanzialmente mutato i comportamenti della popolazione anziana, che avverte con maggiore attenzione la necessità di prendersi cura della propria salute al fine di posticipare nel tempo gli effetti negativi dell'avanzare dell'età.

Secondo una ricerca del Censis il 54,0% degli anziani ha la consapevolezza del rapporto tra stili di vita e determinanti dello stato di salute, ed adotta i comportamenti corretti per preservare al meglio le proprie condizioni di salute. I problemi di salute che maggiormente caratterizzano gli anziani sono le malattie croniche (ne soffre l'80,6%), ed in particolare artrite o artrosi (56,5%), ipertensione (39,7%), osteoporosi (25,3%) e diabete (13,4%). Un aspetto sempre più importante della condizione anziana diventano inoltre la perdita dell'autosufficienza e il bisogno continuo di assistenza.

POPOLAZIONE ANZIANA

La popolazione oltre i 64 anni di età residente in provincia al 31 dicembre 2005 era pari a 79.898 unità mentre la popolazione oltre i 74 anni era pari a 37.142 unità. Le donne sono maggiormente rappresentate tra gli anziani, e sono pari al 58,4% della popolazione over 64 anni, ed al 64,1% della popolazione over 74 anni.

Tra il 1996 ed il 2005 la popolazione over 64 è cresciuta del 20,2%, passando dal 14,7% al 16,6% della popolazione totale, mentre la popolazione over 74 è cresciuta del 37,2%, passando dal 6,0% al 7,7% dei residenti.

Tabella 3: **Popolazione anziana per sesso e azienda sanitaria. Provincia di Bolzano, Anno 2005**

	Over 64 anni		Over 74 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Bolzano	15.980	22.843	6.377	11.802
Merano	8.566	12.138	3.510	6.208
Bressanone	4.123	5.792	1.640	2.932
Brunico	4.576	5.880	1.819	2.854
TOTALE	**33.245**	**46.653**	**13.346**	**23.796**

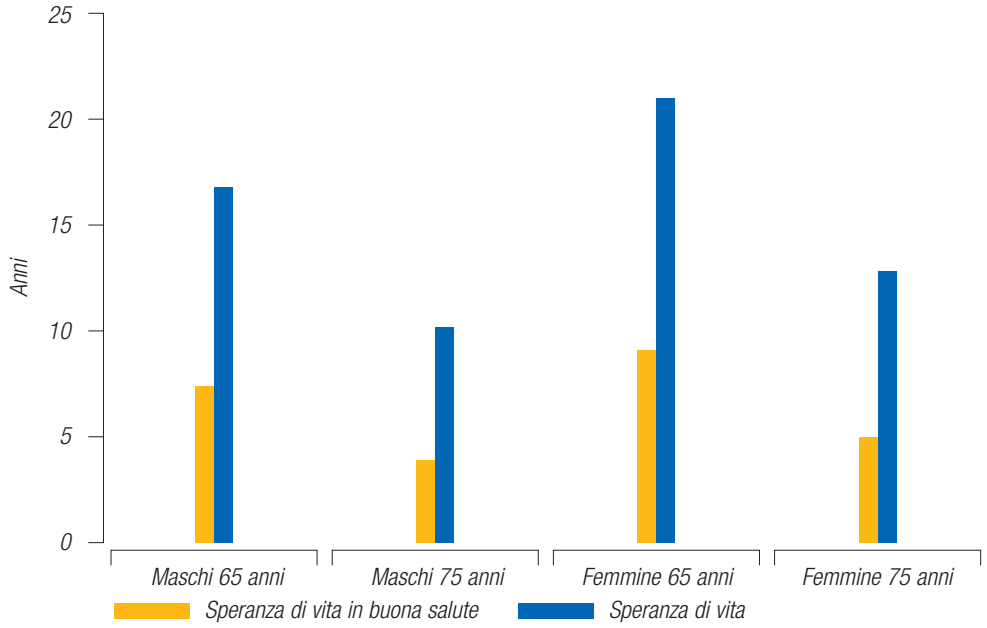
Fonte: ASTAT

SPERANZA DI VITA

La speranza di vita a 65 anni (1997-2001) è pari a 16,8 anni per gli uomini ed a 20,9 anni tra le donne, con una durata attesa della vita quindi di 81,8 anni per gli uomini e di 85,9 anni per le donne. La speranza di vita a 75 è pari a 10,1 anni per gli uomini ed a 12,8 anni per le donne, con una durata attesa di vita rispettivamente di 85,1 anni e 87,8 anni. La speranza di vita della popolazione anziana in provincia è comparabile a quella nazionale.

La speranza di vita in buona salute a 65 è pari a 7,4 anni per gli uomini ed a 9,1 anni tra le donne, mentre a 75 anni la speranza di vita in buona salute è pari a 3,9 anni per gli uomini ed a 5,0 per le donne. Meno della metà della speranza di vita alle età anziane sarà quindi trascorsa in buona salute.

Figura 6: **Speranza di vita e speranza di vita in buona salute nella popolazione anziana. Provincia di Bolzano - Anni 1999-2000**



PATOLOGIE CRONICHE TRA GLI ANZIANI

I malati cronici tra gli anziani in provincia di Bolzano nel 2004, secondo il progetto mappatura, sono pari a 53.452, il 59,3% dei quali di sesso femminile. La prevalenza di malati cronici nella popolazione anziana è pari al 65,2% (21,4% nella popolazione generale), ed in particolare pari al 58,2% tra 65 e 74 anni, ed al 72,8% a partire da 75 anni di etá. Il 43,6% degli anziani soffre di ipertensione, il 25,9% di cardiopatie ed il 10,9% di diabete. Il morbo di Parkinson è presente nel 2,7% della popolazione anziana, la malattia di Alzheimer nell'1,1%.

Tabella 4: **Prevalenza di patologia croniche nella popolazione a partire da 65 anni di età per azienda sanitaria. Valori per 100.000 abitanti. Provincia di Bolzano - Anno 2004**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Ipertensione	46.100,4	41.675,3	42.080,2	39.855,7	43.645,4
Cardiopatia	23.785,6	27.745,9	28.860,7	27.588,8	25.931,9
Diabete	11.326,2	10.645,5	11.006,4	9.389,9	10.858,3
Dislipidemia	9.650,3	11.909,2	5.468,4	10.289,2	9.806,0
Neoplasia	8.369,6	8.808,6	9.011,5	8.059,2	8.522,0
Broncopneumopatia	6.271,0	6.332,8	6.331,9	5.632,1	6.211,4
Ipotiroidismo	4.680,1	6.346,9	6.659,4	9.305,6	5.957,7
Vasculopatia	3.742,1	4.293,9	2.580,4	3.111,2	3.660,5
Morbo di Parkinson	2.666,5	2.729,5	3.195,7	2.595,8	2.738,7
MRGE	2.401,3	2.884,5	3.334,7	2.380,3	2.638,7
Insufficienza renale	1.603,4	1.493,9	1.597,9	1.180,8	1.519,3
Malattia di Alzheimer	1.445,8	930,2	506,2	674,7	1.096,2
Demenze	1.258,2	977,2	605,4	496,7	1.006,0
Epato-Enteropatia	993,1	1.151,0	903,1	581,0	969,4
Epilessia	858,0	864,4	893,2	1.321,3	924,3
Artrite reumatoide	765,4	723,5	754,3	665,4	740,1
Psicosi	385,2	535,6	595,5	1.133,9	547,5
Tiroidite di Hashimoto	192,6	70,5	39,7	18,7	119,5
Morbo di Basedow	62,5	103,4	178,6	84,3	90,2
Portatori di trapianto	105,1	79,9	79,4	56,2	89,0
Sclerosi Multipla	45,0	112,8	59,6	37,5	63,4
LES	85,1	28,2	99,3	56,2	62,3
Iper-Ipoparatiroidismo	42,5	28,2	29,8	121,8	47,6
Sclerosi Sistemica	55,0	18,8	-	37,5	36,6
Malattia di Sjörgen	47,5	32,9	9,9	9,4	34,1
Miastenia gravis	30,0	18,8	29,8	28,1	26,8
Acromegalia	25,0	18,8	19,9	18,7	22,0
Spondilite anchilosante	37,5	9,4	-	-	20,7
Morbo di Addison	15,0	23,5	29,8	28,1	20,7
Anemie emolitiche	5,0	28,2	19,9	28,1	15,9
HIV e AIDS	12,5	9,4	9,9	-	9,8
Diabete Insipido	5,0	4,7	9,9	9,4	6,1
Sindrome di Cushing	5,0	-	-	9,4	3,7
Nanismo ipofisario	-	-	9,9	-	1,2

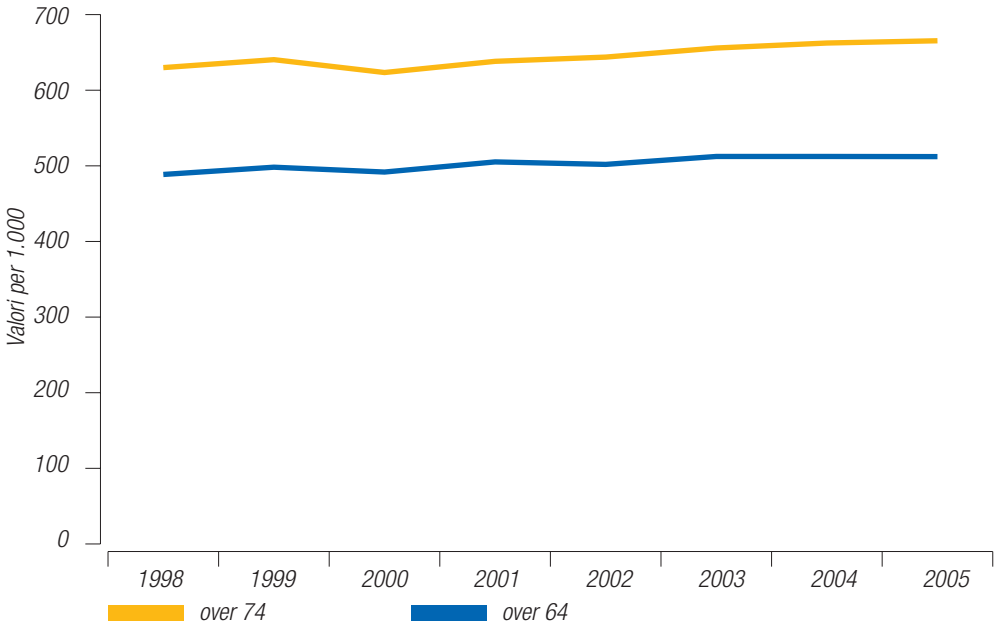
Fonte: ASTAT

DIMISSIONI OSPEDALIERE

Le dimissioni ospedaliere nel 2005 di anziani residenti sono state 40.412 per la popolazione over 64 anni, e 24.311 per la popolazione over 74 anni. Nella popolazione over 64 anni il tasso di ospedalizzazione è cresciuto tra il 1998 ed il 2005 da 488,6 a 512,2 ricoveri per 1.000 abitanti, mentre nella popolazione over 74 anni la crescita è da 629,9 a 665,4 per 1.000.

I tassi di ospedalizzazione della popolazione maschile sono sempre superiori a quelli della popolazione femminile. Nel 2005, tra gli over 64 si sono registrate 547,8 dimissioni per 1.000 abitanti tra i maschi e 487,0 tra e donne, mentre tra gli over 74 i tassi sono stati rispettivamente di 743,8 e 620,0 per 1.000.

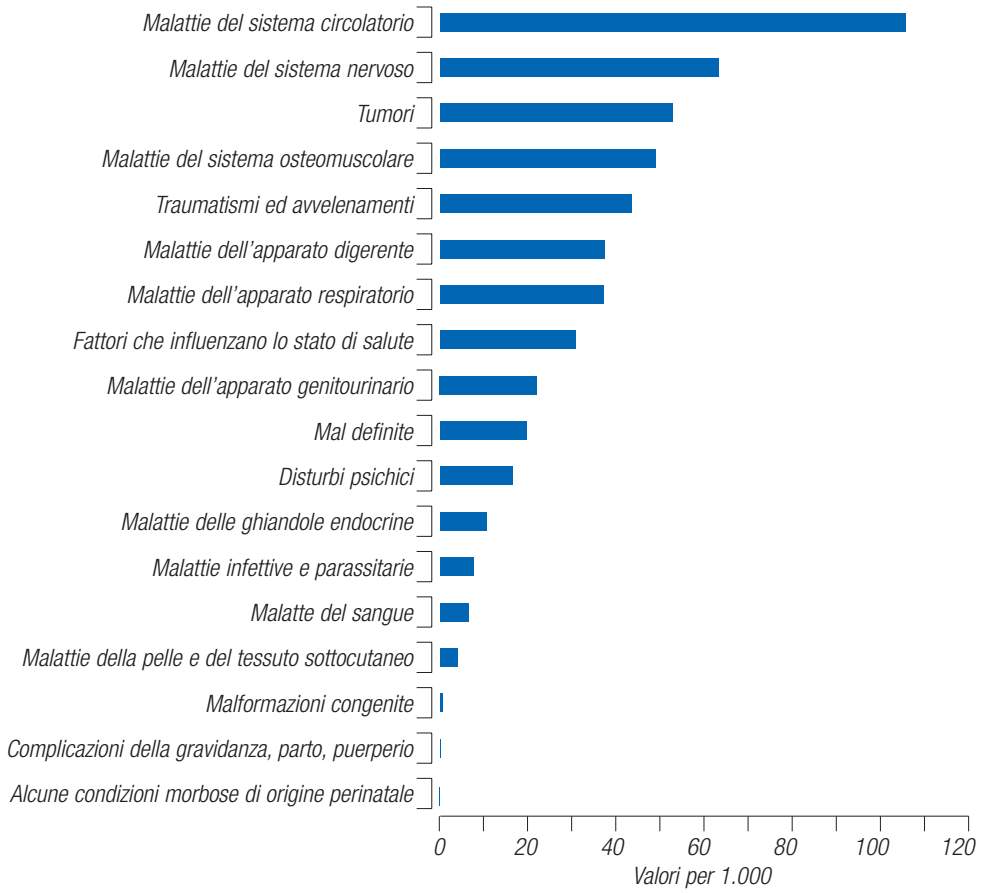
Figura 7: **Tassi di ospedalizzazione nella popolazione anziana. Provincia di Bolzano - Anni 1998-2005**



Le cause di dimissione più frequenti tra i maschi over 64 sono le malattie del sistema circolatorio (22,4%), seguite dai tumori (11,6%) e dalle malattie del sistema nervoso (10,5%). Anche tra le femmine le cause più frequenti sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio (22,4%), seguite dalle malattie del sistema nervoso (13,4%), dai traumatismi (11,2%) e dalle malattie osteomuscolari (11,1%).

Le malattie del sistema circolatorio presentano complessivamente il maggior tasso di ospedalizzazione (105,5 per 1.000 abitanti over 64 anni), seguite dalle malattie del sistema nervoso (63,1 per 1.000), dalle malattie osteomuscolari (52,7 per 1.000), dai tumori (48,9 per 1.000), e dai traumatismi ed avvelenamenti (43,4 per 1.000).

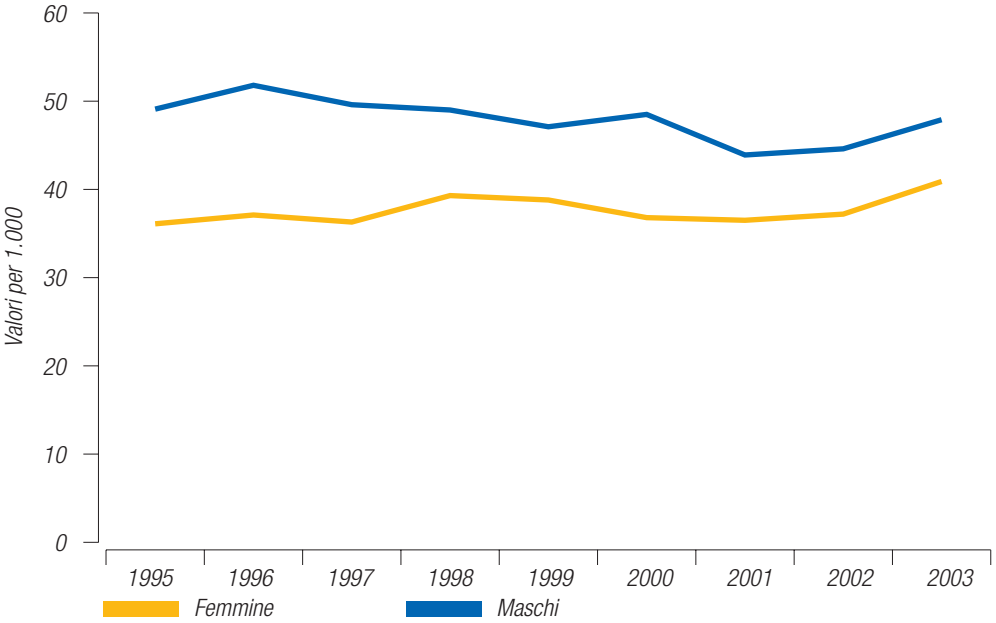
Figura 8: **Tasso di ospedalizzazione per causa nella popolazione anziana. Provincia di Bolzano - Anno 2005**



MORTALITÀ

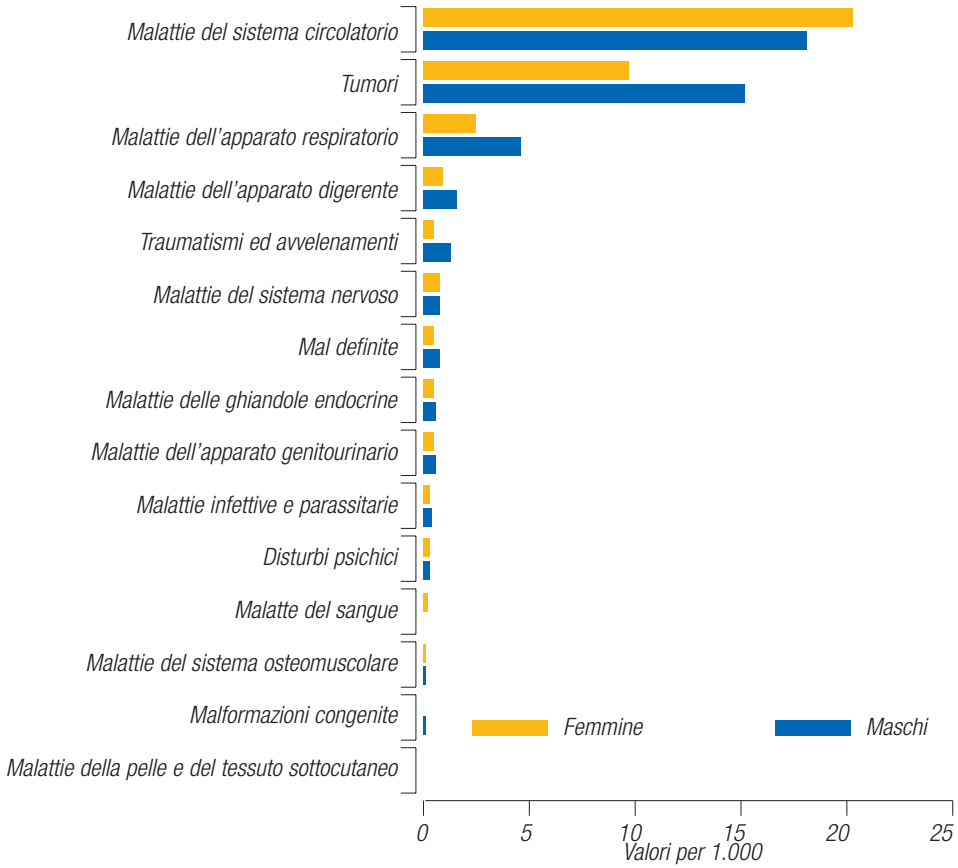
I decessi registrati nella popolazione di età superiore a 65 anni nel 2003 sono stati 1.466 tra i maschi e 1.812 tra le femmine, corrispondenti ad un tasso di mortalità specifico pari rispettivamente a 47,9 per 1.000 ed a 40,9 per 1.000. Nel periodo 1995-2003 la mortalità in questo gruppo di popolazione è tendenzialmente in decremento tra gli uomini ed in aumento tra le donne.

Figura 9: **Tasso di mortalità nella popolazione anziana. Provincia di Bolzano - Anni 1995-2003**



Tra le cause di morte nella popolazione over 64 anni prevalgono le malattie del sistema circolatorio ed i tumori, che si presentano negli uomini con un tasso di 16,4 per 1.000 verso un tasso di 9,7 per 1.000 registrato tra le donne.

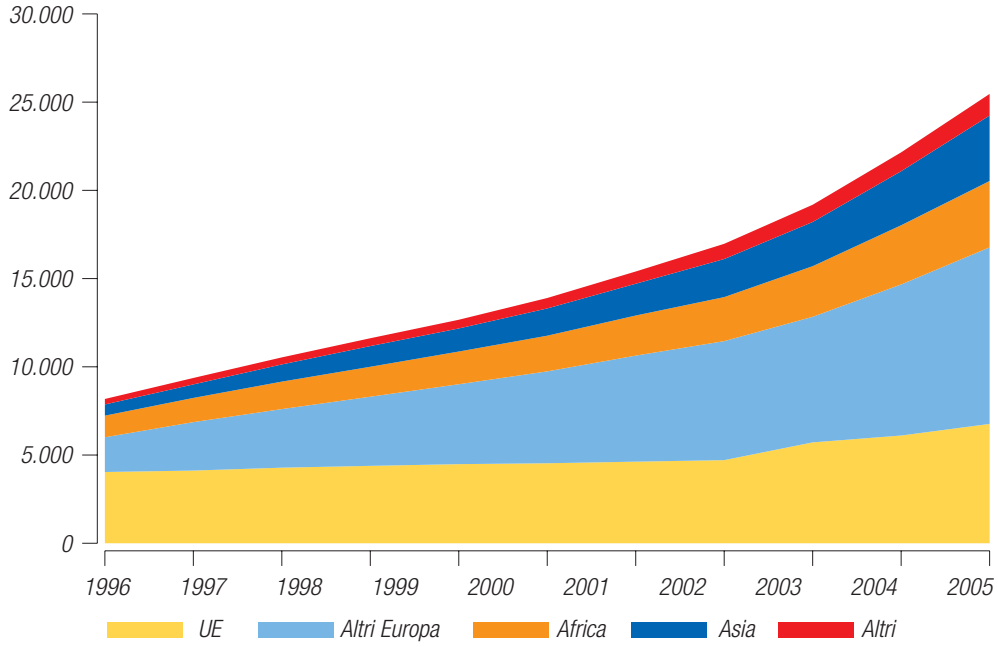
Figura 10: **Tasso di mortalità per causa e sesso nella popolazione anziana. Provincia di Bolzano - Anno 2003**



4.3. POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE

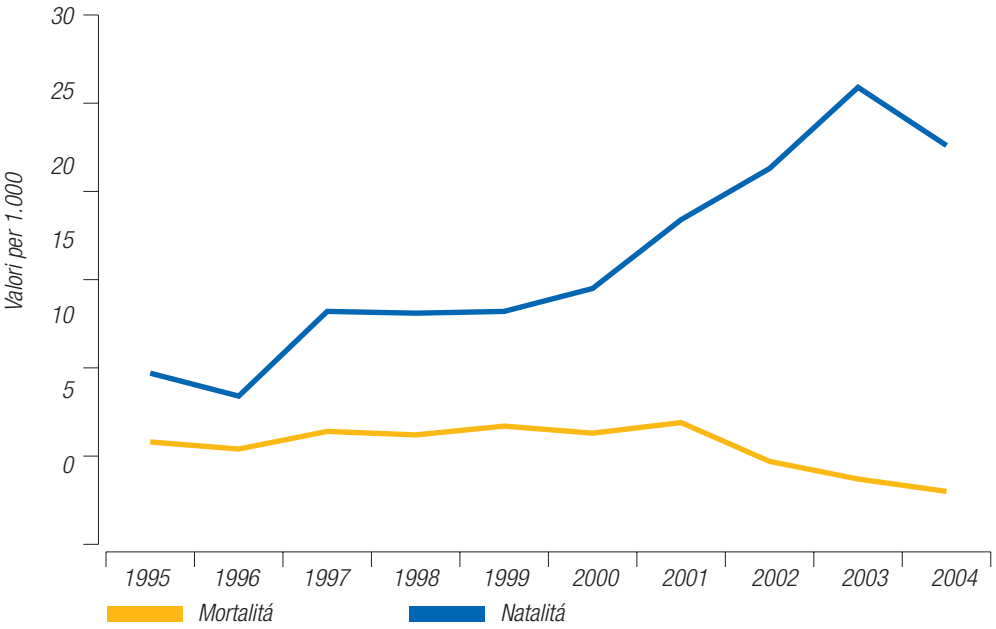
La popolazione straniera residente in provincia al 31 dicembre 2005 era pari a 25.466 unità (5,3 ogni 100 residenti). Il 26,6% di questa popolazione è costituito da cittadini appartenenti ad altri paesi dell'Unione Europea (a 15 stati), il 39,3% da cittadini provenienti da altri paesi europei, il 14,8% da africani ed il 14,6% da asiatici.
Nel decennio 1996-2005 c'è stata una crescita del 172% dei cittadini residenti in provincia, ed in particolare sono cresciuti di 7.262 unità (+265%) i cittadini provenienti dagli altri paesi europei non appartenenti all'UE, e di 2.943 unità i cittadini asiatici (+384%).

Figura 11: **Popolazione straniera residente per area di provenienza. Provincia di Bolzano - Anni 1996-2005**



Nella popolazione straniera prevalgono i maschi (104,5 ogni 100 donne), ed i giovani, con un indice di vecchiaia del 24,8% (97,6% quello provinciale complessivo). Mortalità e natalità risentono della differente struttura per età: la natalità è quasi doppia rispetto alla popolazione complessiva (22,6 per 1.000 verso 11,5 per 1.000 nel 2004), mentre la mortalità, pari al 3,0 per mille nel 2004, è sensibilmente inferiore (7,9 per 1.000, popolazione presente 2004).

Figura 12: **Tassi di natalità e mortalità nella popolazione straniera residente. Provincia di Bolzano - Anni 1996-2005**



La prevalenza di patologie croniche nella popolazione straniera è pari al 9%, mentre nella popolazione italiana la stessa è 2,4 volte superiore (22%). Per le patologie più frequenti, sono più frequenti nella popolazione italiana le dislipidemie e l'ipertensione (3,9 volte di più), le cardiopatie (3,1 volte più frequenti) e l'ipotiroidismo (2,9 volte). Più basso invece il rapporto di prevalenza per il diabete (1,7 volte più frequente tra gli italiani) e le broncopneumopatie (1,5 volte più frequenti). Le uniche patologie per le quali la prevalenza è maggiore nella popolazione straniera sono HIV ed AIDS, con 201 casi tra gli italiani (43,8 per 100.000) e 20 casi tra gli stranieri (83,7 per 100.000).

Tabella 5: **Prevalenza di patologia croniche nella popolazione per cittadinanza. Valori per 100.000 abitanti. Provincia di Bolzano - Anno 2004**

	Popolazione italiana	*Popolazione stranieria*
Ipertensione	*11.953,3*	*3.100,4*
Cardiopatia	*5.810,4*	*1.845,2*
Diabete	*3.058,5*	*1.753,1*
Broncopneumopatia	*2.193,3*	*1.477,0*
Neoplastici	*2.734,2*	*912,1*
Ipotiroidismo	*2.559,0*	*882,9*
Dislipidemie	*2.770,4*	*707,1*
Epato-Enteropatia	*696,1*	*422,6*
Psicosi	*743,6*	*364,0*
Vasculopatia	*943,4*	*318,0*
Epilessia	*555,7*	*225,9*
MRGE	*684,5*	*221,8*
Parkinson	*648,8*	*213,4*
Insufficienza renale	*425,0*	*200,8*
Artrite reumatoide	*316,7*	*117,2*
Tiroidite di Hashimoto	*241,0*	*117,2*
Morbo di Basedow	*122,0*	*92,1*
HIV e AIDS	*43,8*	*83,7*
Portatori di trapianto	*83,7*	*62,8*
Alzheimer	*202,9*	*58,6*
Demenze	*180,7*	*54,4*
Sclerosi Multipla	*101,1*	*29,3*
LES	*63,2*	*25,1*
Malattia di Sjörgen	*19,4*	*16,7*
Spondilite anchilosante	*22,0*	*12,6*
Iper-Ipoparatiroidismo	*23,3*	*12,6*
Acromegalia	*10,5*	*8,4*
Nanismo ipofisario	*27,9*	*8,4*
Sclerosi Sistemica	*19,4*	*4,2*
Miastenia gravis	*9,8*	*4,2*
Anemie emolitiche	*6,1*	*4,2*
Diabete Insipido	*7,0*	*4,2*
Neuromilelite	*0,7*	*0,0*
Morbo di Addison	*12,9*	*0,0*
Sindrome di Cushing	*5,0*	*0,0*
TOTALE	***22,0***	***9,0***

Fonte: ASTAT

DIMISSIONI OSPEDALIERE

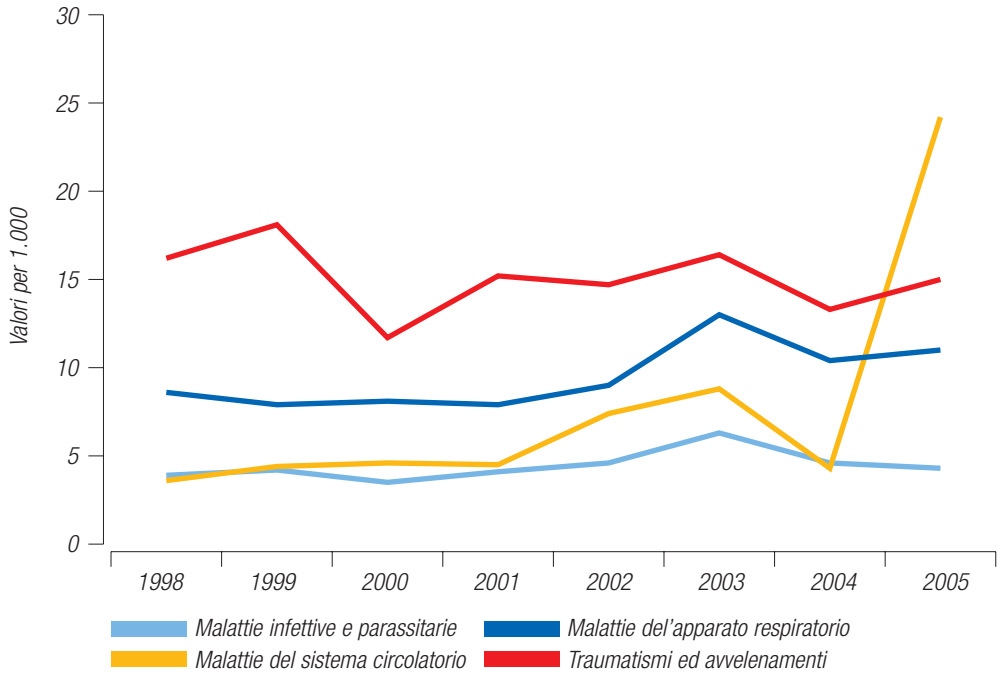
Le dimissioni ospedaliere nel 2005 di cittadini stranieri residenti, da reparti per acuti sono state complessivamente 4.755 (2.188 in più rispetto al 2004, +85,2%), il 55,4% da parte di donne.

Il tasso di ospedalizzazione delle popolazione straniera è pari a 199,7 per 1.000, e possono essere individuati due gruppi per differenti classi del tasso: da una parte si hanno i cittadini dell'Unione Europea, che presentano un tasso di ospedalizzazione molto basso (83,6 per 1.000), dall'altra il resto delle aree di provenienza con valori compresi tra 173,4 per mille nel caso dell'Asia degli altri paesi europei e 213,2 per 1.000 nel caso dell'Africa.

Il tasso di ospedalizzazione è chiaramente influenzato dall'elevata natalità: nella popolazione femminile il 42,9% delle dimissioni è per cause legate a gravidanza, parto e puerperio. Tra i maschi la classe di diagnosi più frequente alla dimissione è costituita dai traumatismi e dagli avvelenamenti (17,0%), mentre risulta elevata sia tra i maschi che tra le femmine la quota di dimissioni per fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari (14,4% tra i maschi e 9,9% tra le femmine).

I tassi per le principali cause di ospedalizzazione sono sostanzialmente confrontabili con quelli della popolazione complessiva: 4,3 per 1.000 per le malattie infettive (3,3 per 1.000 nella popolazione complessiva), 24,2 per 1.000 per le malattie del sistema circolatorio (rispetto al 20,9 per 1.000), 11,0 per 1.000 nel caso delle malattie dell'apparato respiratorio (verso il 12,7 per 1.000), 15,0 per 1.000 per traumatismi ed avvelenamenti rispetto al 16,8 per 1.000 della popolazione complessiva.

Figura 13: **Tasso di ospedalizzazione della popolazione straniera residente per alcuni gruppi di cause. Provincia di Bolzano - Anni 1998-2005**



BIBLIOGRAFIA

ISTAT. Demografia in cifre. Database interattivo. URL: http://demo.istat.it/
ISTAT. Sistema di indicatori territoriali. Database interattivo. URL: http://sitis.istat.it/sitis/html/index.htm
ISTAT. Annuario statistico italiano 2005.
ASTAT. Annuario statistico della provincia di Bolzano. Anni 1995-2004.
WHO. Maternal and newborn health in the WHO European Region: the challenges and the way forward. Fact sheet EURO/03/05
Grandolfo M., Donati S., Giusti A. "Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. URL: http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf
Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, Baglio G, Andreozzi S, Pediconi M, Salinetti S (1999), L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. Ann. Ist. Super. Sanità, 35, 289-296.
Ministero della salute. Relazione sullo stato sanitario del paese. 2001-2002.
Ministero della salute. Salute degli anziani. Comunicato stampa, 20 luglio 2005.
Ministero della salute. Statistiche sui ricoveri ospedalieri. Banca dati interattiva. URL: http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/ric_informazioni/default.jsp
Censis. "La condizione dell'anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive". 2004
ASTAT. Tavole di mortalità della popolazione altoatesina. 1997-2001. ASTATInfo 25/02.
ASTAT. Gli stranieri in provincia di Bolzano, 2004. ASTATInfo 14/05



Parte Seconda

I livelli di assistenza assicurati

I livelli di assistenza assicurati

1. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA

Il Piano Sanitario Provinciale 2000-2002, in conformità a quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale, individua, tra gli altri, il livello essenziale di "assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro". L'obiettivo del livello è quello di promuovere la salute della popolazione nel suo complesso garantendo le seguenti prestazioni:

A. Profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
B. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
C. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro;
D. Sanità pubblica veterinaria;
E. Tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
F. Attività medico-legali.

Tali livelli di assistenza sono garantiti dai servizi aziendali di igiene e sanità pubblica, medicina legale, medicina sportiva, dai servizi interaziendali di medicina del lavoro, medicina veterinaria, servizio pneumologico, coadiuvati da una molteplicità di soggetti che operano sia in strutture sanitarie che non sanitarie.

1.1. ATTIVITÀ DI PROMOZIONE ED EDUCAZIONE ALLA SALUTE

La Provincia, attraverso l'Assessorato alla Sanità, in stretta collaborazione con le aziende sanitarie, con la scuola e con altri soggetti, ha promosso e finanziato iniziative di promozione ed educazione alla salute attivate a livello provinciale, in particolare nei seguenti ambiti prioritari di intervento: l'alimentazione sana, la prevenzione dell'uso di sostanze che inducono dipendenza, l'attività fisica, la tutela della salute dell'infanzia, dell'adolescenza e di gruppi di popolazione esposti a particolari rischi (donne, anziani, disabili, categorie di lavoratori, immigrati), la salute mentale.

AMBITI PRIORITARI DI INTERVENTO

Alla luce del calo ormai accertato delle risorse stanziate, e dell'aumento generalizzato della spesa sanitaria, occorre concentrare le forze disponibili su alcune problematiche prioritarie, per le quali emerge la necessità di modificare i comportamenti o l'assetto organizzativo e strutturale attuale, in modo da prevenire, o quantomeno ridurre, il rischio di una o piú patologie legate a determinati fattori.

Ecco alcune di queste priorità:

- diffondere la cultura di un'alimentazione sana e dell'esercizio fisico;
- prevenire il consumo di sostanze che producono dipendenza, in particolare il tabacco e le bevande alcoliche;
- difendere la salute dei bambini, dei giovani e di tutte le categorie della popolazione esposte a rischi particolari (donne, anziani, disabili, alcune categorie professionali, immigrati ecc.);
- promuovere la salute mentale.

1.1.1. Le iniziative dell'ufficio Igiene e Salute Pubblica

L'attività svolta dall'ufficio Igiene e Salute Pubblica nel 2005 nella promozione della salute e nell'educazione sanitaria si è articolata nei seguenti progetti:

- Iniziative per promuovere la disassuefazione dal fumo: stand informativi in occasione della giornata mondiale senza fumo; elaborazione di un piano per la prevenzione, la disassuefazione e la cura del tabagismo in Alto Adige; realizzazione di una campagna informativa in tutta la provincia, con inserzioni, manifesti, cartelloni, spot radiotelevisivi in Internet; elaborazione di un opuscolo informativo con suggerimenti e stratagemmi per smettere da soli di fumare; avvio del progetto pilota per elaborare dei moduli specifici di disassuefazione per gli adolescenti.
- Continuazione dei lavori per la stesura della bozza del „Piano per una prevenzione organica dell'abuso di alcol in Alto Adige 2006-2008"; attività preparatoria per l'organizzazione di una campagna triennale a livello provinciale.
- Partecipazione alla „Fiera internazionale d'autunno" dal 10 al 18 settembre 2005 con uno stand intitolato „Buon appetito – La tranquillità di prodotti sani e controllati".
- Elaborazione di un manuale per le imprese del settore alimentare e della ristorazione dedicato all'igiene e ai sistemi di autocontrollo (Piano HACCP).
- Iniziative in occasione della giornata mondiale della salute del 7 aprile 2005, con distribuzione degli opuscoli informativi "La vaccinazione protegge", "La nutrizione in gravidanza" e "La corretta alimentazione del neonato sano".
- Partecipazione all'iniziativa „Bambini in bici" dal 12 al 14 aprile 2005, per sensibilizzare i bambini sul codice della strada e per indurli a praticare esercizio fisico utilizzando correttamente il casco e la bicicletta.
- „Alto Adige in movimento – 1ª giornata del movimento, 23 ottobre 2005" un'iniziativa per promuovere le escursioni a Bolzano, Merano e Bressanone, con inserzioni, spot radiofonici e distribuzione di un opuscolo.
- Iniziative in occasione della settimana europea delle vaccinazioni indetta dall'OMS (17 – 23 ottobre 2005), con l'organizzazione di due serate informative per la popolazione, un laboratorio per il personale sanitario e la diffusione di dispense ed opuscoli informativi sul tema.
- Elaborazione di un opuscolo informativo sulle zecche, distribuito come inserto speciale dai quotidiani Dolomiten e Alto Adige.
- Internet-chat sull'influenza aviaria nell'autunno 2005 con FAQ (quesiti ricorrenti) e relative risposte.
- Elaborazione di un „Piano operativo per la difesa della popolazione nei primi casi di influenza aviaria in Alto Adige".
- Partecipazione alla fiera „Salus" (11-13 marzo 2005) con uno stand intitolato „Ambiente e salute" e dedicato alle allergie da pollini, all'inquinamento atmosferico e acustico (rumore, olfatto, tatto, fumo), accompagnato da una serie di miniconferenze.
- Prima apparizione pubblica della "Rete Vital Alto Adige" il 9 aprile 2005, con iniziative sull'esercizio fisico, l'alimentazione e la disassuefazione dal fumo.
- WHO Regions for Health Network (RHN) – Rete „regionale" per la salute: progetto dedicato al tema „Regional public health strategies to reach the target of measles elimination by the year 2010" (strategie regionali sanitarie per ottenere l'obiettivo di debellare il morbillo entro il 2010).
- Progetto „Mini Med Studium" 2005, ciclo di conferenze divulgative che hanno abbrac-

ciato nove serate su altrettanti argomenti, con la partecipazione di medici della Clinica universitaria di Innsbruck e delle aziende sanitarie altoatesine (vi hanno assistito circa 4.500 persone).
- Programmi informativi televisivi in lingua tedesca nel campo dell'educazione sanitaria e della prevenzione ("Gesundheitsmagazin") messi in onda dalla sede RAI di Bolzano.
- Programmi radiofonici di educazione sanitaria e prevenzione in lingua italiana: "Punto e a capo", messi in onda dalla radio RAI di Bolzano.
- Ciclo televisivo sulla salute intitolato "Vital – Mehr vom Leben" nell'ambito del programma in lingua tedesca della sede RAI di Bolzano, con tematiche dedicate all'esercizio fisico e all'alimentazione, e consigli per uno stile di vita più sano.
- Studio HBSC: attività preparatorie allo studio internazionale promosso dall'OMS sui comportamenti infantili rilevanti per la salute.
- Pubblicazione dei risultati di un'indagine sulla risonanza delle campagne di prevenzione sanitaria svolte tra il 2002 e il 2004, e del sondaggio sulle disposizioni per la tutela della salute dei non fumatori (indagine ASTAT 2005).

1.1.2. Le iniziative dell'ufficio Distretti Sanitari

L'attività svolta nel 2005 dall'ufficio Distretti Sanitari nel campo della promozione della salute e dell'educazione sanitaria si è articolata nei seguenti progetti:
- Promozione della salute mentale con il progetto dell'UE „Alleanza europea contro la depressione", un progetto finalizzato a migliorare l'assistenza alle persone depresse, mediante attività d'informazione e sensibilizzazione, promuovendo il volontariato e la collaborazione tra gli esperti. Tra le iniziative intraprese figurano: servizi radiotelevisivi, articoli nella stampa locale, stampa di opuscoli e manifesti, un convegno, una mostra d'arte sul tema della depressione, corsi per cosiddetti "moltiplicatori" (farmacisti, medici, infermieri, assistenti geriatrici, psicologi, insegnanti, sacerdoti), promozione di iniziative del volontariato e costituzione di gruppi di auto e mutuo aiuto.
- Realizzazione di un progetto per promuovere iniziative di sensibilizzazione e assistenza rivolte ai consumatori di cocaina ed ecstasy, come l'elaborazione di un opuscolo informativo.
- Anche nell'anno scolastico 2004/2005 si è svolto con successo il progetto „Profilassi della carie nell'età evolutiva", destinato alle prime e terze classi elementari della Provincia di Bolzano. Più di 100 odontoiatri liberi professionisti hanno istruito un totale di 8.265 bambini sulla corretta igiene orale, sottoponendoli poi ad una visita di controllo. Il 57% di tutti i bambini visitati è risultato privo di carie, il che dimostra come sia stato ampiamente superato l'obiettivo indicato dall'OMS (50%).

1.1.3. La promozione della salute nelle aziende sanitarie

Ogni azienda sanitaria ha promosso e realizzato progetti specifici di promozione della salute ed educazione sanitaria; tutti questi progetti sono stati discussi e concordati con gli organi competenti dell'Amministrazione provinciale, della Scuola o delle altre istituzioni coinvolte, e ciò ha consentito di evitare parallelismi, sovrapposizioni o iniziative contraddittorie. Anche all'interno di ciascuna azienda sanitaria, i progetti sono stati svolti in modo integrato, coinvolgendo tutti i servizi interessati.

Azienda Sanitaria di Bolzano	
Servizio medicina di base	*Progetto „Io ero, io sono, io sarò “*
Servizio di medicina di base e distretto sanitario di Don Bosco	*Prevenzione, fattori di rischio e sintomi delle malattie cardiocircolatorie; la salute nella menopausa; le malattie della pelle: dermatite atopica, eczemi, prevenzione dei melanomi*
Distretto sanitario di Don Bosco	*Distretto sociosanitario: informazioni e consulenza per persone che assistono malati di demenza non autosufficienti*
Servizio di medicina di base e Servizio di dietetica e nutrizione clinica	*L'alimentazione sana*

Azienda Sanitaria di Merano	
Servizio di dietetica e nutrizione clinica	*Terapia di gruppo per bambini in sovrappeso e per i loro genitori*
Servizio di medicina di base	*Progetto "Stili di vita sani"*
Distretto Val Passiria	*La gestione delle emergenze nell'Alta Val Passiria*
Servizio di dietetica e nutrizione clinica	*Programma d'addestramento di gruppo "Dimagrire con giudizio"*

Azienda Sanitaria di Bressanone	
Servizio riabilitativo	*Iniziativa per promuovere la postura corretta*

Non è invece stato possibile censire tutti i progetti realizzati autonomamente dalle varie aziende sanitarie, ma non finanziati con apposita delibera provinciale.
Nel 2005, l'ufficio provinciale Igiene e Salute Pubblica ha anche concesso a venti associazioni senza scopo di lucro operanti in tutto il territorio provinciale dei contributi per iniziative nel campo dell'educazione sanitaria. In particolare, i progetti finanziati vertevano sui seguenti argomenti: prevenzione e lotta alle patologie tumorali, malattie croniche e invalidanti (diabete, patologie cardiocircolatorie), prevenzione con l'esercizio fisico per gli ultrasessantacinquenni, patologie psichiche (depressione, ansia), cattive abitudini alimentari, problemi della gravidanza e del parto.

Forum Prevenzione (delle dipendenze)

Dopo 5 anni d'attività operativa, il Forum prevenzione si considera a tutti gli effetti un centro di competenza nel campo della prevenzione delle dipendenze in Alto Adige. Dovendo offrire un servizio pubblico, il Forum è a disposizione di tutte le persone e gli enti che in Provincia di Bolzano desiderano svolgere dei progetti di prevenzione, informazione e aggiornamento. L'impegno di questo centro specializzato è anche rivolto al dibattito politico in corso sulle dipendenze, le politiche familiari e giovanili, con l'obiettivo di creare in questa provincia delle condizioni sociali e relazionali che favoriscano il più possibile un atteggiamento positivo verso la vita.
Con un'apposita convenzione, la Giunta provinciale ha incaricato il Forum prevenzione, di svolgere interventi specifici di prevenzione delle dipendenze, sia universale sia selettiva. Il Forum, ente dotato di personalità giuridica privata e organizzato sotto forma di associazione riconosciuta, è composto da rappresentanti di istituzioni pubbliche e private che operano nel campo della cura e della prevenzione delle dipendenze.
Il Forum ha un proprio sito Internet www.forum-p.it, aggiornato costantemente, che fornisce una panoramica complessiva su tutte le iniziative e le attività in corso.

1.1.4. L'educazione sanitaria e la promozione della salute nella scuola

Nelle scuole materne e in quelle dell'obbligo, l'educazione sanitaria e la promozione della salute s'incentrano prevalentemente sugli obiettivi pedagogici volti a consolidare l'autostima e le risorse personali per la difesa della salute. In questi interventi si utilizzano soprattutto metodi idonei a mettere i bambini e i giovani in condizione di prendere loro stessi delle decisioni, di essere poi coerenti con le decisioni adottate, e di gestire in modo soddisfacente la propria vita.
L'ufficio Igiene e Salute Pubblica ha finanziato diversi interventi di educazione sanitaria promossi dai servizi di educazione sanitaria delle tre intendenze scolastiche.

Il servizio di educazione sanitaria, integrazione e consulenza scolastica dell'intendenza scolastica tedesca

Per quanto concerne l'educazione sanitaria in senso stretto, il servizio si propone a lungo termine di sensibilizzare dirigenti scolastici, insegnanti, educatori, assistenti, genitori ed alunni sulle tematiche attinenti la salute, e di trasformare le scuole (materne, dell'obbligo e superiori) in ambienti di vita in grado di promuovere la salute.
Per sostenere le iniziative attualmente in corso e rafforzare un approccio operativo improntato sulla promozione della salute, il servizio s'ispira al principio della salutogenesi e su un impiego mirato delle risorse, con un programma che poggia sui seguenti punti:

1. **Trasformazione delle scuole materne, dell'obbligo e superiori in luoghi di apprendimento, lavoro e vita che promuovano la salute**
   Nel 2005, 4 direzioni didattiche hanno iniziato ad adottare i principi di una scuola in sintonia con la salute, stabiliti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, svolgendo quindi attività di promozione della salute in un contesto sistematico e trasversale. Le 4 direzioni didattiche coinvolte abbracciano 16 sedi scolastiche, circa 220 insegnanti e 2.600 scolari.

2. **Consulenza ed assistenza per iniziative e progetti**
   Gli operatori del servizio hanno prestato assistenza qualificata al personale pedagogico delle scuole materne, dell'obbligo e superiori nella pianificazione, attuazione e verifica di progetti di promozione della salute, tenendo conto delle circostanze specifiche locali, delle esigenze particolari dell'utenza e della necessità di coinvolgere i ragazzi e i loro genitori. Proprio quest'attività di consulenza costituisce la parte preminente dell'attività del servizio, ed è volta a favorire un impiego ottimale delle risorse disponibili da parte degli insegnanti e degli educatori.

3. **Attuazione di programmi didattici e iniziative per acquisire competenze di vita**
   Per le scuole materne e le scuole dell'obbligo sono stati attuati diversi programmi didattici e iniziative incentrate sui diversi aspetti della salute, ad esempio:
   - prevenzione delle dipendenze;
   - educazione sessuale;
   - apprendimento sociale (iniziative per acquisire autonomia o per gestire i conflitti);
   - prevenzione dei suicidi;
   - centro d'informazione e consulenza.

4. Addestramento del personale pedagogico per l'attività di promozione della salute

Per insegnanti, educatori e assistenti il servizio ha organizzato dei corsi d'aggiornamento per imparare ad affrontare gli argomenti attinenti la salute con bambini o adolescenti. In questo modo i vari interventi di promozione della salute possono ottenere un'efficacia maggiore.

Inoltre, il servizio ha partecipato a diverse iniziative promosse dalla Ripartizione Sanità (ad esempio per la settimana europea delle vaccinazioni o la profilassi della carie nell'età evolutiva) e di altri enti, ed è anche stato coinvolto nello sviluppo di piani operativi per migliorare o difendere la salute di particolari categorie di giovani (come la campagna per la prevenzione dell'abuso di alcool 2006-2008, il piano per la prevenzione la cura e la disassuefazione dal tabagismo in Alto Adige, o la predisposizione di strumenti specifici per aiutare i giovani a smettere di fumare).

Le iniziative nelle scuole italiane

L'attività svolta dal servizio per l'educazione sanitaria dell'Intendenza scolastica italiana nell'anno scolastico 2004/2005 si è articolata nelle seguenti iniziative:

1. Attivazione di uno sportello per la consulenza psicologica e l'avvio ai servizi territoriali („Parliamone").
2. Educazione all'alimentazione sana:
   a) aggiornamento del personale insegnante delle scuole di ogni ordine e grado;
   b) progetto pilota delle mense scolastiche.
3. Prevenzione delle dipendenze:
   a) aggiornamento del personale insegnante delle scuole medie e superiori;
   b) incontri per alunni delle scuole medie nell'ambito del progetto „Parliamone", per la prevenzione del tabagismo e dell'alcolismo;
   c) incontri per gli studenti delle scuole superiori
   d) progetto pilota "Testa – cuore – mano".
4. Disturbi dell'apprendimento:
   a) aggiornamento degli insegnanti delle scuole elementari sulla dislessia.
5. Educazione all'affettività e alla sessualità:
   a) progetto pilota „Sessualità ed affettività, tra prevenzione e risorse";
   b) incontri per gli studenti delle scuole superiori.
6. Difficoltà relazionali:
   a) aggiornamento per gli insegnanti delle scuole di ogni ordine e grado su violenza e aggressività;
   b) progetto speciale „Essere padre: uno scambio tra genitori ed educatori" per il personale insegnante e i genitori nelle scuole materne;
   c) incontri per alunni delle scuole medie nell'ambito del progetto „Parliamone" sui temi della violenza;
   d) incontri per gli studenti delle scuole superiori sulla tolleranza e l'accettazione della diversità.
7. La rete scuola/servizi:
   a) aggiornamento del personale insegnante delle scuole materne „Il bambino in difficoltà: scuola, famiglia e servizi";

b) progetti speciali „Il lavoro di rete tra scuola e distretto“, svolti a Bolzano Centro/Piani, Laives e Bolzano Don Bosco.

Le iniziative nelle scuole ladine

Nel 2005, l'attività di educazione sanitaria svolta nelle scuole ladine è stata incentrata sul tema del movimento e dell'esercizio fisico, un argomento che si collega con altre iniziative di promozione della salute. Nelle scuole il movimento è stato spesso inserito in attività creative come la musica, la pittura o la danza.

Nell'ambito del progetto "Meno è meglio", nel campo della prevenzione delle dipendenze, in tre scuole ladine è stata realizzata l'iniziativa „gläserne Schule“ (La scuola trasparente), affrontando in diverse unità didattiche argomenti come il fumo, il consumo di sostanze e altre forme di dipendenza.

Per prevenire i comportamenti aggressivi, invece, sono stati realizzati dei corsi su strategie di gestione dei conflitti, per gli insegnanti e per gli alunni.

Diverse scuole elementari e medie hanno svolto dei progetti sull'alimentazione sana, coinvolgendo direttamente alcune dietiste ed avviando iniziative concrete nelle classi.

Inoltre, anche le scuole ladine hanno partecipato all'iniziativa promossa dalla Ripartizione Sanità riguardante la profilassi della carie nell'età evolutiva.

1.2. PROFILASSI DELLE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE

Nel corso dell'anno in Alto Adige sono state eseguite, alla popolazione d'età inferiore a 18 anni, 99.384 vaccinazioni raccomandate; di queste il 55,3% (54.994) si riferivano a vaccinazioni obbligatorie per legge.

I servizi di igiene e sanità pubblica delle quattro aziende sanitarie hanno effettuato 1.726 consulenze sanitarie ed attività di informazione nei confronti di viaggiatori che si recano all'estero; hanno eseguito, inoltre, 431 interventi di disinfezione e di disinfestazione.

1.2.1. Interventi di profilassi e di educazione per prevenire il diffondersi delle malattie infettive e bonifica focolai

CALENDARIO VACCINALE

Nella tabella che segue è riportato il calendario vaccinale provinciale approvato con delibera n. 2923 del 10.08.2005, il quale prevede l'armonizzazione in un unico schema di tutte le vaccinazioni per i bambini indicate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dal Piano Nazionale Vaccini 2005-2007.

Tabella 1: **Calendario vaccinale valido per l'anno 2005.**

Vaccino	3° mese	5° mese	11° mese	12° mese	15° mese	5-6 anni	14-15 anni
Dtp	DTaP	DTaP	DTaP			DTaP	dTaP[1]
Antipolio	IPV	IPV	IPV			IPV	
Epatite B[2]	HB	HB	HB				
Hib	Hib	Hib	Hib				
MPR[3]				MPR 1		MPR 1/2*	MPR 1/2**
Pneumococco	Pneumococco[4]						
Varicella			Varicella[5]				

Le barre ombreggiate indicano gli ambiti temporali accettabili per la somministrazione dei vaccini

DTaP: *vaccino antidifterite, antitetano e antipertosse*
dTaP: *vaccino antidifterite, antitetano e antipertosse per adulti*
IPV: *vaccino antipolio inattivato-SALK, intramuscolare*
HB: *vaccino antiepatite B*
Hib: *vaccino antihaemophilus influenzae b*
MPR: *vaccino antimorbillo-parotite-rosolia*
PVC: *vaccino pneumococcico*
Varicella: *vaccino antivaricella*

1. *Il vaccino DTaP va usato fino all'età di 5-6 anni, dopo di che viene impiegato il vaccino dTaP (dose per adulti). Si raccomanda un richiamo della vaccinazione antidifterica-antitetanica-antipertosse a 5-6 anni e all'età 11-15 anni. Dopo questa età si raccomanda un richiamo della vaccinazione antidifterica-antitetanica ogni 10 anni. La vaccinazione antipertosse può essere effettuata indipendentemente da altre vaccinazioni antipertosse precedenti.*
2. *I neonati di madri portatrici del virus devono essere vaccinati subito dopo la nascita.*
3. *La 1ª dose del vaccino antimorbillo, antiparotite ed antirosolia va somministrata tra il 12° e il 15° mese. All'età di 5-6 anni va offerta la 2ª dose MPR in concomitanza con il richiamo IPV e DTaP, oppure la 1a dose ai bambini non vaccinati fino a quel momento (MPR 1/2*). All'età di 11-15 anni a questi ultimi va data la 2ª dose, oppure, a quelli non vaccinati, la 1ª dose (MPR 1/2**).*
4. *Vaccino pneumococcico: per soggetti a rischio.*
5. *Varicella: per soggetti a rischio.*

Secondo il Ministero della Salute sono stati registrati recentemente in Italia ottimi risultati nel controllo di alcune malattie prevenibili con le vaccinazioni. La difterite è stata eliminata (l'ultimo caso in età pediatrica risale al 1991) e il nostro Paese ha ricevuto nel giugno 2002 la certificazione ufficiale di eradicazione della poliomielite. Da diversi decenni non si registrano casi di tetano in età pediatrica o adolescenziale; inoltre, l'incidenza dell'epatite virale B ha subito, dal 1991 ad oggi, una drastica riduzione, superiore all'80%, nei gruppi di età destinatari dell'intervento vaccinale (0-14 e 15-24 anni).

VACCINAZIONI ESEGUITE

Nel 2005 in Alto Adige sono state eseguite, alla popolazione d'età inferiore a 18 anni, 99.384 vaccinazioni raccomandate; di queste il 55,3% (54.994) si riferivano a vaccinazioni obbligatorie per legge.

Tabella 2: **Vaccinazioni effettuate per tipologia ed azienda sanitaria - Anno 2005**

Tipologia di vaccini	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Antipolio (tutte le dosi)	7.930	4.667	2.943	3.223	18.763
Antidifterico/Antitetanico (tutte le dosi)	9.166	4.690	3.079	3.431	20.366
Antipertossico (tutte le dosi)	8.681	4.461	2.925	3.362	19.429
Hib (tutte le dosi)	6.282	3.685	2.269	2.570	14.806
Antiepatite B (tutte le dosi)	6.811	3.960	2.402	2.692	15.865
Antimorbillo-parotite-rosolia (tutte le dosi)	5.323	1.623	1.377	1.832	10.155
Totale	**44.193**	**23.086**	**14.995**	**17.110**	**99.384**

Fonte: aziende sanitarie – Sistema comunale informatizzato per la profilassi vaccinale

INCHIESTE E/O SORVEGLIANZE EPIDEMIOLOGICHE

Nell'ambito dell'attività di profilassi delle malattie infettive e parassitarie, i quattro servizi di igiene e sanità pubblica hanno svolto complessivamente 5.854 inchieste e/o sorveglianze epidemiologiche su specifiche malattie: in particolare pediculosi, meningite batterica, salmonellosi ed altre tossinfezioni alimentari.

Complessivamente si registra rispetto al 2004 un aumento nel numero di interventi effet-

tuati finalizzati alla sorveglianza epidemiologica degli ectoparassiti (4.189 indagini nel 2005 rispetto alle 3.958 svolte nel 2004, +5,8%) e della meningite batterica (655 nel 2005 a fronte di 149 nel 2004). Diminuiscono, invece, i controlli per salmonellosi (630 indagini nel 2005 rispetto alle 1.314 svolte nel 2004) e per altre tossinfezioni alimentari (230 nel 2005 a fronte di 328 nel 2004).

Tabella 3: **Profilassi e controllo delle malattie infettive - Anno 2005**

Numero di inchieste e/o sorveglianze epidemiologiche effettuate su malattie infettive e parassitarie:	*Bolzano*	*Merano*	*Bressanone*	*Brunico*	*Totale*
Salmonellosi	*150*	*101*	*74*	*305*	*630*
Altre tossinfezioni alimentari	*30*	*4*	*4*	*192*	*230*
Legionellosi	*-*	*37*	*-*	*1*	*38*
Meningite batterica	*136*	*109*	*2*	*408*	*655*
Epatite A	*7*	*18*	*8*	*2*	*35*
Ectoparassiti	*413*	*823*	*705*	*2.248*	*4.189*
Altro	*52**	*16+*	*9++*	*-*	*77*

** Shigella, Giardia, Rotavirus, Campylobacter e Salm. Typhii*

+ Shigella, Campylobacter, Guardia Lamblia

++ Shigella, Gastroenterite di n.d.d.

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

TUBERCOLOSI

Il servizio Interaziendale Pneumologico svolge attività di profilassi, relativamente alla tubercolosi, come documentato nella tabella che segue.

Tabella 4: **Vaccinazioni antitubercolari e prove di cutireazione alla tubercolina - Anno 2005**

Tipologia di prestazione	*Bolzano*	*Egna*	*Merano*	*Silandro*	*Bressanone*	*Brunico*	*Totale*
Vaccinazione	*214*	*-*	*97*	*-*	*19*	*-*	*330*
Cutireazione alla tubercolina	*2.174*	*55*	*440*	*222*	*681*	*507*	*4.079*

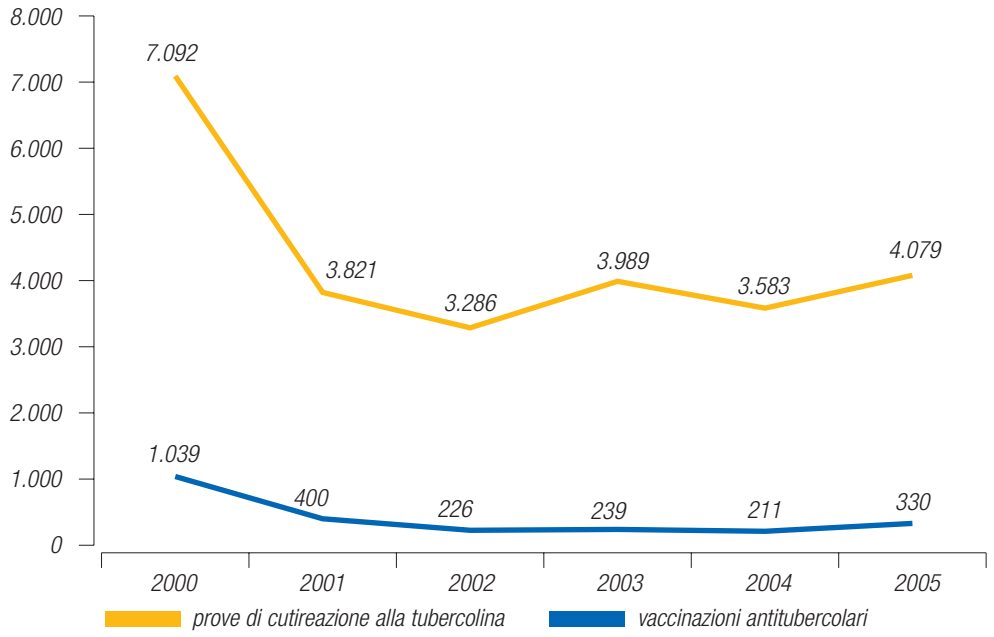
Fonte: servizio Interaziendale Pneumologico

Negli ultimi anni si è osservata una forte diminuzione delle vaccinazioni antitubercolari effettuate, nonché una riduzione nell'esecuzione delle prove di cutireazione alla tubercolina. Tale fenomeno è da porre in relazione essenzialmente al cambiamento nella normativa che disciplina le attività di profilassi della tubercolosi previste a livello nazionale. Dal 30.06.2001, per effetto della legge n. 388/2000 (legge finanziaria 2001), è cessata infatti l'obbligatorietà delle prove di cutireazione alla tubercolina nelle scuole, nonché l'obbligo di vaccinazione in particolare per il personale sanitario e per i militari. La vaccinazione antitubercolare viene ora indicata solo nelle seguenti situazioni:

a) neonati e bambini di età inferiore ai 5 anni con test tubercolinico negativo, conviventi o a stretto contatto con persone affette da tubercolosi in fase contagiosa;
b) neonati e bambini di età inferiore ai 5 anni con test tubercolinico negativo, appartenenti a gruppi ad alto rischio di infezione e per i quali la normale sorveglianza e i programmi di trattamento non sono risultati operativamente efficaci, come ad esempio le persone provenienti dai Paesi ad alta endemia con difficoltà di accesso ai servizi sanitari e in disagiate condizioni di vita;
c) operatori che lavorano in ambienti ad alto rischio di esposizione a ceppi multifarmacoresistenti;
d) operatori esposti che presentino controindicazioni cliniche all'uso della terapia preventiva.

A sei anni di distanza, gli effetti dell'applicazione della legge n. 388/2000, che ha modificato radicalmente gli ambiti di intervento dell'attività di profilassi antitubercolare, possono essere valutati in modo preciso.
Il numero di vaccinazioni eseguite nel 2005 risulta leggermente superiore all'anno precedente (330 unità rispetto alle 211 del 2004) ma comunque molto ridotto rispetto alle vaccinazioni effettuate nel 2000 (-68,2%); inoltre, vengono eseguite annualmente circa 4.000 prove di cutireazione alla tubercolina, accertando una riduzione del 42,5% rispetto a quanto rilevato nel 2000.

Figura 1: **Vaccinazioni antitubercolari e prove di cutireazione alla tubercolina – Anni 2000-2005**



1.2.2. Medicina del viaggiatore

Un'altra importante attività di prevenzione svolta dai servizi di igiene e sanità pubblica è rivolta alle persone che, per la loro attività di lavoro o per turismo, si recano all'estero e che potrebbero contrarre malattie infettive che presentano un'elevata incidenza nei paesi visitati (amebiasi, colera, dengue, encefalite giapponese, febbre gialla, infezioni da Hantavirus, malaria, febbre della Rift Valley, dissenteria bacillare (shigellosi), febbre tifoide).
Una insufficiente informazione sulle norme da osservare prima, durante e dopo il viaggio, ha come conseguenza che un turista su quattro (secondo i dati del Ministero della Salute) torna a casa con problemi di salute: dalla comune diarrea del viaggiatore a patologie con conseguenze ben più gravi.
Oltre alla programmazione ed effettuazione delle vaccinazioni (non sempre possibili per le malattie di questo tipo), l'attività di profilassi in tale ambito prevede essenzialmente l'erogazione di prestazioni di consulenza sanitaria e di informazione mirata.

Tabella 5: **Consulenze sanitarie ed attività di informazione nei confronti di viaggiatori che si recano all'estero - Anni 2000-2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Anno 2000	629	496	210	200	1.535
Anno 2001	437	446	167	180	1.230
Anno 2002	390	425	170	66	1.051
Anno 2003	336	495	218	101	1.150
Anno 2004	362	601	396	400	1.759
Anno 2005	204	687	375	460	1.726

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

1.2.3. Vigilanza igienica sulle attività di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione

L'attività di profilassi delle malattie infettive e parassitarie prevede, inoltre, l'esecuzione di interventi di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione presso spazi pubblici, abitazioni private e scuole.

Tabella 6: **Segnalazioni ed interventi di disinfezione e disinfestazione, per tipologia di struttura - Anno 2005**

Tipologia di attività	Bolzano*	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
N. segnalazioni spazi ed edifici pubblici	203	7	2	9	221
N. interventi spazi ed edifici pubblici	237	7	2	16	262
N. segnalazioni spazi ed edifici privati	101	5	1	7	114
N. interventi spazi ed edifici privati	157	5	-	7	169
N. interventi di vigilanza su attività di disinfestazione eseguita da terzi	-	8	-	-	8

**L'Azienda Sanitaria di Bolzano ha istituito un servizio ad hoc, con personale appositamente dedicato a questa particolare attività di prevenzione*

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

Nel 2005 sono stati eseguiti, nelle quattro aziende sanitarie, 431 interventi di disinfezione e di disinfestazione. Il 60,8% di questi è stato effettuato in strutture pubbliche, e il rimanente 39,2% presso spazi ed edifici privati.

1.3. TUTELA DELLA COLLETTIVITÀ E DEI SINGOLI DAI RISCHI CONNESSI CON GLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

I servizi di igiene e sanità pubblica delle quattro aziende sanitarie, nel corso del 2005, hanno valutato le condizioni igienico sanitarie di 328 strutture provinciali di carattere collettivo.

Per quanto riguarda il controllo delle piscine, sono stati prelevati 751 campioni di acqua per eseguire analisi chimico-fisiche (il 27,3% di tali campioni ha evidenziato irregolarità) e 653 campioni di acqua per effettuare analisi microbiologiche (il 16,1% dei quali è risultato non regolare).

L'inquinamento atmosferico ed acustico è stato attentamente controllato dalla Sezione Interaziendale di Medicina Ambientale (istituita presso il servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Bolzano), dal laboratorio Analisi Aria e Rumore e dal

laboratorio di Chimica Fisica. Sono stati rilevati superamenti delle soglie previste per la protezione della salute per il biossido di azoto (NO_2), per le polveri sottili (PM10) e per l'ozono (O_3).
L'Ispettorato Medico del Lavoro ha effettuato 1.002 sopralluoghi per la valutazione dei rischi lavorativi e 310 interventi d'informazione ed educazione alla salute nei confronti dei lavoratori e dei datori di lavoro.
Presso l'Ispettorato Medico del Lavoro sono pervenute, nel 2005, 229 denunce per malattie professionali. La Sezione Clinica di Medicina del Lavoro ha effettuato 10.592 visite mediche ed accertamenti clinici sui lavoratori.

1.3.1. Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici in relazione alle diverse utilizzazioni con particolare riferimento agli edifici ad uso pubblico

L'attività di controllo, vigilanza e accertamento delle condizioni igienico-sanitarie di diverse strutture a carattere collettivo viene svolta principalmente dai servizi di igiene e sanità pubblica delle quattro aziende sanitarie.

Tabella 7: **Strutture a carattere collettivo controllate dai servizi di igiene e sanità pubblica - Anno 2005**

Tipologia di strutture controllate	Bolzano		Merano		Bressanone		Brunico	
	N. strut. censite	N. strut. control.	N. strut. censite	N. strut. control.	N. strut. censite	N. strut. control.	N. strut. censite	N. strut. control.
Istituti prescolastici e scolastici pubblici e privati (escluse mense scolastiche)	350	77	209	5	143	6	155	20
Campeggi e colonie estive	n.d.	10	21	8	4	3	14	8
Strutture sanitarie pubbliche (ospedali, distretti, poliambulatori, centri di degenza, strutture per pazienti psichiatrici, comunità terapeutiche per il recupero delle tossicodipendenze)	51	4	29	1	7	3	8	4
Strutture sanitarie private (case di cura, ambulatori di fisioterapia, massoterapia, centri di degenza, comunità terapeutiche per il recupero delle dipendenze, ambulatori e studi professionali, laboratori odontotecnici ed ottici)	559	39	285	6	37	28	112	15
Strutture sociali (case di riposo, centri diurni per anziani)	30	8	24	17	8	-	9	5
Campi nomadi	n.d.	1	1	1	1	1	-	-
Istituti di detenzione e pena	1	1	1	-	1	-	-	-
Punti vendita e/o confezionamento prodotti fitosanitari	30	30	26	20	4	4	3	3
TOTALE	**N.D.**	**170**	**596**	**58**	**205**	**45**	**301**	**55**
Manifestazioni occasionali (mercatini, fiere, feste campestri)	269	n.d.	n.d.	15	n.d.	9	n.d.	13
Altro	n.d.	20*	-	-	-	-	-	-
TOTALE COMPLESSIVO	**N.D.**	**N.D.**	**N.D.**	**73**	**N.D.**	**54**	**N.D.**	**68**

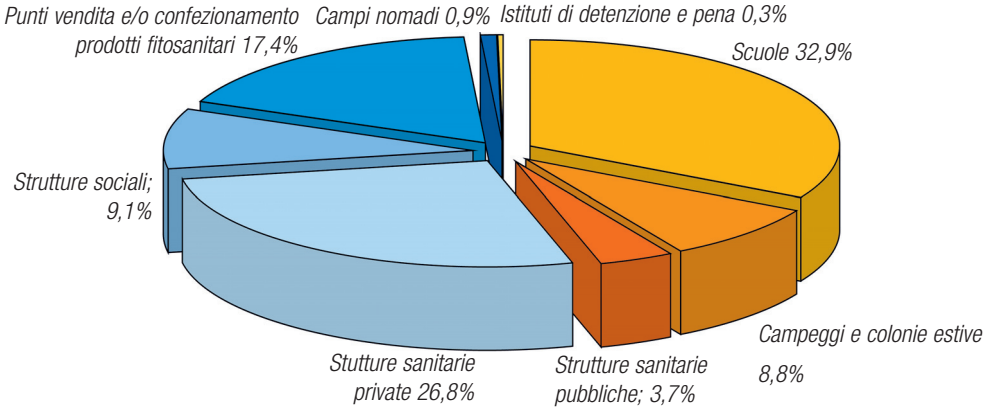
14 erboristerie
5 farmacie
1 laboratorio produzione farmaci

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

STRUTTURE A CARATTERE COLLETTIVO CONTROLLATE

Nel 2005, sono state valutate le condizioni igienico sanitarie di 328 strutture provinciali di carattere collettivo; tra queste, le strutture maggiormente controllate sono state le scuole (32,9%), le strutture sanitarie private (26,8%) e i punti vendita e/o di confezionamento di prodotti fitosanitari (17,4%).

Figura 2: **Strutture a carattere collettivo controllate dai servizi di igiene e sanita' pubblica – Anno 2005**



Le attività svolte in questo ambito si riferiscono, in particolare, ad ispezioni ad alloggi per il rilascio di certificati di condizione abitativa e inabitabilità, all'esame di progetti di edilizia per il rilascio del parere igienico-sanitario, ed alla formulazione di pareri igienico-sanitari ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'apertura di esercizi pubblici.

Tabella 8: **Prestazioni effettuate dagli operatori dei servizi di igiene e sanità pubblica riguardanti l'accertamento, la vigilanza ed il controllo degli edifici in relazione alle diverse utilizzazioni - Anno 2005**

Attività effettuate	*Bolzano*	*Merano*	*Bressanone*	*Brunico*	*Totale*
Ispezioni ad alloggi per rilascio certificati di condizione abitativa e inabitabilità	*21**	*350*	*15*	*-+*	*386*
Esame di progetti di edilizia per rilascio parere igienico-sanitario	*978***	*766*	*842*	*-+*	*2.586*
Certificazione precarietà igieniche alloggi	*23*	*9*	*3*	*-+*	*35*
Formulazione di pareri igienico-sanitari ai fini del rilascio dell'autorizzazione alla apertura di esercizi pubblici ai sensi della l.p. 58/88	*79*	*42*	*30*	*-+*	*151*
Formulazione di pareri igienico-sanitari e/o rapporti di verifica ai fini del rilascio dell'autorizzazione alla apertura e/o all'esercizio di strutture sanitarie o singoli professionisti che operano in ambito sanitario	*11*	*1*	*6*	*4*	*22*
Formulazione di pareri igienico-sanitari (numero atti) per l'apertura e/o esercizio di:					
- esercizi di vendita	*23*	*18*	*9*	*-+*	*50*
- stands per manifestazioni temporanee	*269*	*68*	*66*	*-+*	*403*
Rispondenza igienica di locali di lavorazione di prodotti agricoli	*-*	*4*	*3*	*3*	*10*

** Compresi 10 pareri di inabitabilità e 1 parere ricorso inabitabilità*

*** 621 prestazioni effettuate a Bolzano, 32 a Bronzolo, 226 a Laives e 99 a Sarentino*

+ Prestazioni effettuate dai medici igienisti distrettuali

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

1.3.2. Controllo della qualità delle piscine

CONTROLLO DELLE PISCINE

Nel 2005, sono stati prelevati 751 campioni di acqua di piscina per eseguire analisi chimico-fisiche; il 27,3% di tali campioni ha evidenziato irregolarità. Analisi microbiologiche sono state effettuate su 653 campioni, il 16,1% dei quali è risultato non regolare.

Tabella 9: **Attività di controllo sulle piscine pubbliche o di uso pubblico- Anno 2005**

Azienda Sanitaria	*Numero sopralluoghi*	*Numero campioni prelevati*	*Numero campioni non regolari*
Bolzano			
Analisi chimico-fisiche	*237*	*217*	*66*
Analisi microbiologiche	*237*	*234*	*22*
Merano			
Analisi chimico-fisiche	*97*	*273*	*9*
Analisi microbiologiche	*97*	*145*	*66*
Bressanone			
Analisi chimico-fisiche	*128*	*230*	*123*
Analisi microbiologiche	*128*	*237*	*14*
Brunico			
Analisi chimico-fisiche	*31*	*31*	*7*
Analisi microbiologiche	*31*	*37*	*3*

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

1.3.3. Vigilanza e controllo sui cosmetici

CONTROLLO SUI COSMETICI

La legge n. 713 dell'11 ottobre 1986, integrata dalla legislazione italiana ed europea successiva, contiene le norme per l'attuazione delle direttive della Comunità Europea sulla produzione e la vendita dei cosmetici. In tale contesto, l'ufficio provinciale Igiene e Salute Pubblica riceve dalle ditte produttrici ed importatrici di cosmetici l'elenco e le caratteristiche degli elementi che entrano nella composizione dei vari prodotti. Ai servizi di igiene e sanità pubblica è affidata invece l'attività di controllo dei laboratori di produzione e dei centri di bellezza ed estetica attivi in Provincia di Bolzano e dei centri per il tatuaggio e/o piercing.

Tabella 10: **Attività di vigilanza e controllo sui cosmetici. Strutture censite e strutture controllate dai servizi di igiene e sanità pubblica - Anno 2005**

Servizi di igiene e sanità pubblica	*Laboratori di produzione cosmetici*		*Centri di bellezza ed estetica*		*Centri per il tatuaggio e/o piercing*	
	Strutture censite	*Strutture controllate*	*Strutture censite*	*Strutture controllate*	*Strutture censite*	*Strutture controllate*
Bolzano	*6*	*-*	*484*	*80*	*21*	*8*
Merano	*3*	*2*	*257*	*78*	*8*	*3*
Bressanone	*-*	*-*	*42*	*28*	*2*	*1*
Brunico	*2*	*2*	*160*	*20*	*1*	*1*
TOTALE	***11***	***4***	***943***	***206***	***32***	***13***

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

Un'altra attività che rientra all'interno di questo livello assistenziale riguarda la formulazione di pareri igienico-sanitari, ai sensi della l.p. 11/72, ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'apertura di negozi o laboratori di barbiere, parrucchiere, centri di estetica e centri di wellness.

Tabella 11: **Pareri igienico-sanitari ai fini del rilascio dell'autorizzazione alla apertura di negozi o laboratori di barbiere, parrucchiere, centri di estetica, centri di wellness - Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico+	Totale
Pareri igienico-sanitari	50	12	4	-*	66

* Prestazioni effettuate dai medici igienisti distrettuali

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

1.3.4. Controlli e vigilanza in materia di polizia mortuaria e medicina necroscopica

ATTIVITÀ DI POLIZIA MORTUARIA

L'attività di controllo e vigilanza in materia di polizia mortuaria e medicina necroscopica, svolta dagli operatori dei servizi di igiene e sanità pubblica, prevede l'effettuazione di ispezioni ai cimiteri, l'assistenza alle esumazioni straordinarie, visite necroscopiche e il rilascio di certificati di idoneità del feretro al trasporto.

Tabella 12: **Attività di polizia mortuaria - Anno 2005**

Tipologia di prestazioni	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico+	Totale
Ispezioni a cimiteri	-	-	6	-	6
Certificazioni idoneità feretro (nulla osta al trasporto)	88*	355	172	-	615
Assistenza alle esumazioni straordinarie	5	14	2	-	21
Visite necroscopiche	438**	119	85	-	642
Autorizzazione veicoli per il trasporto salme	17	9	5	-	31

* Dal 28 febbraio 2005 è di competenza dell'ufficio Pompe Funebri del Comune di Bolzano

** Il dato si riferisce a Bolzano, Laives, Appiano

\+ Prestazioni effettuate dai medici igienisti distrettuali

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

1.3.5. Controllo dell'inquinamento atmosferico e acustico

AGENZIA PROVINCIALE PER L'AMBIENTE

Nella Provincia Autonoma di Bolzano i controlli sull'inquinamento ambientale sono affidati all'Agenzia Provinciale per l'Ambiente. L'Agenzia offre supporto tecnico e strumentale ai servizi sanitari, in particolare ai servizi di igiene e sanità pubblica e ad ogni altra struttura organizzativa pubblica che si occupa di controllo ambientale per la tutela della salute della collettività.

SEZIONE DI MEDICINA AMBIENTALE

Nel 2003, considerata l'importanza di individuare, rilevare, monitorare ed interpretare dal punto di vista medico i rischi ambientali per la salute umana ed avviare le opportune misure di prevenzione e di cura per la popolazione, è stata istituita, presso il servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Bolzano, una Sezione Interaziendale di Medicina Ambientale. La Sezione Interaziendale di Medicina Ambientale opera in stretto collegamento con l'Assessorato alla Sanità, con il servizio Interaziendale di Medicina del lavoro e con l'Agenzia Provinciale per l'Ambiente. Nel corso del 2005 ha svolto le seguenti attività:

- valutazione, su richiesta dell'Assessorato, degli aspetti sanitari e legislativi di deliberazioni provinciali su tematiche ambientali (per esempio: piano della qualità dell'aria, provvedimenti di restrizione temporanea del traffico, etc.);
- attività del Responsabile quale referente Provinciale per l'intossicazione acuta da pesticidi; indagini mirate sui casi di intossicazione con relazione per l'ufficio di Igiene e Sanità Pubblica;
- attività del Responsabile come membro del Comitato provinciale di valutazione impatto ambientale (VIA) per grandi progetti quali: tunnel base del Brennero BBT, nuovi tracciati stradali, centrali idroelettriche, cave, etc.;

- collaborazione con l'Agenzia Provinciale per l'Ambiente e interscambio sulle principale tematiche ambientali;
- verifica (su segnalazione) dei livelli di presenza di muffe nell'aria, nelle scuole o altri uffici pubblici;
- stesura piani di intervento in caso di superamento dei limiti fissati per il PM10 durante i mesi invernali e per l'ozono durante quelli estivi;
- studio retrospettivo epidemiologico nei periodi temporali 2000 - 2002, e 2003 – 2004 su effetti a breve termine dell'inquinamento atmosferico sulla salute; analisi dati sanitari ed ambientali nei sei maggiori centri abitati della provincia; messa a confronto tra la concentrazione giornaliera media di diversi inquinanti e l'insorgere di malattie cardiovascolari, respiratorie e cardiache (in collaborazione con: APPA, Università di Udine);
- mappatura di georeferentazione degli effetti sulla salute umana (decessi e ricoveri) dell'inquinamento atmosferico nella Città di Bolzano, in collaborazione con il Comune;
- analisi sierologiche riguardanti malattie trasmesse da zecche (Borrelia e FSME – anticorpi) in circa 120 persone residenti nella zona dell'oltradige (in collaborazione con il laboratorio biologico dell'Agenzia Provinciale per l'Ambiente);
- attività di consulenza, sopralluoghi, proposte di intervento inerenti tematiche ambientali su richiesta dell'Assessorato alla Sanità; i sopralluoghi sono stati effettuati su tutto il territorio provinciale, in particolare, in edifici scolastici, discariche, fabbriche o aziende, impianti di compostaggio, strutture dismesse da risanare per presenza di fibre di amianto, idrocarburi, etc.;
- presentazione di studi, relazioni e ricerche riguardanti tematiche ambientali e sanitarie in occasione di convegni, corsi, conferenze e incontri con la popolazione (per esempio: Focus Polveri sottili, organizzazione dello stand presso la fiera Salus, congresso nazionale ANMDO, relazioni al corso di base per Medicina Ambientale, etc.).

I dati relativi all'attività di controllo dell'inquinamento atmosferico ed acustico in Provincia di Bolzano provengono da più fonti: il laboratorio Analisi Aria e Rumore, il laboratorio di Chimica Fisica ed il laboratorio Biologico dell'Agenzia Provinciale per l'Ambiente.

LABORATORIO ANALISI ARIA E RUMORE

Al laboratorio Analisi Aria e Rumore compete il monitoraggio delle concentrazioni di benzene e di altri inquinanti in diversi punti delle città di Bolzano (44 siti di rilevazione), Merano (24 siti), Bressanone (13 siti) e Brunico (10 siti).

Nel 2005, si rileva una riduzione sensibile, rispetto ai dati dell'anno 2004, della concentrazione media annua del benzene in tutti i punti critici, e non si registra alcun superamento del valore limite per la protezione della salute umana (10 µg/m^3/anno). Ciò si deve, in primo luogo, all'aumento dei veicoli dotati di sistemi di abbattimento delle emissioni mediante catalizzatori.

Prendendo in esame i risultati dei rilevamenti effettuati nel 2005 per gli altri inquinanti misurati nella città di Bolzano, si osserva quanto segue:

- Benzo(A)pirene: il valore medio annuo rilevato per questo inquinante è risultato pari a 1,7 ng/m^3, che è superiore al limite previsto dalla normativa nazionale (1 ng/m^3) ed alla media annua registrata nel 2004 (0,8 ng/m^3);
- Polveri inalabili (PM10): questo inquinante è ancora presente in concentrazioni rilevanti, dovute alle emissioni di impianti termici, alle emissioni industriali e da motori;
- Piombo: la concentrazione di questo inquinante nell'aria di Bolzano risulta in costante discesa; il valore medio annuo per il 2005 è di 0,03 µg/m^3 (limite 0,5 µg/m^3).

LABORATORIO DI CHIMICA FISICA

Il laboratorio di Chimica Fisica si occupa della rilevazione della qualità dell'aria, rilevando in continuo i seguenti inquinanti chimici presso le stazioni fisse di monitoraggio: biossido di zolfo (SO_2), biossido di azoto (NO_2) e ossidi di azoto (NO_x), monossido di carbonio (CO), ozono (O_3), polveri sottili (PM10) e benzene. Il laboratorio gestisce tredici stazioni di misura dell'inquinamento dell'aria: tre a Bolzano, una a Laives (attivata dal 30.09.2005), una a Salorno, due a Merano (la seconda attivata dal 01/12/2005), una a Bressanone, una a Vipiteno, una a Brunico, una a Laces, una sul Corno del Renon, una sull'autostrada del Brennero tra Bressanone e Chiusa.

A livello provinciale, la situazione dell'inquinamento atmosferico rilevata nel corso del 2005, con riferimento ai singoli inquinanti, può essere sintetizzata come segue:

- Biossido di zolfo (SO_2): i valori rilevati per questo inquinante sono notevolmente inferiori ai limiti vigenti (prosegue la situazione di contenimento);
- Monossido di carbonio (CO): non sono stati registrati superamenti dei limiti vigenti. La riduzione della concentrazione nell'aria di questo inquinante, osservata anche a livello internazionale, è da attribuire all'aumento del numero di auto catalizzate;
- Biossido di azoto (NO_2): la concentrazione media annua di questo inquinante ha registrato dei superamenti del valore limite per la protezione della salute (40 µg/m^3) nelle stazioni di Bolzano (Piazza Adriano, via Claudia Augusta), di Merano (Grünau) e nell'Autostrada del Brennero;
- Ozono (O_3): la concentrazione media oraria di questo inquinante ha registrato alcuni superamenti della soglia di attenzione di 180 µg/m^3 (valore massimo misurato) nelle stazioni di Bolzano (via Amba Alagi), Merano (via Trogmann), Bressanone, Renon, Laces, Salorno. Nell'anno 2005, inoltre, sono stati rilevati nelle stazioni di Bolzano (via Amba Alagi), Renon e Salorno, alcuni superamenti del valore limite per la protezione della salute (120 µg/m^3) ed anche del valore bersaglio per la protezione della vegetazione (18.000 µg/m^3/h);
- Polveri sottili (PM10): nel corso degli ultimi anni è stato affrontato il problema delle polveri sottili; il valore limite per la protezione della salute (20 µg/m^3), da raggiungere entro il 2010, è stato superato in tutte le stazioni provinciali che misurano questo inquinante;
- Benzene: nel 2005, non è stato rilevato per questo inquinante nessun superamento del limite di protezione della salute (5 µg/m^3).

1.3.6. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di lavoro

Il servizio di Medicina del Lavoro, istituito presso l'Azienda Sanitaria di Bolzano come servizio interaziendale, è preposto alla tutela della salute dei lavoratori e svolge attività di vigilanza ed interventi sanitari a favore degli stessi.

Il servizio di Medicina del Lavoro è strutturato in due sezioni: Ispettorato Medico del Lavoro e Sezione Clinica di Medicina del Lavoro.

ISPETTORATO DEL LAVORO

L'Ispettorato Medico del Lavoro svolge accertamenti sui rischi lavorativi, effettua interventi di informazione e di educazione alla salute nei confronti dei lavoratori e dei datori di lavoro, vigila sugli adempimenti in materia sanitaria a favore della salute dei lavoratori.

Tabella 13: **Attività effettuata dall'Ispettorato del Lavoro – Anni 2004-2005**

Tipologia di prestazioni	2004	2005
Sopralluogo in azienda e attività di informazione	185	251
Assistenza o collaborazione con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi e della predisposizione delle misure di tutela e del pronto soccorso	162	310
Informazioni ai datori di lavoro o ai lavoratori, compresi i corsi di formazione e aggiornamento	15	
Riunioni periodiche di prevenzione – partecipazione a commissioni o gruppi di lavoro	26	165
Interventi di vigilanza sull'esecuzione degli ASPP – richieste dati	574	751
Proposte e/o verifiche di programmi relativi alle visite mediche	6	24
Inchieste (per la Procura) su malattie professionali e su contravvenzione alla normativa vigente	31	33
Ricorsi per giudizi di idoneità	5	1
Giudizi di idoneità per fochini	9	22
Giudizi di idoneità per minori	242	237
Disposizioni in materia di medicina del lavoro	51	62
Sanzioni amministrative	1	1
Comunicazioni di prescrizioni	30	28
Autorizzazioni piani di lavoro per la rimozione di amianto	116	144
Altre comunicazioni alle ditte per proroghe, esenzioni, adempimenti, inadempimenti	161	138
Altre indagini	28	44
Comunicazioni/segnalazioni ad altri uffici	n.d.	32
Convocazioni	n.d.	52
Partecipazioni a conferenze/aggiornamenti/congressi etc.	n.d.	15
Misurazioni ambientali: rumore, microclima completo, luminosità (per postazione)	n.d.	1

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano – servizio Interaziendale di Medicina del Lavoro

Il numero di denunce pervenute all'Ispettorato del Lavoro è aumentato rispetto all'anno precedente, passando da 187 malattie professionali denunciate nel 2004, alle 229 notificate nel 2005 (+ 22,5%).
Si osserva, inoltre, che il 44,5% delle denunce pervenute nel 2005 si riferiscono a problemi o a disturbi legati ad ipoacusia da rumore.

Tabella 14: **Tipologia di denunce pervenute all'Ispettorato del Lavoro – Anni 2003-2005**

Denunce pervenute	Numero di denunce pervenute		
	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005
Per ipoacusia da rumore	198	130	102
Per allergia al lattice e dermatite allergica da contatto	12	11*	19*
Per eczemi e sensibilità cutanee	8	9	2
Ernia discale	9	12	28
Lombosciatalgie	-	2	1
Per sindrome del tunnel carpale	9	6	21
Epicondiliti	-	4	13
Tendiniti	-	3	1
Mesotelioma pleurico	1	4	1
Asbestosi	-	1	1
Sospetta TBC	-	2	5
Discopatia	-	-	7
Altro	-	3	28
Totale	**237**	**187**	**229**

** Compresa asma-oculorinite*

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano – servizio Interaziendale di Medicina del Lavoro

SEZIONE CLINICA DI MEDICINA DEL LAVORO

La Sezione Clinica di Medicina del Lavoro effettua in prevalenza visite mediche ed accertamenti clinici sui lavoratori e tutte le attività attribuite al medico competente di cui all'art. 17 d.legisl. 626/94.
Le visite vengono eseguite da medici dipendenti delle aziende sanitarie o da medici convenzionati operanti in ambulatori specialistici privati. La parte organizzativa ed infermieristica viene svolta invece dal servizio di Medicina del Lavoro, che si occupa anche dell'esecuzione di alcuni esami (ECG-EEG) refertati successivamente dai medici specialisti.

Tabella 15: **Attività effettuata dalla Sezione Clinica di Medicina del Lavoro – Anni 2004-2005**

Tipologia di prestazioni	*N. interv. 2004*	*N. interv. 2005*
Visite mediche ai lavoratori per idoneità al lavoro ai sensi delle leggi 303/56, 277/91, 626/94	*10.728*	*10.592*
Test di funzione visiva	*1.000*	*1.518*
Test di funzione uditiva	*3.290*	*2.962*
Spirometrie curva flusso volume (spirometrie semplici)	*3.911*	*3.479*
Spirometrie globali	*21*	*4*
Spirometrie con diffusione	*16*	*4*
ECG	*22*	*17*
Prelievi ematici venosi	*294*	*210*
Sopralluogo in azienda e attività di informazione e consulenza	*1.294*	*1.068*
Protocollo accertamenti sanitari preventivi e periodici (ASPP), relazioni-consulenze	*1.308*	*874*
Informazioni ai datori di lavoro o ai lavoratori, compresi i corsi di formazione e aggiornamento	*22*	*83*
Riunioni periodiche di prevenzione	*52*	*83*
Assistenza o collaborazione con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi e della predisposizione delle misure di tutela e del pronto soccorso	*34*	*55*
Relazione medica conclusiva e prescrizioni, fino a 5 persone	*2.032*	*2.313*
Relazione medica conclusiva e prescrizioni più di 5 persone	*1.248*	*908*

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano – servizio Interaziendale di Medicina del Lavoro

LABORATORIO ANALISI ARIA E RUMORE
LABORATORIO ANALISI ACQUA

Il servizio di Medicina del Lavoro si avvale del laboratorio Analisi Acqua e del laboratorio Analisi Aria e Rumore per l'effettuazione di alcune attività che riguardano la valutazione dei rischi connessi con gli ambienti di lavoro.
Il laboratorio Analisi Acqua esegue prevalentemente analisi tossicologiche su campioni di sangue ed urina prelevati da lavoratori, mentre il laboratorio Analisi Aria e Rumore si occupa della salubrità degli ambienti di lavoro, effettuando specifici controlli sull'inquinamento da rumore e vibrazioni, ed i collaudi degli impianti produttivi.

1.4. SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA

In conformità ai piani di risanamento obbligatori previsti per l'anno 2005, il servizio Veterinario Provinciale ha controllato complessivamente 181.919 capi di bestiame. Oltre alle prove seriologiche sugli animali, sono state controllate anche le singole aziende conducendo specifici test sul latte di cisterna. Negli allevamenti presenti nel territorio della Provincia sono stati rilevati 130 casi di BVD/MD.

COMPITI DEL SERVIZIO VETERINARIO PROVINCIALE

Il servizio Veterinario Provinciale è l'organo tecnico di controllo, di verifica, di coordinamento e di programmazione delle attività dei servizi veterinari operanti in Provincia di Bolzano. Esso è preposto alla elaborazione di norme giuridiche provinciali ed alla verifica della corretta applicazione delle norme comunitarie, nazionali e provinciali, inerenti il settore veterinario, da parte dei veterinari ufficiali, degli ispettori d'igiene e degli altri organi di controllo operanti in Provincia di Bolzano.

COMPITI DEL SERVIZIO VETERINARIO INTERAZIENDALE

Il servizio Veterinario Interaziendale invece ha il compito della corretta applicazione delle norme a livello provinciale ed è articolato in due settori: sanità animale ed igiene della produzione, conservazione e commercializzazione degli alimenti di origine animale.
Secondo quanto previsto dalla l.p. 12.01.83, n. 3 e successive modificazioni, il primo settore assicura la vigilanza ed i controlli sugli animali, sui luoghi e fabbricati di ricovero e di concentrazione degli animali, sulle modalità e i mezzi di trasporto e transito degli animali, nonché sulla produzione, lavorazione e distribuzione dei prodotti destinati agli animali; vigila, inoltre, sull'igiene della riproduzione animale, sull'impiego di farmaci per uso veterinario e sulla protezione degli animali.
Il secondo settore, invece, assicura la tutela igienica e sanitaria degli alimenti di origine animale. Ad esso competono le attività di ispezione e di vigilanza dei prodotti di origine animale e sui loro derivati, nelle fasi di produzione, trasformazione, conservazione, deposito, commercializzazione, distribuzione all'ingrosso ed al dettaglio, nonché somministrazione degli alimenti di origine animale; è preposto, inoltre, alla vigilanza sulla attività e sugli impianti di macellazione, sugli impianti di raccolta e smaltimento degli avanzi e dei rifiuti di origine animale e sulle sardigne.
Per assicurare l'attività veterinaria su tutto il territorio della provincia, il servizio Veterinario Interaziendale, che ha sede a Bolzano, si avvale di unità operative di riferimento presso le aziende sanitarie di Merano, Bressanone e Brunico.

CONSISTENZA DEL PATRIMONIO ZOOTECNICO

Nel 2005 la consistenza del patrimonio zootecnico (numero di bovini, ovini, caprini, equini e suini) è risultata pari a 227.726 capi, registrando un incremento del +0,8% rispetto all'anno precedente (225.838 capi nel 2004). Nel complesso, resta molto alta la presenza del bestiame bovino, pari al 64,0% del totale.

Tabella 16: **Patrimonio zootecnico per specie animale - Anno 2005**

Specie animali	*Bolzano*	*Merano*	*Bressanone*	*Brunico*	*Totale*
Bovini	*32.145*	*36.741*	*32.821*	*44.019*	*145.726*
Ovini/Caprini	*9.246*	*37.066*	*7.590*	*7.098*	*61.000*
Equini	*n.d.*	*n.d.*	*n.d.*	*n.d.*	*7.000**
Suini	*n.d.*	*n.d.*	*n.d.*	*n.d.*	*14.000**
TOTALE	***n.d.***	***n.d.***	***n.d.***	***n.d.***	***227.726***

**I dati sono stati forniti solo per il totale della provincia*

Fonte: servizio Veterinario Provinciale

Si rileva una distribuzione piuttosto uniforme del bestiame bovino tra le quattro aziende sanitarie. Per gli ovini ed i caprini, invece, si osserva una notevole concentrazione di questa specie animale nel territorio della Azienda Sanitaria di Merano, con la presenza del 60,8% del totale dei capi censiti in provincia.

Figura 3: **Distribuzione dei capi di bestiame per specie animale - Anno 2005**

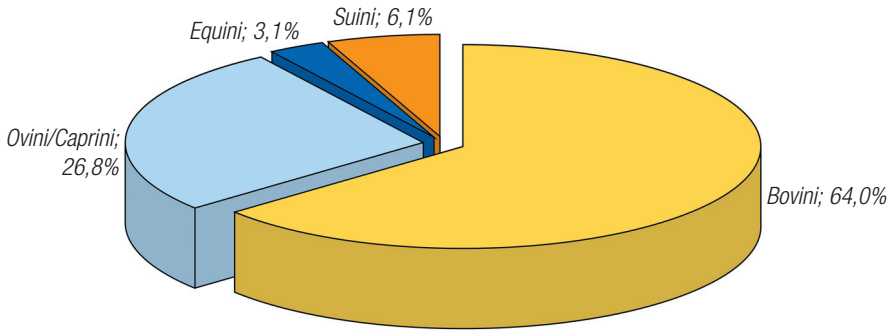


Tabella 17: **Distribuzione percentuale dei capi bovini e ovini/caprini per azienda sanitaria - Anno 2005**

Specie animali	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Bovini	22,1%	25,2%	22,5%	30,2%	100%
Ovini/Caprini	15,2%	60,8%	12,4%	11,6%	100%

Fonte: servizio Veterinario Provinciale; servizio Veterinario Interaziendale

Tabella 18: **Allevamenti presenti nel territorio della Provincia di Bolzano per specie animale – Anni 2003-2005**

Specie animali	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005
Bovini	9.044	9.074	8.942
Ovini/Caprini	3.804	4.642	3.909
Equini	1.800	1.800	1.800
Suini	3.610	4.241	4.209
Pollame/conigli	49	48	108
Troticolture	5	5	5
TOTALE	**18.312**	**19.810**	**18.973**

Fonte: servizio Veterinario Provinciale

Nel 2005 sono state effettuate attività di profilassi delle patologie animali e piani di risanamento che hanno riguardato la TBC bovina, brucellosi bovina ed ovi-caprina, brucella ovis, rinotracheite bovina infettiva (IBR), malattia vescicolare suina, peste suina, morbo di Aujeszky, leucosi bovina enzootica, BVD/MD (anticorpi e virus), Blue Tongue, Scrapie, CAEV (virus artrite-encefalite dei caprini). In conformità ai piani di risanamento obbligatori previsti per l'anno 2005, sono stati controllati complessivamente 181.919 capi di bestiame.

Oltre alle prove seriologiche sugli animali, sono state controllate anche le singole aziende conducendo specifici test sul latte di cisterna. Con tale finalità sono state effettuate 5.707 analisi riguardanti la brucellosi bovina, la IBR e la leucosi bovina enzootica.

Nel 2005 è continuato il programma di profilassi volontaria contro la CAEV (arterite-encefalite dei caprini) e il programma di profilassi volontaria contro la pseudotubercolosi.

La Provincia di Bolzano partecipa, inoltre, ad un programma nazionale di sorveglianza della Blue Tongue, nell'ambito del quale sono stati prelevati 8.035 campioni di sangue bovino.

Tabella 19: **Controlli e vaccinazioni effettuati in relazione ai piani di risanamento obbligatori nella Provincia Autonoma di Bolzano – Anni 2003-2005**

Tipologia di controlli	Numero di capi controllati		
	2003	2004	2005
TBC bovina	5.342	126.495	147
Brucellosi bovina	15.171	23.709	21.491
Brucellosi ovi-caprina	22.089	32.102	16.323
Brucella ovis*	1.639	2.434	2.287
Rinotracheite bovina infettiva (IBR)	59.366	23.635	23.765
Malattia vescicolare suina	522	702	607
Peste suina	532	732	690
Morbo di Aujeszky	533	608	590
Leucosi Bovina Enzootica	15.159	23.635	20.651
BVD/MD Anticorpi siero	169	5.408	8.121
BVD/MD – Virus siero	20.617	35.944	13.985
BVD/MD – Virus epitelio	-	-	56.605
Blue Tongue	7.875	8.454	8.035
Scrapie – genotipizzazione	4	857	1.710
CAEV	874	19.209	6.912
Totale controlli	**149.892**	**303.924**	**181.919**

* Brucella ovis-ovini maschi

Tipologia di vaccinazioni	Numero di capi vaccinati		
	2003	2004	2005
Carbonchio sintomatico	7.160	7.320	7.285
Carbonchio ematico			138
TOTALE VACCINAZIONI	**7.160**	**7.320**	**7.423**

Fonte: servizio Veterinario Provinciale

PATOLOGIE ANIMALI RISCONTRATE

Nel 2005, come ormai da diversi anni, non si sono riscontrati casi di TBC bovina. Nel corso dell'anno, inoltre, non sono stati accertati nemmeno casi di brucellosi bovina e di brucellosi ovi-caprina.

Negli allevamenti presenti nel territorio della provincia sono stati rilevati 130 nuovi casi di BVD/MD.

Tabella 20: **Prestazioni effettuate dal servizio Veterinario Interaziendale – Area Sanità Animale - Anni 2004-2005**

Prestazioni effettuate dal servizio Veterinario	Anno 2004	Anno 2005
Randagi catturati	443	415
Cani sterilizzati	236	223
Gatti sterilizzati	1.034	1.661
Controllo dei riproduttori - stalloni e tori	170	166
Controllo trattamenti farmacologici sugli animali (controllo registri)	783	700
Controllo mangimi	333	326
Controllo radioattività sui mangimi	6	6
Controllo acqua utilizzata negli allevamenti e/o per uso produzione di alimenti di origine animale	113	138
Prelievo sangue per aste bovine e ovine	6.278	1.648
Passaporti per cani, gatti, furetti che viaggiano all'interno dell'EU (dall'1.7.04)	1.177	1.701
Passaporti per equidi (dall'1.10.05)	-	269
Certificati sanitari per l'esportazione di cani e gatti al seguito di viaggiatori	104	-
Autorizzazioni per mezzi di trasporto di animali vivi	573	460
Autorizzazioni sanitarie per l'apertura di ambulatori veterinari	1	2
Autorizzazioni sanitarie per l'apertura di negozi di animali	-	2
Consegna microchip	597	1.229
Totale	**11.848**	**8.946**

Fonte: servizio Veterinario Interaziendale

Sempre nell'ambito della sanità animale, il servizio Veterinario Interaziendale esegue i prelievi di sangue per le aste bovine e ovine (1.648 campioni prelevati), si occupa della tutela sanitaria della riproduzione animale (166 stalloni e tori controllati), rilascia i certificati sanitari per gli animali destinati alla vendita e al macello (56.541 capi certificati), effettua i controlli sui trattamenti farmacologici sugli animali (700 registri di trattamento con farmaci veterinari controllati).
Nell'ambito delle attività previste di controllo dell'alimentazione animale, sono stati esaminati 326 campioni di mangimi (di cui 4 sono risultati non regolari) e 138 campioni di acqua utilizzata negli allevamenti (di cui 15 non regolari); è stata anche analizzata la presenza di radioattività su 6 campioni di mangimi.
Il servizio si occupa, inoltre, della lotta al randagismo (415 randagi catturati nel 2005) e della procedura per il riconoscimento dei cani, attraverso l'inserimento di appositi microchip di identificazione. Tale procedura, avviata in tutti i comuni della provincia, ha reso più agevole la restituzione degli animali ai proprietari ed ha permesso, quindi, di ridurre il tempo della loro permanenza in canile.

1.5. SICUREZZA ALIMENTARE, SORVEGLIANZA E PREVENZIONE NUTRIZIONALE

Il servizio Veterinario Interaziendale ha esaminato 1.159 unità di produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale. La percentuale di unità irregolari sul totale unità controllate risulta pari al 2,6% ed è in linea con l'anno precedente.
Tutti i bovini macellati ad un'età maggiore di 24 mesi sono stati sottoposti ad un test rapido per la ricerca della BSE (10.542 bovini controllati).
L'attività di controllo specifica degli alimenti di origine non animale, effettuata dai servizi di igiene e sanità pubblica, ha coinvolto 1.494 unità produttive; a livello provinciale, la percentuale di unità riscontrate con infrazioni sul totale delle unità controllate si conferma molto alta (pari al 30,3%).
Nell'ambito della tutela igienico-sanitaria degli alimenti, il laboratorio dell'Istituto Zooprofilattico e i laboratori dell'Agenzia Provinciale per l'Ambiente (laboratorio Analisi Alimenti e laboratorio Biologico) hanno analizzato 1.839 campioni di alimenti, riscontrando 87 campioni non regolari.
Con riferimento all'attività di controllo delle acque ad uso potabile effettuata sulle reti pubbliche, sono stati prelevati dai servizi di igiene e sanità pubblica 1.950 campioni per analisi chimico-fisiche e 3.020 campioni per analisi microbiologiche. La percentuale di campioni non regolari all'utenza si attesta su valori molto bassi (pari al 3,6% per le analisi chimico-fisiche ed al 7,4% per le analisi microbiologiche), confermando quanto rilevato negli anni precedenti.

1.5.1. Tutela igienico sanitaria degli alimenti e bevande

CONTROLLO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE SERVIZIO VETERINARIO INTERAZIENDALE

I controlli degli alimenti si distinguono in controlli igienico-sanitari nelle strutture di produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e delle bevande e in controlli analitici (microbiologici e chimici) dei singoli alimenti per la verifica della regolarità della composizione, del contenuto o della loro natura merceologica.
L'attività di controllo specifica degli alimenti di origine animale viene svolta dai veterinari operanti presso il servizio Veterinario Interaziendale.

Tabella 21: **Risultati dei controlli sulle strutture di produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale, e provvedimenti adottati - Anno 2005**

Tipologia di attività	*Unità controllate*	*Unità con infrazioni*	*Numero ispezioni*	*Provvedimenti amministrativi e/o notizie di reato*
Produzione primaria	*166*	*1*	*135*	*7*
Produzione e confezione	*201*	*6*	*480*	*8*
Distribuzione ingrosso	*48*	*1*	*272*	*4*
Distribuzione dettaglio	*257*	*9*	*462*	*11*
Trasporti (autorizzazione sanitaria)	*199*	*-*	*-*	*-*
Ristorazione pubblica	*44*	*3*	*45*	*7*
Ristorazione collettiva	*7*	*-*	*10*	*14*
Produzione e confezione per vendita al dettaglio	*237*	*10*	*350*	*25*
TOTALE	***1.159***	***30***	***1.754***	***76***

Fonte: servizio Veterinario Interaziendale

Nel 2005, il servizio Veterinario Interaziendale ha sottoposto a controllo complessivamente 1.159 unità, di cui 30 hanno evidenziato infrazioni. Inoltre, ha effettuato mediamente 1,5 ispezioni per unità controllata.
La percentuale di unità irregolari sul totale unità controllate risulta pari a 2,6% ed è in linea con il valore registrato nell'anno precedente.
Il servizio si occupa anche di predisporre le autorizzazioni sanitarie per i mezzi di trasporto alimenti e per l'apertura di laboratori e centri di deposito carni. Inoltre, è competente per il rilascio di certificati sanitari per il trasporto di carcasse di animali e materiale a rischio specifico, per le macellazioni a domicilio e per le macellazioni ad uso privato negli impianti di macellazione.
Gli animali sottoposti a macellazione, infatti, vengono visitati prima e dopo la stessa, per verificare l'eventuale presenza di patologie trasmissibili all'uomo o agli animali. Nel caso di macellazioni speciali d'urgenza vengono regolarmente eseguiti esami batteriologici sulle carni e sugli organi, ed analisi per la ricerca di sostanze inibenti.

Tabella 22: **Prestazioni effettuate dal servizio Veterinario Interaziendale – Area igiene degli alimenti di origine animale - Anni 2004-2005**

Prestazioni effettuate dal servizio Veterinario	*Anno 2004*	*Anno 2005*
Analisi batteriologiche sulle carni	*130*	*320*
Trichinoscopie	*9.473*	*9.117*
Test BSE	*13.699*	*10.542*
Test per la ricerca scrapie	*216*	*414*
Certificati sanitari per trasporto carcasse di animali e materiale a rischio spec.	*8.012*	*7.031*
Autorizzazioni sanitarie per mezzi di trasporto di alimenti	*191*	*199*
Autorizzazioni sanitarie per l'apertura di laboratori, depositi carni, etc.	*34*	*37*
Ispezioni in malghe che producono formaggio	*63*	*44*

Fonte: servizio Veterinario Interaziendale

MISURE ADOTTATE NEI CONFRONTI DEGLI ANIMALI SOTTOPOSTI A MACELLAZIONE

Nel corso dell'anno sono stati macellati in tutta la provincia 49.015 animali (bovini/equini/suini/ovini), con un calo del 3,7% rispetto al 2004. Tutti i bovini macellati ad una età maggiore di 24 mesi sono stati sottoposti ad un test rapido per la ricerca della BSE. Nel 2005, sono stati controllati 10.542 bovini, tutti con esito negativo. Sono stati esaminati, anche 414 ovini e caprini, macellati ad una età maggiore di 18 mesi, per la ricerca della scrapie, con esito sempre negativo. Nei suini ed equini macellati sono state eseguite 9.117 trichinoscopie: tutte le carni esaminate sono risultate regolari. Sono state condotte, inoltre, analisi batteriologiche delle carni su 320 campioni, di cui 21 sono risultati non regolari (6,6%).

Complessivamente sono state controllate 2.398 tonnellate di carni sezionate e depositate negli stabilimenti riconosciuti.

Nell'ambito delle macellazioni ad uso privato, vanno distinte quelle effettuate in locali di macellazione autorizzati e quelle eseguite direttamente negli allevamenti. La quota di macellazioni a scopo privato eseguite in locali autorizzati è aumentata negli ultimi cinque anni, passando dal 57,8% del 2001 al 84,4% del 2005. Questa tendenza viene sostenuta da parte del servizio Veterinario Interaziendale, grazie ad un costante lavoro di educazione alla salute e di sensibilizzazione della popolazione contadina per l'uso di strutture di macellazione aperte al pubblico, che garantiscono condizioni igienico-sanitarie migliori rispetto alla macellazione a domicilio.

PIANO DI CONTROLLO DELLE MALGHE

Nel corso del 2005 è stato completato il programma di controllo delle malghe che producono burro e formaggi per la vendita al consumatore o a rivenditori, e delle malghe che producono, vendono e somministrano latticini esclusivamente al consumatore finale. I controlli si sono concentrati sulle condizioni igienico-sanitarie delle strutture, dell'attrezzatura e all'igiene del personale.

Il sevizio Veterinario Interaziendale partecipa, inoltre, al programma di attività promosso e coordinato dal Ministero della Salute, denominato "Piano Nazionale Residui". Esso consiste in un programma annuale di sorveglianza e monitoraggio sugli alimenti e prodotti di origine animale ai fini di rilevare la presenza di residui di sostanze dannose per la salute umana. Tutti i campioni prelevati nel 2005 nell'ambito del Piano Nazionale Residui sono risultati regolari.

CONTROLLO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE NON ANIMALE SERVIZI DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

L'attività di controllo degli alimenti di origine non animale viene effettuata, invece, dagli ispettori d'igiene operanti presso i quattro servizi di igiene e sanitá pubblica delle aziende sanitarie.

Tabella 23: **Risultati dei controlli sulle strutture di trasformazione, distribuzione all'ingrosso ed al dettaglio, ristorazione e trasporto degli alimenti di origine non animale, effettuati dal servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Bolzano - Anno 2005**

Tipologia di attività	Unità controllate	Unità con infrazioni	Numero ispezioni	Provvedimenti amministrativi e/o notizie di reato
Produzione e confezione	13	5	20	8
Distribuzione ingrosso	22	1	36	1
Distribuzione dettaglio	46	7	67	10
Trasporti (vigilanza)	-	-	-	-
Trasporti (autorizzazione sanitaria)	-	-	-	-
Ristorazione pubblica	146	109	163	188
Ristorazione collettiva	15	4	16	4
Produzione e confezione per vendita al dettaglio	25	15	32	36
TOTALE	**267**	**141**	**334**	**247**

Fonte: servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Bolzano

Tabella 24: **Risultati dei controlli sulle strutture di trasformazione, distribuzione all'ingrosso ed al dettaglio, ristorazione e trasporto degli alimenti di origine non animale, effettuati dal servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Merano - Anno 2005**

Tipologia di attività	Unità controllate	Unità con infrazioni	Numero ispezioni	Provvedimenti amministrativi e/o notizie di reato
Produzione e confezione	48	2	124	10
Distribuzione ingrosso	15	-	27	4
Distribuzione dettaglio	95	1	193	41
Trasporti (vigilanza)	-	-	-	-
Trasporti (autorizzazione sanitaria)	1	-	1	-
Ristorazione pubblica	295	11	387	264
Ristorazione collettiva	50	-	62	6
Produzione e confezione per vendita al dettaglio	96	3	117	43
TOTALE	**600**	**17**	**911**	**368**

Fonte: servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Merano

Tabella 25: **Risultati dei controlli sulle strutture di trasformazione, distribuzione all'ingrosso ed al dettaglio, ristorazione e trasporto degli alimenti di origine non animale, effettuati dal servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Bressanone - Anno 2005**

Tipologia di attività	Unità controllate	Unità con infrazioni	Numero ispezioni	Provvedimenti amministrativi e/o notizie di reato
Produzione e confezione	16	8	26	11
Distribuzione ingrosso	17	3	17	16
Distribuzione dettaglio	40	19	45	47
Trasporti (vigilanza)	25	1	21	2
Trasporti (autorizzazione sanitaria)	12	3	12	2
Ristorazione pubblica	152	109	184	153
Ristorazione collettiva	35	19	45	24
Produzione e confezione per vendita al dettaglio	31	14	38	21
TOTALE	**328**	**176**	**388**	**276**

Fonte: servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Bressanone

Tabella 26: **Risultati dei controlli sulle strutture di trasformazione, distribuzione all'ingrosso ed al dettaglio, ristorazione e trasporto degli alimenti di origine non animale, effettuati dal servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Brunico - Anno 2005**

Tipologia di attività	Unità controllate	Unità con infrazioni	Numero ispezioni	Provvedimenti amministrativi e/o notizie di reato
Produzione e confezione	18	2	25	2
Distribuzione ingrosso	11	-	15	1
Distribuzione dettaglio	28	3	49	8
Trasporti (vigilanza)	-	-	-	-
Trasporti (autorizzazione sanitaria)	9	1	9	2
Ristorazione pubblica	197	102	197	141
Ristorazione collettiva	28	5	28	5
Produzione e confezione per vendita al dettaglio	8	5	8	7
TOTALE	**299**	**118**	**331**	**166**

Fonte: servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Brunico

Tabella 27: **Risultati dei controlli sulle strutture di trasformazione, distribuzione all'ingrosso ed al dettaglio, ristorazione e trasporto degli alimenti di origine non animale, effettuati dai servizi di igiene e sanità pubblica - Anno 2005**

Tipologia di attività	Unità controllate	Unità con infrazioni	Numero ispezioni	Provvedimenti amministrativi e/o notizie di reato
Produzione e confezione	95	17	195	31
Distribuzione ingrosso	65	4	95	22
Distribuzione dettaglio	209	30	354	106
Trasporti (vigilanza)	25	1	21	2
Trasporti (autorizzazione sanitaria)	22	4	22	4
Ristorazione pubblica	790	331	931	746
Ristorazione collettiva	128	28	151	39
Produzione e confezione per vendita al dettaglio	160	37	195	107
TOTALE	**1.494**	**452**	**1.964**	**1.057**

Fonte: servizi di igiene e sanità pubblica

Nel 2005, sono state controllate 1.494 strutture di trasformazione, distribuzione, ristorazione e trasporto degli alimenti di origine non animale; i controlli eseguiti hanno coinvolto in particolare le strutture di ristorazione pubblica (52,9% del totale delle unità controllate).

A livello provinciale, la percentuale di unità riscontrate con infrazioni sul totale delle unità controllate si conferma molto alta (pari al 30,3%); il valore di tale percentuale risulta in diminuzione rispetto a quello rilevato nell'anno precedente (35,8% nel 2004).

I servizi di igiene e sanità pubblica delle quattro aziende sanitarie certificano la commestibilità dei funghi e forniscono anche consulenze in campo micologico a privati raccoglitori; si occupano, inoltre, di formulare i pareri igienico-sanitari per l'autorizzazione al trasporto di alimenti e per l'apertura di laboratori e depositi alimentari.

Tabella 28: **Prestazioni effettuate di accertamento, vigilanza e controllo di fattori di rischio in campo micologico, per azienda sanitaria - Anno 2005**

Tipologia di attività	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Certificazione di commestibilità di funghi destinati alla vendita	409	-	1	39	449
Consulenze micologiche a privati raccoglitori	319	69	32	29	449

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

Tabella 29: **Prestazioni effettuate dal personale dei servizi di igiene e sanità pubblica, rivolte all'accertamento, vigilanza e controllo di fattori di rischio in campo alimentare - Anno 2005**

Tipologia di attività	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Formulazione di pareri igienico-sanitari per:					
- depositi alimenti all'ingrosso	4	2	2	-	8
- laboratori alimenti	69	31	24	n.d.	n.d.
Formulazione di pareri igienico-sanitari ai fini del rilascio dell'autorizzazione al trasporto di alimenti	34	2	6	4	46
TOTALE	**107**	**35**	**32**	**n.d.**	**n.d.**

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

Nella tutela igienico-sanitaria degli alimenti, il servizio Veterinario Interaziendale e i servizi di di igiene e sanitá pubblica sono coadiuvati dal laboratorio dell'Istituto Zooprofilattico e dai laboratori dell'Agenzia Provinciale per l'Ambiente (laboratorio Analisi Alimenti e laboratorio Biologico) che svolgono le analisi chimiche e microbiologiche dei campioni di alimenti prelevati.

ISTITUTO ZOOPROFILATTICO

L'Istituto Zooprofilattico ha eseguito analisi microbiologiche su 763 campioni di alimenti, riscontrando nel complesso 13 infrazioni (1,7%).

Tabella 30: **Controlli degli alimenti effettuati dall'Istituto Zooprofilattico - Anno 2005**

Alimenti di origine animale	Numero di campioni analizzati	Numero di infrazioni riscontrate
Prodotti lattiero-caseari	175	-
Uova e ovoprodotti	55	-
Carne, prodotti a base di carne, cacciagione e pollame	367	9
Pesci, crostacei, molluschi	22	1
TOTALE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	**619**	**10**

Alimenti vari	Numero di campioni analizzati	Numero di infrazioni riscontrate
Gelati e dessert	109	-
Dolciumi	1	-
Piatti preparati	34	3
TOTALE ALIMENTI VARI	**144**	**3**

Fonte: Istituto Zooprofilattico

LABORATORIO ANALISI ALIMENTI

Il laboratorio Analisi Alimenti ha esaminato, nel corso dell'anno, 701 campioni, rilevando 63 infrazioni (9,0%). Un numero elevato di infrazioni sono state rilevate in particolare nelle bevande non alcoliche, nei grassi ed oli non animali e nelle analisi dei prodotti destinati ad un'alimentazione particolare (prodotti dietetici, alimenti prima infanzia).

Tabella 31: **Controlli degli alimenti effettuati dal laboratorio Analisi Alimenti - Anno 2005**

Alimenti di origine animale	*Numero di campioni analizzati*	*Numero di infrazioni riscontrate*
Prodotti lattiero-caseari	88	3
Uova e ovoprodotti	7	-
Carne, prodotti a base di carne, cacciagione e pollame	106	8
Pesci, crostacei, molluschi	32	3
TOTALE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	***233***	***14***

Alimenti di origine vegetale	*Numero di campioni analizzati*	*Numero di infrazioni riscontrate*
Grassi ed oli non animali	80	14
Cereali e prodotti della panetteria	31	5
Frutta e verdure	148	2
Erbe, spezie, caffè, tè	15	-
Vino	34	-
Cacao e sue preparazioni	2	-
TOTALE ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE	***310***	***21***

Alimenti vari	*Numero di campioni analizzati*	*Numero di infrazioni riscontrate*
Zuppe, brodi, salse	13	1
Bevande non alcoliche	53	11
Bevande alcoliche escluso il vino	17	3
Dolciumi	5	1
Frutta secca a guscio rigido, spuntini	6	-
Prodotti destinati ad una alimentazione particolare (prodotti dietetici, alimenti prima infanzia)	26	10
Altre preparazioni alimentari non animali	33	2
Confetture	5	-
TOTALE ALIMENTI VARI	***158***	***28***

Fonte: Agenzia Provinciale per l'Ambiente, laboratorio Analisi Alimenti

Il laboratorio Biologico nel 2005 ha effettuato controlli su 375 campioni, riscontrando 11 irregolarità (2,9%).

Tabella 32: **Controlli degli alimenti effettuati dal laboratorio Biologico - Anno 2005**

Alimenti di origine animale	*Numero di campioni analizzati*	*Numero di infrazioni riscontrate*
Prodotti lattiero-caseari	12	-
Uova e ovoprodotti	1	-
Carne, prodotti a base di carne, cacciagione e pollame	5	1
Pesci, crostacei, molluschi	37	5
TOTALE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	***55***	***6***

Alimenti di origine vegetale	*Numero di campioni analizzati*	*Numero di infrazioni riscontrate*
Cereali e prodotti della panetteria	7	-
Frutta e verdure	9	-
TOTALE ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE	***16***	***-***

Alimenti vari	*Numero di campioni analizzati*	*Numero di infrazioni riscontrate*
Zuppe, brodi, salse	8	-
Bevande non alcoliche	14	-
Bevande alcoliche escluso il vino	1	-
Gelati e dessert	4	-
Dolciumi	89	2
Piatti preparati	176	3
Altre preparazioni alimentari	12	-
TOTALE ALIMENTI VARI	***304***	***5***

Fonte: Agenzia Provinciale per l'Ambiente, laboratorio Biologico

CONTROLLO DELLE ACQUE DESTINATE AD USO UMANO SERVIZI DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

Il controllo delle acque per uso umano viene svolto dai servizi di igiene e sanità pubblica, coadiuvati dai laboratori dell'Agenzia Provinciale per l'Ambiente (laboratorio Analisi Acqua e laboratorio Biologico), che svolgono le analisi chimiche e microbiologiche.
Nell'ambito di tale attività, vanno distinti i giudizi di idoneità d'uso degli acquedotti dagli interventi di controllo effettuati sugli stessi.

Tabella 33: **Attività di controllo delle acque per uso umano nelle reti pubbliche - Anno 2005**

Azienda Sanitaria	*Controlli degli acquedotti – reti pubbliche*				
	N. reti esistenti	*N. reti controllate*	*Totale campioni prelevati*	*Numero di campioni prelevati all'utenza*	*Numero di campioni non regolari all'utenza*
Bolzano	123	123			
Analisi chimico-fisiche			467	424	10
Analisi microbiogiche			698	680	46
Merano	150	150			
Analisi chimico-fisiche			577	462	24
Analisi microbiogiche			907	746	41
Bressanone	146	146			
Analisi chimico-fisiche			502	441	12
Analisi microbiogiche			782	557	61
Brunico	102	102			
Analisi chimico-fisiche			404	318	13
Analisi microbiogiche			633	315	23
TOTALE	***521***	***521***			
ANALISI CHIMICO-FISICHE			***1.950***	***1.645***	***59***
ANALISI MICROBIOGICHE			***3.020***	***2.298***	***171***

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

Tabella 34: **Attività di controllo delle acque per uso umano nelle reti private di interesse pubblico - Anno 2005**

Azienda Sanitaria	Controlli degli acquedotti – reti private				
	N. reti esistenti	N. reti controllate	Totale campioni prelevati	Numero di campioni prelevati all'utenza	Numero di campioni non regolari all'utenza
Bolzano	282	11			
Analisi chimico-fisiche			11	11	1
Analisi microbiogiche			15	12	1
Merano	472	108			
Analisi chimico-fisiche			146	134	25
Analisi microbiogiche			98	94	14
Bressanone	194	37			
Analisi chimico-fisiche			64	35	1
Analisi microbiogiche			92	40	10
Brunico	231	35			
Analisi chimico-fisiche			35	35	1
Analisi microbiogiche			42	33	8
Totale	**1.179**	**191**			
Analisi chimico-fisiche			**256**	**215**	**28**
Analisi microbiogiche			**247**	**179**	**33**

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

Tabella 35: **Attività di controllo delle acque per uso umano – giudizi di idoneità d'uso – Anno 2005**

Azienda Sanitaria	N. giudizi espressi	Analisi chimico-fisiche campioni prelevati	Analisi microbiologiche campioni prelevati
Bolzano	14	52	85
Merano	20	92	149
Bressanone	9	59	71
Brunico	19	27	58
Totale	**62**	**230**	**363**

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

Con riferimento all'attività di controllo delle acque ad uso potabile effettuata sulle reti pubbliche, si osserva che la percentuale di campioni non regolari all'utenza si attesta su valori molto bassi (pari al 3,6% per le analisi chimico-fisiche ed al 7,4% per le analisi microbiologiche), confermando quanto rilevato negli anni precedenti.

I parametri che più spesso risultano fuori limite sono il ferro (conseguentemente a fenomeni di corrosione delle condotte e meno spesso a causa di fenomeni naturali), il manganese e l'arsenico (di origine geologica), e talvolta il pH (troppo acido in presenza di acque fortemente oligominerali e a volte troppo alcalino in seguito alla neutralizzazione di tali tipi di acque).

Non si segnalano, invece, superamenti per le acque destinate ad uso umano dei limiti vigenti riguardanti i nitrati, i metalli pesanti, gli idrocarburi policiclici aromatici, i solventi clorurati e gli antiparassitari/diserbanti.

1.5.2. Prevenzione degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi nella collettività

SERVIZI DIETETICO NUTRIZIONALI

L'attività di prevenzione degli squilibri nutrizionali nella collettività viene effettuata dai quattro servizi dietetico nutrizionali delle aziende sanitarie, i quali si occupano della sor-

veglianza e della predisposizione dei piani nutrizionali per la ristorazione collettiva e dell'educazione alimentare.

CONTROLLO DI IDONEITÀ DEI PIANI NUTRIZIONALI

A livello di ristorazione collettiva, i servizi dietetico nutrizionali eseguono i controlli di idoneità dei piani nutrizionali ed il monitoraggio del ciclo alimentare in particolare nelle scuole (materne, elementari e medie inferiori), negli ospedali pubblici, nei centri di degenza, nelle case di riposo e nei centri sociali per disabili.

Tabella 36: **Attività di controllo dell'idoneità dei piani nutrizionali e di monitoraggio del ciclo alimentare a livello di ristorazione collettiva - Anno 2005**

Tipologia di strutture controllate	*Bolzano*		*Merano*		*Bressanone*		*Brunico*	
	Strutture controllate	*N. Controlli*	*Strutture controllate*	*N. Controlli*	*Strutture controllate*	*N. Controlli*	*Strutture controllate*	*N. Controlli*
Scuole materne	93	211	-	-	14	14	-	-
Scuole elementari	19	27	1	7	2	2	-	-
Scuole medie inferiori	8	11	-	-	1	1	-	-
Scuole medie superiori	1	3	-	-	-	-	-	-
Ospedali pubblici	1	1+	-	-	2	2+	-	-
Case di cura private	-	-	-	-	-	-	-	-
Centri di degenza	1	3	-	-	3	52	-	-
Case di riposo	25	39	3	11	4	52	-	-
Centri sociali per disabili	7	15	1	13	1	1	-	-
Altre Strutture	9*	35	-	-	2*	5	-	-
TOTALE	***164***	***345***	***5***	***31***	***29***	***129***	***-***	***-***

+ Strutture in continuo monitoraggio

** Per l'AS di Bolzano si tratta del Country Hospital Sarentino e altre strutture, per l'AS di Bressanone di asili nido e della struttura di riabilitazione alcol e droghe Bad Bachgart (in questa struttura i controlli vengono eseguiti ogni giorno lavorativo)*

Fonte: aziende sanitarie – servizi dietetico nutrizionali

Tutte le strutture controllate nelle aziende sanitarie di Bolzano e Merano sono risultate idonee, mentre il servizio Dietetico-Nutrizionale di Bressanone ha verificato la non idoneità dei piani nutrizionali in 14 scuole materne, 2 scuole elementari e 1 scuola media inferiore.

SUPPORTO ALLA PREDISPOSIZIONE DEI PIANI NUTRIZIONALI

In seguito a queste attività di controllo e monitoraggio, i servizi dietetico nutrizionali di Bolzano, Bressanone e Brunico hanno posto in essere opportune iniziative rivolte alla definizione di migliorie da apportare alle caratteristiche nutrizionali dei pasti analizzati, arrivando a fornire, per la maggior parte delle strutture coinvolte, un vero e proprio supporto alla predisposizione dei piani nutrizionali.

Tabella 37: **Attività di supporto alla predisposizione dei piani nutrizionali a livello di ristorazione collettiva - Anno 2005**

Tipologia di strutture controllate	Bolzano		Merano		Bressanone		Brunico	
	Strutture coinvolte	Strutture esistenti	Strutture coinvolte	Strutture esistenti	Strutture coinvolte	Strutture esistenti	Strutture coinvolte	Strutture esistenti
Scuole materne	93	109	-	-	14	56	16	n.d.
Scuole elementari	19	24	-	-	2	50	3	n.d.
Scuole medie inferiori	8	15	-	-	1	8	5	n.d.
Scuole medie superiori	1	n.d.	-	-	-	9	-	-
Ospedali pubblici	1	1	-	-	2	2	-	-
Case di cura private	-	1	-	-	-	-	-	-
Centri di degenza	1	2	-	-	3	3	-	-
Case di riposo	25	31	-	-	4	7	6	n.d
Centri sociali per disabili	7	10	-	-	1	2	1	n.d
Altre Strutture	9+	15	-	-	2++	4	-	-
TOTALE	**164**	**n.d.**	**-**	**-**	**29**	**141**	**31**	**n.d.**

+ Mense sociali, pasti a domicilio, centri di cottura, Country Hospital Sarentino

++Asili nido, struttura di riabilitazione alcool e droghe Bad Bachgart

Fonte: aziende sanitarie – servizi dietetico nutrizionali

1.6. ATTIVITÀ MEDICO-LEGALI E DI MEDICINA DELLO SPORT

Nel 2005, sono state erogate dai servizi di medicina legale quasi 35.000 prestazioni tra visite ambulatoriali e domiciliari, accertamenti sanitari e procedure amministrative.
I servizi di medicina dello sport hanno effettuato complessivamente 19.688 visite finalizzate all'accertamento dell'idoneità per l'attività sportiva agonistica: 23 atleti agonisti sono risultati non idonei dopo tali visite.

1.6.1. Attività dei servizi di medicina legale

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI MEDICINA LEGALE

Nelle aziende sanitarie di Merano, Bressanone e Brunico le attività di medicina legale afferiscono ai servizi di igiene e sanità pubblica, che risultano pertanto articolati in due sezioni:
- igiene e sanità pubblica;
- medicina legale.

Nell'Azienda Sanitaria di Bolzano le funzioni di medicina legale vengono svolte da un servizio autonomo.

COMPITI DEI SERVIZI DI MEDICINA LEGALE

Le attività di medicina legale, regolate dalla l.p. 13.01.1992, n.1, consistono principalmente in: accertamenti per la verifica dell'incapacità temporanea al servizio; accertamenti collegiali per giudizi di idoneità generica e specifica alle mansioni lavorative o di invalidità permanente; accertamento dei requisiti medico-legali necessari per il riconoscimento del diritto a prestazioni sanitarie integrative per gli utenti del Servizio Sanitario Provinciale; assistenza sanitaria in favore di invalidi civili, di guerra, per servizio, dei ciechi e sordomuti e di altre categorie protette; accertamenti medico-legali ai fini del rilascio del contrassegno "sosta invalidi"; accertamenti medico-legali anche a fine risarcitorio e assicurativo, rivolti alla verifica di eventuali responsabilità professionali da parte del

personale sanitario; pareri e giudizi tecnici in merito alle varie e spesso complesse problematiche della dottrina medico-legale in ambito sanitario; accertamenti collegiali per il riconoscimento dell'invalidità civile e della situazione di handicap.

ATTIVITÀ SVOLTE DAL SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE DELL'AZIENDA SANITARIA DI BOLZANO

Il servizio di Medicina Legale dell'Azienda Sanitaria di Bolzano si occupa anche dell'accertamento di idoneità alla guida di veicoli a motore degli invalidi (Commissione Medica Locale), degli accertamenti collegiali per il riconoscimento della cecità e sordomutismo, delle revisioni straordinarie dell'invalidità civile e del collocamento al lavoro degli invalidi (commissione l. 68/99), nonché della idoneità al rilascio del porto d'arma (commissione ricorsi). Il servizio di Medicina Legale, in seguito all'applicazione del Contratto Collettivo Intercompartimentale del 13.08.1999, è competente, inoltre, per i dipendenti delle amministrazioni pubbliche della provincia, in tema di idoneità all'impiego, dispensa dal servizio, riconoscimento dell'infermità da causa di servizio. Svolge poi, su richiesta dell'autorità giudiziaria, compiti di polizia giudiziaria.

PRESTAZIONI EROGATE

Nel 2005, sono state erogate dai servizi di medicina legale quasi 35.000 prestazioni tra visite ambulatoriali e domiciliari, accertamenti sanitari e procedure amministrative.

Tabella 38: **Prestazioni erogate nell'interesse o su richiesta del privato dai servizi di medicina legale - Settore di Medicina legale - Anno 2005**

Tipologia di prestazioni	*Bolzano*	*Merano*	*Bressanone*	*Brunico*	*Totale*
Consulenza in tema di accertamento e valutazione del danno alla persona in ambito previdenziale, assicurativo sociale e privato, con relazione, in caso di particolare complessità. Perizie medico-legali	5	-	-	-	5
Visita con certificazione medico legale. Contrassegni parcheggio invalidi	379	236	50	-	665
Visita con certificazione medico-legale. Certificati a privati (es. servizio di leva, ecc..)	-	27	-	-	27
Visita medica di controllo dei lavoratori, visita domiciliare di controllo in giorno feriale per accertamento dell'inidoneità al lavoro e dell'incapacità temporanea al lavoro per malattia o infortunio dei lavoratori dipendenti del settore privato (Deliberazione della G.P. 21.01.2002, n.130)	551	78	47	76	752
Visita medica di controllo dei lavoratori, visita ambulatoriale dei lavoratori dipendenti del settore privato (Deliberazione della G.P. 21.01.2002, n.130)	2	180	40	16	238
Accertamenti di idoneità o inidoneità temporanea o permanente al lavoro, previsti da leggi o regolamenti dello Stato, della Regione o della Provincia, richieste da ditte private. Visite collegiali consultive con relazione scritta	25	2	-	-	27
Accertamenti di idoneità o inidoneità temporanea o permanente al lavoro, previsti da leggi o regolamenti dello Stato, della Regione o della Provincia, richieste da ditte private. Visite anamnestiche precollegiali con relazione scritta	12	-	-	-	12
Visite collegiali per ospedalizzazione a domicilio (*)	139	-	330	-	469
TOTALE	***1.113***	***523***	***467***	***92***	***2.195***

(*) Nelle AS di Merano e Brunico queste visite collegiali vengono effettuate da altri servizi aziendali

Fonte: aziende sanitarie – servizi di medicina legale

Tabella 39: **Prestazioni erogate nell'interesse o su richiesta del privato dai servizi di medicina legale - Settore Assistenza invalidi - Anno 2005**

Tipologia di prestazioni	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Visite medico legali previste da leggi o regolamenti o richieste da enti pubblici o da privati, con relazione scritta (Visite per prescrizioni protesiche, collaudi, controlli per cure o ricoveri invalidi) (*)	1.916	1.404	-	1.721	5.041
Consulenza su atti e su documenti clinici (Autorizzazione prescrizione protesi/ausili/tutori) (*)	4.238	2.500	170	1.721	8.629
Visite collegiali per commissione extratariffario	114	68	51	38	271
TOTALE	**7.304**	**4.433**	**1.407**	**24**	**13.168**

(*) Nell'AS di Bressanone queste visite medico legali vengono effettuate anche da altri servizi aziendali

Fonte: aziende sanitarie – servizi di medicina legale ed altri servizi aziendali

Tabella 40: **Prestazioni erogate nell'interesse o su richiesta del privato dai servizi di medicina legale - Settore Commissione invalidi - Anno 2005**

Tipologia di prestazioni	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Visite domiciliari per accertamento invalidità civile	136	95	13	61	305
Visite collegiali ambulatoriali per accertamento invalidità civile	2.363	1.208	716	620	4.907
Visite collegiali ambulatoriali per accertamento gravità dell'handicap (l.104/92)	380	193	134	100	807
Visite collegiali ambulatoriali per il collocamento al lavoro invalidi (l. 68/99)	141	86	32	37	296
Visite collegiali ambulatoriali per accertamento cecità (*)	104	-	-	-	104
Visite collegiali ambulatoriali per accertamento sordomutismo (*)	7	-	-	-	7
Revisioni straordinarie	-	1	-	2	3
D.P.R. 698 (postmortem)	32	7	2	1	42
TOTALE	**3.163**	**1.590**	**897**	**821**	**6.471**

(*) Prestazioni erogate solo dal servizio di Medicina Legale dell'Azienda Sanitaria di Bolzano

Fonte: aziende sanitarie – servizi di medicina legale ed altri servizi aziendali

Tabella 41: **Prestazioni effettuate su iniziativa dei servizi di medicina legale o erogate nell'interesse o su richiesta di enti pubblici - Anno 2005**

Tipologia di prestazioni	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Consulenza in tema di accertamento e valutazione del danno alla persona in ambito previdenziale, assicurativo, sociale e privato, con relazione. Sinistri, richiesta risarcimento danni	137	-	-	-	137
Consulenza su atti e su documenti clinici. Ricoveri urgenti all'estero. Pareri sul TFR. Pareri su Iperbarico	679	-	23	-	702
Consulenza su atti e su documenti clinici, in caso di particolare complessità. Pareri, consulenze	186	33	-	-	219
Visita con certificazione medico legale. Certificati richiesti da pubbliche amministrazioni (INPDAP, Provincia Autonoma di Bolzano, ecc.) (*)	90	-	-	-	90
Visita medica di controllo dei lavoratori, visita domiciliare di controllo in giorno feriale per accertamento dell'inidoneità al lavoro e dell'incapacità temporanea al lavoro per malattia o infortunio dei lavoratori dipendenti del settore pubblico (Deliberazione della G.P. 21.01.2002, n. 130)	1.404	292	171	85	1.952
Visita medica di controllo dei lavoratori, visita ambulatoriale di controllo in giorno feriale dei lavoratori dipendenti del settore pubblico (Deliberazione della G.P. 21.01.2002, n. 130)	9	57	6	6	78
Accertamenti di idoneità o inidoneità temporanea o permanente al lavoro, dispensa dal servizio, causa di servizio, equo indennizzo previsti da leggi o regolamenti dello Stato, della Regione o della Provincia, richieste da enti pubblici. Visite collegiali consultive con relazione scritta	215	24	-	1	240
Accertamenti di idoneità o inidoneità temporanea o permanente al lavoro, previsti da leggi o regolamenti dello Stato, della Regione o della Provincia, richieste da amministrazioni pubbliche. Visite anamnestiche precollegiali con relazione scritta (*)	90	-	-	-	90
TOTALE	**2.810**	**406**	**200**	**92**	**3.508**

(*) Prestazioni erogate solo dal servizio di Medicina Legale dell'Azienda Sanitaria di Bolzano

Fonte: aziende sanitarie – servizi di medicina legale

ALTRE PRESTAZIONI DEL SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE DI BOLZANO

Oltre alle prestazioni riportate nelle tabelle, il servizio di Medicina Legale dell'Azienda Sanitaria di Bolzano ha effettuato 6.597 accertamenti sanitari collegiali per il rilascio, revisione o rinnovo della patente a persone con problemi psicofisici (commissione medica patenti) e ha eseguito, inoltre, 1.985 consulenze medico-legali su atti e documenti clinici (controllo ticket).

SERVIZI DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

Alcune prestazioni di medicina legale sono state effettuate dal personale dei servizi di igiene e sanità pubblica e dai medici igienisti distrettuali delle quattro aziende sanitarie della provincia.

Tabella 42: **Prestazioni medico-legali effettuate dai servizi di igiene e sanità pubblica - Anno 2005**

Attività effettuate	Bolzano*	Merano	Bressanone	Brunico
Accertamenti sanitari per il porto d'arma	198	41	37	-
Visite per patenti di guida veicoli e natanti	7.886	1.013	1.076	-
Visite per cessione del quinto	48	5	9	-
Visite per certificati di sana costituzione ed idoneità all'impiego	1.139	242	131	-
Visite per rilascio libretto di lavoro a minorenni	83	77	5	-
Visite per rilascio / rinnovo libretto di idoneità sanitaria	1.071	339	286	-

** I comuni di Sarentino, di Laives e Bronzolo (dal 01.03.05) e di Appiano (dal 01.07.05) sono gestiti direttamente dal servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Bolzano*

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

Tabella 43: **Prestazioni medico-legali effettuate dai medici igienisti distrettuali - Anno 2005**

Attività effettuate	*Bolzano*	*Merano*	*Bressanone*	*Brunico*
Visite per patenti di guida veicoli e natanti	*5.913*	*6.561*	*4.550*	*5.989*
Visite per cessione del quinto	*20*	*797+*	*16*	*8*
Visite per certificati di sana costituzione ed idoneità all'impiego	*189*		*277*	*941*
Accertamenti sanitari per il porto d'arma	*380*	*532*	*280*	*343*
Visite per rilascio / rinnovo libretto di idoneità sanitaria	*100*	*730*	*395*	*402*

+ Questo dato si riferisce ai certificati per sana costituzione ed idoneità all'impiego, alle visite per cessione del quinto e ai certificati all'idoneità all'uso di gas tossici e conduzione di impianti a vapore

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

1.6.2. Attività dei servizi di medicina dello sport

COMPITI DEI SERVIZI DI MEDICINA DELLO SPORT

I servizi di medicina dello sport sono preposti alla tutela sanitaria delle attività sportive agonistiche. Svolgono i compiti assegnati dalla legge provinciale in materia di igiene e sanità pubblica e medicina legale (l.p. 13.01.92, n. 1); in particolare effettuano i necessari accertamenti di idoneità per l'attività sportiva agonistica e non, con rilascio della relativa certificazione, e svolgono attività di coordinamento e di promozione degli interventi dei medici e delle strutture in materia di tutela sanitaria delle attività sportive. Il servizio di Medicina dello Sport dell'Azienda Sanitaria di Bolzano svolge, inoltre, particolari funzioni specialistiche a beneficio degli atleti di tutta la provincia, secondo un protocollo concordato con le altre aziende sanitarie.

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI MEDICINA DELLO SPORT

I servizi di medicina dello sport risultano attivi nelle aziende sanitarie di Bolzano, Bressanone e Brunico, mentre nella Azienda Sanitaria di Merano l'erogazione delle prestazioni di medicina sportiva vengono garantite ai cittadini mediante apposita convenzione stipulata con un libero professionista provvisoriamente accreditato.

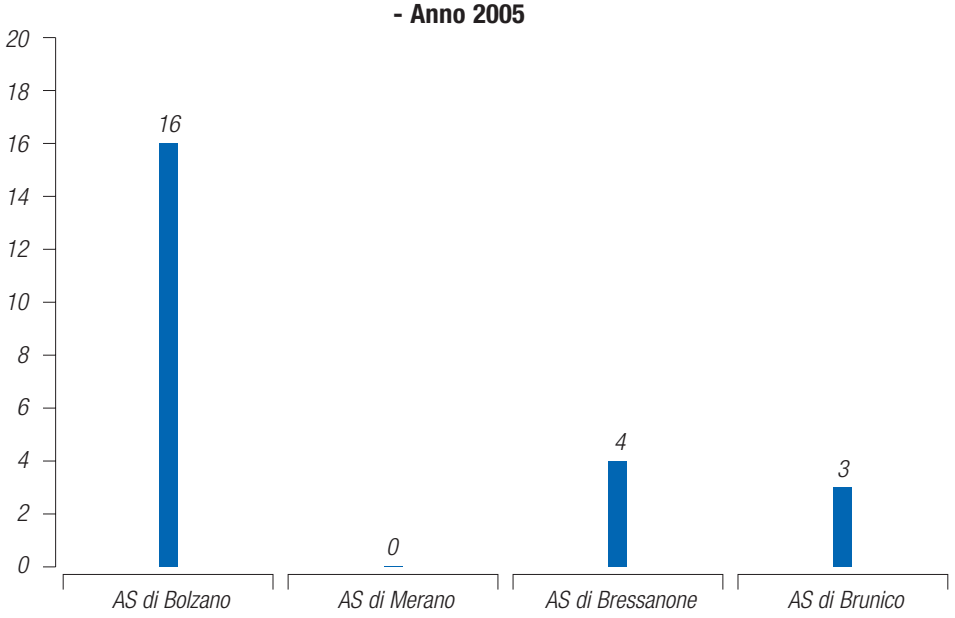
Il servizio di Medicina dello Sport dell'Azienda Sanitaria di Bolzano effettua le visite e gli accertamenti di idoneità per l'attività sportiva agonistica nella sede centrale di Bolzano, ed anche presso le sedi distrettuali di Ortisei (Val Gardena), Cardano (Val d'Ega-Sciliar) ed Egna (Bassa Atesina).

I servizi di medicina dello sport, oltre alle attività assegnate dalla l.p. n. 1/92, svolgono particolari funzioni specialistiche, quali interventi di educazione alla salute nelle scuole, programmazione degli allenamenti, controlli anti-doping, assistenza a gare internazionali e valutazione periodica di atleti disabili.

VISITE DI IDONEITÀ PER L'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA

Nel 2005 sono state effettuate complessivamente 19.688 visite finalizzate all'accertamento dell'idoneità per l'attività sportiva agonistica: 23 atleti agonisti sono risultati non idonei dopo tali visite.

Figura 4: **Atleti risultati non idonei allo svolgimento di attività sportiva agonistica - Anno 2005**



Fonte: PAB – ufficio Igiene e Salute Pubblica

Tabella 44: **Prestazioni erogate dai servizi di medicina dello sport per tipologia ed azienda sanitaria - Anno 2005**

Tipologia di prestazione	Bolzano	Merano*	Bressanone	Brunico+	Totale
Certificati per gli sport agonistici di cui alla tab.a del d.m. 18.02.82 (incluso: visita medica, esame delle urine, ECG)	796	84	163	104	1.147
Certificati per gli sport agonistici di cui alla tab.b del d.m. 18.02.82 (incluso: visita medica, esame delle urine, spirometria semplice, ECG con test da sforzo dei due gradini di master)	6.846°	6.578	2.154	2.592	18.170
Certificati per gli sport agonistici di cui alla tab.b del d.m. 18.02.82 con test da sforzo cardiovascolare con cicloergometro (incluso: visita medica, esame delle urine, spirometria semplice, elettrocardiogramma con test da sforzo con cicloergometro)	-°°	-	285	86	371
Test di valutazione funzionale con cicloergometro (o con pedana mobile o con cardiofrequenzimetro) con curva del lattato (incluso: ECG di base, ECG sotto sforzo, misurazione della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, prelievi capillari seriati del lattato, calcolo della soglia aerobica ed anaerobica, relazione conclusiva con consigli per l'allenamento)	-	-	-	26	26
Test di valutazione funzionale con cicloergometro (o con pedana mobile o con cardiofrequenzimetro) con misurazione diretta del consumo di ossigeno (incluso: ECG di base, ECG sotto sforzo, misurazione della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, misurazione dei parametri ventilatori: VO2, VO2/Kg, VCO2, VE, quoziente respiratorio, calcolo del VO2 max, della max potenza aerobica ed anaerobica, della soglia aerobica ed anaerobica, relazione conclusiva con consigli per l'allenamento)	-	-	-	7	7
Check up medico sportivo (incluso: visita medica, esame urine, spirometria semplice, ECG con test da sforzo al cicloergometro, relazione conclusiva)	-	-	43	41	84
Test di valutazione funzionale con cicloergometro (o con pedana mobile o con cardiofrequenzimetro) con misurazione diretta del consumo di ossigeno e curva del lattato	-	-	8	5	13
Anamnesi e valutazione, definite brevi – storia e valutazione abbreviata. Visita successiva alla prima.	842	-	-	122	964
Consulto, definito complessivo	736	-	-	82	818
Spirometria semplice	119	-	121	49	289
Test da sforzo dei due gradini di masters	-	-	121	-	121
Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro	799	-	-	64	863
Elettrocardiogramma dinamico – dispositivi analogici (holter)	-	-	40	-	40
Elettrocardiogramma (ECG)	132	-	147	21	300
Acido lattico	2.138	-	-	302	2.440
Valutazione monofunzionale – con scala psicocomporta mentale. Bilancio pretrattamento dei disturbi comunicativi e del linguaggio, somministrazione di test delle funzioni linguistiche	626	-	-	405	1.031
Valutazione dietetica. Terapia dietetica – stesura del programma nutrizionale. Controllo terapia dietetica. Per seduta	1	-	-	128	129
Valutazione ortottica	88	-	-	26	114

** Nell'Azienda Sanitaria di Merano le prestazioni di medicina sportiva vengono erogate da medici specialisti convenzionati*

+ Oltre alle prestazioni riportate, il servizio di Medicina dello Sport di Brunico ha effettuato anche 24 esami delle urine completi, 21 audiometrie, 74 prelievi del sangue e 81 prestazioni varie (infiltrazione locale, infusione, iniezione SC+IM, vaccino antitetanico)

° Incluse 499 visite effettuate nel distretto di Egna – Bassa Atesina, 407 visite nel distretto di Cardano – Val d'Ega, 363 nel distretto di Ortisei-Val Gardena

°° Codice non in uso nel servizio di Medicina dello sport di Bolzano

Fonte: aziende sanitarie – servizi di medicina dello sport

1.7. ATTIVITÀ DEL SERVIZIO PNEUMOLOGICO

Il servizio Interaziendale Pneumologico ha effettuato, nel corso del 2005, 11.133 visite ambulatoriali e 800 visite domiciliari; sono state eseguite, inoltre, prove ed esami diagnostici, test allergologici, trattamenti farmacologici ed interventi di rieducazione respiratoria.

ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO PNEUMOLOGICO

Il servizio Pneumologico è un servizio interaziendale che ha sede centrale a Bolzano e dispone di una rete specialistica diffusa su tutto il territorio provinciale, dotata di specifici ambulatori decentrati a Egna, Merano, Silandro, Bressanone e Brunico.

COMPITI DEL SERVIZIO PNEUMOLOGICO

Le attività del servizio Pneumologico Interaziendale sono finalizzate alla prevenzione, diagnosi e trattamento delle malattie dell'apparato respiratorio, all'assistenza domiciliare respiratoria, alla lotta contro la tubercolosi ed il tabagismo.
Il servizio effettua la profilassi e le vaccinazioni contro la tubercolosi, le indagini ed esami mirati alla ricerca delle fonti di contagio, le diagnosi ambulatoriali di primo livello in relazione alle malattie polmonari e la relativa terapia ambulatoriale, la ricerca epidemiologica. Il servizio svolge attività di consulenza pneumologica su richiesta negli ospedali di Merano, Silandro, Bressanone e Brunico. Effettua, inoltre, assistenza domiciliare in pazienti con insufficienza respiratoria cronica in ossigenoterapia e ventiloterapia, educazione alla salute con riferimento alle malattie respiratorie (corsi per pazienti asmatici e con problemi respiratori cronici, collaborazione in campagne di educazione di massa e progetti nelle scuole contro il tabagismo), attività di consulenza per fumatori per la disaffezione del fumo, interventi di riabilitazione respiratoria.

PRESTAZIONI EROGATE

Il servizio Interaziendale Pneumologico ha effettuato, nel corso del 2005, 11.133 visite ambulatoriali e 800 visite domiciliari. Si rileva una lieve diminuzione delle visite ambulatoriali eseguite (11.133 nel 2005 contro le 12.096 del 2004, -8,0%) e delle visite domiciliari (800 nel 2005 contro le 1.011 effettuate nel 2004, -20,9%). Si registra, invece, un aumento dei test di broncodilazione eseguiti (1.692 nel 2005 contro i 1.434 effettuati nel 2004, +18,0%), ed un incremento degli esercizi respiratori (+13,4%).

Tabella 45: **Prestazioni erogate dal servizio Interaziendale Pneumologico - Anno 2005**

	Bolzano	Egna	Merano	Silandro	Bressanone	Brunico	Totale
Visita in ambulatorio	6.283	592	1.565	720	1.114	859	11.133
Consulenze pneumologiche ospedaliere	-	-	63	8	25	31	127
Spirometria globale	46	-	-	-	-	-	46
Polisonnogramma	16	-	7	-	3	-	26
Ergospirometria (bici)	4	-	-	-	-	-	4
Spirometria semplice (F/V)	1.616	177	609	201	232	148	2.983
Spirometria con volume residuo	-	-	25	9	4	1	39
Test di broncondilatazione	881	89	288	170	198	66	1.692
Test di broncocostrizione	131	-	27	-	5	13	176
Test di capacità di diffusione (DLCO)	96	4	68	8	34	18	228
Esame allergologico completo	279	49	84	43	17	15	487
Drenaggio posturale	331	-	-	-	-	-	331
Aerosol con farmaci	190	-	-	-	-	-	190
Esercizi respiratori	734	-	-	-	-	-	734
Test Pe Max-Pi Max	3	-	6	-	-	-	9
Visita a domicilio del medico	19	6	13	1	-	12	51
Visita a domicilio dell'assistente sanitaria	226	52	148	49	132	142	749
Pulsossimetria	865	177	435	247	296	389	2.409
Test da sforzo	98	-	8	-	2	-	108
Prelievo arterioso	478	93	167	80	42	156	1.016
Emogasanalisi	478	2	-	-	-	-	480
TOTALE	**12.774**	**1.241**	**3.513**	**1.536**	**2.104**	**1.850**	**23.018**
RX torace standard	5.650	67	-	112	-	-	5.829
TOTALE COMPLESSIVO	**18.424**	**1.308**	**3.513**	**1.648**	**2.104**	**1.850**	**28.847**

**Fonte: servizio Interaziendale Pneumologico*

2. ASSISTENZA DISTRETTUALE

2.1. SERVIZIO DI MEDICINA DI BASE

SERVIZI DI MEDICINA DI BASE

L'organizzazione e la gestione delle attività dei distretti sanitari, nonché il coordinamento dei rapporti con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta convenzionati sono affidati ai servizi di medicina di base delle aziende sanitarie.
Il Piano Sanitario Provinciale 2000-2002 attribuisce ai servizi di medicina di base funzioni di prevenzione, di educazione sanitaria, nonché di cura di forme morbose e inabilità mediante interventi di 1° livello e di pronto intervento di tipo diagnostico, terapeutico e riabilitativo, da effettuare in regime ambulatoriale, domiciliare e semiresidenziale. I servizi di medicina di base si occupano, inoltre, di promuovere il recupero dell'autonomia di soggetti non autosufficienti e di anziani attraverso trattamenti in regime residenziale.

DISTRETTI SANITARI

Per svolgere tali funzioni il servizio di medicina di base si avvale dei distretti sanitari (20 in tutta la provincia), che rappresentano unità tecnico-funzionali del servizio stesso.
Durante il 2005, i servizi di medicina di base delle quattro aziende sanitarie hanno intrapreso e realizzato progetti per la gestione e lo sviluppo dei distretti, volti in molti casi a studiare e a migliorare l'offerta dei servizi e le risposte ai bisogni particolari di specifici gruppi di utenti, che per la loro multidisciplinarietà hanno richiesto l'interazione con altri servizi sanitari, istituzioni e servizi sociali ed enti locali.
Nella Provincia di Bolzano i distretti sanitari sono formati di regola dall'aggregazione di 4-6 comuni, con una popolazione compresa tra i 15.000 e 20.000 abitanti (tranne il distretto di Bolzano con circa 100.000 abitanti). Ciascun distretto ha una sede principale, a cui possono aggiungersi più punti di riferimento dislocati nel territorio.
Per la realizzazione del programma di investimenti finalizzati alla realizzazione e/o all'ammodernamento degli edifici delle sedi e dei punti di riferimento di distretto, dal 1993 (anno del 1° finanziamento) ad oggi la Giunta Provinciale ha impegnato circa 102.000.000 Euro, a fronte di una spesa totale programmata di circa 135.000.000 Euro.
Tutti i distretti e i relativi punti di riferimento sono stati attivati; per quelli ancora sprovvisti di edifici costruiti o ristrutturati per le esigenze specifiche esistono sistemazioni provvisorie, che consentono un livello di operatività soddisfacente.
Nel 2005 è stata terminata la realizzazione dell'edificio della sede comune del distretto Naturno-Circondario, e sono iniziati i lavori per la sede comune del distretto S. Quirino/Gries di Bolzano. Inoltre sono iniziate progettazioni per diverse nuove sedi ed ampliamenti di sedi esistenti.
Le sedi costruite a partire dal 1994 ospitano insieme i distretti sanitari ed i distretti sociali.

Tabella 1: **Progetti intrapresi dai servizi di medicina di base e servizi ed enti coinvolti – Anno 2005**

Azienda Sanitaria	*Progetto*	*Servizi/enti/figure professionali coinvolti/e*
Bolzano	*Verifica dell'attività prescrittiva dei medici di Medicina Generale e ospedalieri e studio del fenomeno della mobilità*	*Servizio di contabilizzazione ricette, Osservatorio Epidemiologico*
	Presa in carico della Direzione Sanitaria delle case di riposo e centri di degenza	*Reparto di geriatria, Direzione infermieristica, Associazione Case di riposo dell'Alto Adige*
	Realizzazione nuovo documento informativo sui servizi dei distretti Oltradige/ Laives-Bronzolo-Vadena/ Bassa Atesina	*Comunità comprensoriale Oltradige/Bassa Atesina*
	Realizzazione all'interno del sito internet aziendale di un'area riservata ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta per comunicazioni, informazioni, modulistica, ecc..	*Ufficio relazioni con il pubblico*
	Riorganizzazione del sistema informativo aziendale per la rilevazione delle prestazioni specialistiche distrettuali	*Ripartizione sistema informatico*
Merano	*Pianificazione strategica delle attività distrettuali dell'Azienda Sanitaria di Merano con stesura di Mission, Obiettivi strategici specifici e responsabili per ciascuna attività*	*Dirigenza Infermieristica Territoriale, Dirigenza Amministrativa Territoriale, Coordinatori Medici, Coordinatori infermieristici, Amministratori distrettuali*
	Progetto di prevenzione di tumori cutanei	*MMG, SÜGAM*
	Progetto di prevenzione del tumore della prostata	*MMG, SÜGAM*
	Progetto Assessment Geriatrico	*MMG, SÜGAM*
	Progetto di prevenzione delle malattie cardiovascolari e progetto TAONET-MMG	*MMG, Reparto di Medicina, Centro Trasfusionale, EDV*
	Predisposizione di un Pianto di prevenzione aziendale	*Direzione Sanitaria, Primari A.S. di Merano*
	Progetto "Stili di vita" nelle scuole elementari	*Sovritendenza scolastica tedesca, Scuola Frankenberg*
Bressanone	*Progetto "Palliativo"*	*MMG, medici specialisti e infermieri*
	Progetto "Mal di schiena"	*MMG, medici specialisti (di traumatologia e fisioterapia e neurologo)*
	Progetto "Carie e profilassi"	*Assistenti sanitari, dentisti , scuole elementari*
	Iniziativa "Postura corretta"	*Medici specialisti (di ortopedia pediatrica e fisioterapia) e scuole medie*
Brunico	*Progetto Assessment Geriatrico*	*MMG, SÜGAM*
	Progetto "Carie e profilassi"	*Assistenti sanitari, dentisti , scuole elementari*

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 2: **Distretti sanitari con indicazione delle sedi e dei punti di riferimento e dello stato di realizzazione dei relativi edifici - Situazione al 31/12/2005**

Aziende	Distretti	Sedi distretto attivate	Stato edifici di sede	Sedi punti di riferimento	Stato edifici punto di riferimento
Bolzano	Val Gardena	Ortisei	Realizzato		
	Val d'Ega-Sciliar	Cardano	Realizzato	Nova Levante Nova Ponente Fiè Castelrotto	Realizzato Realizzato In progettazione In progettazione
	Salto-Val Sarentino-Renon	Bolzano	Realizzato	Sarentino Renon Meltina	Realizzato Realizzato Realizzato
	Oltradige	Appiano	Realizzato	Terlano Caldaro	Realizzato Realizzato
	Laives-Bronzolo-Vadena	Laives	Realizzato		
	Bassa Atesina	Egna	Realizzato		
	Bolzano	Don Bosco Europa Centro-Rencio S.Quirino/Gries Oltrisarco	Realizzato Realizzato Realizzato In costruzione Realizzato		
Merano	Alta Val Venosta	Malles	Realizzato	Prato	Realizzato
	Media Val Venosta	Silandro	Realizzato		
	Naturno-circondario	Naturno	In fase di realizzazione sede unica		
	Lana-circondario	Lana	Realizzato	S. Valburga	Nessun progetto
	Merano-circondario	Merano	Realizzato		
	Val Passiria	S.Leonardo	Realizzato		
Bressanone	Alta Valle Isarco	Vipiteno	In progettazione		
	Bressanone-circondario	Bressanone	In progettazione	Rio Pusteria	Realizzato
	Chiusa-circondario	Chiusa	Realizzato		
Brunico	Campo Tures-Aurina	Tures	Realizzato		
	Brunico-circondario	Brunico	Realizzato	Valdaora	Realizzato
	Alta Val Pusteria	S.Candido	Realizzato	Monguelfo	Sospesa la progettazione
	Val Badia	S.Martino	Realizzato		

Fonte: PAB - Ufficio Distretti sanitari

DISLOCAZIONE TERRITORIALE DELLE PRESTAZIONI EROGABILI NEI DISTRETTI

Le tipologie di prestazioni erogabili nei distretti sono molto differenti tra le diverse strutture: l'offerta dipende dall'azienda sanitaria a cui i distretti fanno riferimento e viene dimensionata in base alle esigenze riscontrate nella popolazione insediata nel territorio. La tipologia e la diffusione dei servizi offerti dai distretti è molto variabile. Accanto ad un nucleo di servizi "minimi interni", offerti ed organizzati cioè da tutti i distretti delle aziende sanitarie, quali i servizi amministrativi, infermieristici ambulatoriali e domiciliari, centri prelievi e consultori pediatrici, vi sono servizi "minimi esterni", ovvero offerti da tutti o dalla maggior parte dei distretti delle aziende sanitarie, ma organizzati dai responsabili dei servizi specialistici a cui afferiscono e dipendono, ovvero i servizi dietetico nutrizionali, i servizi di riabilitazione, i servizi psichiatrici e quelli psicologici.

Tabella 3: **Prestazioni erogabili nei distretti sanitari dell'Azienda Sanitaria di Bolzano (escluso distretto sanitario di Bolzano) - Anno 2005**

		Prestazioni erogabili nei distretti																					
Distretti	Comuni o frazioni	Amministrative	Prelievi	Inferm. ambulatoriali	Inferm. domiciliari	Consult. pediatriche (*)	Consult. ostetrico/ginecol.(**)	Dietetico mutrizionali (***)	Riabilitative (1)	Odontoiatriche	Radiologiche	Pneumologiche	Medicina del lavoro	Medicina dello sport	Oculistiche	Neuropsich. infantile	Psichiatriche	Psicologiche	Serv. Igiene e Sanità Pubbl.	ECG	Amb. Cardiologico	Amb. Reumatologico	Servizio Vaccinazioni	Amb. Urologico
Val Gardena	**Ortisei**	X	X	X	X	Pa	Go	d	X	X			X	X		X	X	X						
	Selva				X	a																		
Val d'Ega-Sciliar	**Cardano**	X	X	X	X	Pa	Go	d	X	X				X				X						X
	Castelrotto	X	X	X	X	Pa		d	X															
	Fiè	X	X	X	X	Pa																		
	Nova Levante	X	X	X	X	Pa	G		X															
	Nova Ponente	X	X	X	X	Pa			X								X	X						
Salto-Val Sarentino-Renon	Collalbo	X	X	X	X	Pa	G	d	X									X						
	Meltina	X		X	X	Pa	G	d	X															
	S.Genesio			X	X	Pa	G	d	X															
	Sarentino	X	X	X	X	Pa	G	d	X								X	X						
Oltradige	**Appiano S.Michele**	X	X	X	X	a	Go	d	X	X					X		X	X	X				X	X
	Caldaro	X	X	X	X	a	Go	d									X							
	Cornaiano			X		a																		
	San Paolo					a																		
	Terlano	X	(2)	X	X	a	Go	d																
Laives-Bronzolo-Vadena	**Laives**	X	X (2)	X	X	a	Go	d	X	X							X	X	X	X			X	X
Bassa Atesina	**Egna**	X	X	X	X	a	Go	d	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						X
	Aldino			X	X	a																		
	Anterivo				X																			
	Cortaccia			X	X	a																		
	Cortina a/A			X	X																			
	Laghetti			X	X																			
	Magrè				X																			
	Montagna			X		a																		
	Ora		X	X	X	a	Go																	
	Salorno			X	X	a																		
	Termeno				X	a																		
	Trodena			X	X	a	o																	

(*) P=pediatra; a=assistente sanitaria; (**) G=ginecologo; o=ostetrica; (***) D=dietologo; d=dietista

(1) Comprendono fisioterapia, logopedia, ergoterapia e massaggi

(2) Prelievi a domicilio

(3) Dal 17.10.2005 è stato aperto il centro prelievi

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano

Tabella 4: **Prestazioni erogabili nel distretto sanitario di Bolzano dell'Azienda Sanitaria di Bolzano - Anno 2005**

Distretti	Comuni o frazioni	Prestazioni erogabili nei distretti																				
		Amministrative	Prelievi	Inferm. ambulatoriali	Inferm. domiciliari	Consult. pediatriche (*)	Consult. ostetrico/ginecol.(**)	Dietetico nutrizionali (***)	Riabilitative (1)	Odontoiatriche	Radiologiche	Oculistiche	ECG	Amb. Cardiologico	Amb. Reumatologico	Amb. di Dermatologia	Amb. di Ortopedia	Amb. di Otorinolaringoiatria	Amb. di Neurologia	Amb. di Oncologia	Amb. di Diabetologia	Amb. di Urologia	Amb. di Agopuntura
Bolzano	**Gries-S.Quirino**	X		X	X	a		Dd	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Centro-Piani-Rencio	X	X	X	X	a	Go		X													X	
	Don Bosco	X		X	X	a	Go	d	X	X	X											X	
	Europa	X	X	X	X	a	Go	d	X	X												X	
	Oltrisarco	X	X	X	X	a	o												X		X	X	

(*) P=pediatra; a=assistente sanitaria; (**) G=ginecologo; o=ostetrica; (***) D=dietologo; d=dietista

(1) Comprendono fisioterapia, logopedia, ergoterapia e massaggi

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano

Vi sono inoltre "servizi unici", offerti attualmente da un'unica azienda nei distretti sanitari o addirittura da un unico distretto di un'azienda: è il caso ad esempio dell'ambulatorio cardiologico e reumatologico di Gries – S. Quirino (distretto di Bolzano), del servizio vaccinazioni presente ad Appiano (Oltradige), e a Laives o quello di enterostomia presente solamente nei distretti sanitari dell'Azienda Sanitaria di Merano.

Nelle Tabelle vengono riportate le tipologie di prestazioni erogate da ogni distretto distintamente per azienda sanitaria.

Relativamente all'Azienda Sanitaria di Bolzano le tipologie di prestazioni vengono illustrate in due tabelle distinte per la specificità delle prestazioni erogate nel distretto di S. Quirino Gries.

Fanno parte integrante dell'offerta di servizi sanitari del distretto di S. Quirino Gries, sito in via Amba Alagi, infatti, le prestazioni specialistiche di odontoiatria, dermatologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, neurologia, oncologia, diabetologia, urologia ed agopuntura in passato erogate dai poliambulatori specialistici ospedalieri di via Amba Alagi gestiti prima dalla Direzione Medica Ospedaliera ora dal Servizio di Medicina di Base. Nel distretto sanitario di Merano vengono, inoltre, offerte prestazioni specialistiche nell'ambito neurologico, dermatologico e della terapia del dolore.

Tabella 5: **Prestazioni erogabili nei distretti dell'Azienda Sanitaria di Merano - Anno 2005**

		Prestazioni erogabili nei distretti																			
Distretti	Comuni o frazioni	Amministrative	Prelievi	Inferm. ambulatoriali	Inferm. domiciliari	Consult. pediatriche (*)	Consult. ostetrico/ginecol.(**)	Dietetico nutrizionali (***)	Riabilitative	Odontoiatriche	Enterostomia	Neuropsich. infantile	Psichiatriche	Psicologiche	Dermatologiche	Ufficio invalidi civili	Serv. dipendenze	Serv. Igiene e Sanità Pubbl.	Linfodrenaggio	Amb. Neurologico	Consulenza genetica	Terapia del dolore
Alta Val Venosta	**Malles**	X	X	X	X	a	Go	d	X	X	X		X	X		X						
	Burgusio				X																	
	Curon		X	X	X																	
	Glorenza			X	X																	
	Mazia			X	X																	
	Prato a.Stelvio	X	X	X	X	a		d														
	Resia			X	X																	
	Sluderno		X		X																	
	Stelvio		X	X	X																	
	Tubre			X	X																	
Media Val Venosta	**Silandro**	X		X	X	a		d	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X		
	Castelbello		X	X	X	a																
	Laces		X	X	X	a																
	Lasa		X	X	X	a																
Naturno-circondario	**Naturno**	X	X	X	X	a	Ga	d		X						X						
	Certosa			X	X																	
	Madonna			X	X		a															
	Parcines			X	X	a	a	d														
	Plaus			X	X																	
	Rablà			X	X																	
Lana-circondario	**Lana**	X	X	X	X	a	Go	d	X	X	X					X		X				
	Cermes				X																	
	Gargazzone			X	X																	
	Lauregno	X	X	X	X			d														
	Postal			X	X			d														
	Proves	X		X	X	Pa		d					X									
	S.Pancrazio	X			X	Pa		d														
	San Felice	X	X	X	X			d														
	Tesimo				X	a																
	Ultimo	X	X	X	X	Pa		d														
Merano-circondario	**Merano**	X		X	X	a	Go	Dd	X	X	X		X	X	X	X			X	X	X	X
	Lagundo			X	X																	
	Marlengo			X	X																	
	Rifiano			X	X	a																
	Scenna			X	X																	
	Tirolo			X	X																	
	Verano			X	X	a																
Val Passiria	**S.Leonardo**	X	X	X	X	Pa	Go	d	X	X	X		X	X			X					
	Moso			X	X	Pa		d	X							X						
	S.Martino			X	X	Pa		d	X													

(*) P=pediatra; a=assistente sanitaria; (**) G=ginecologo; o=ostetrica; (***) D=dietologo; d=dietista

Fonte: Azienda Sanitaria di Merano

Tabella 6: **Prestazioni erogabili nei distretti dell'Azienda Sanitaria di Bressanone - Anno 2005**

Distretti	Comuni o frazioni	Prestazioni erogabili nei distretti										
		Amministrative	Prelievi	Inferm. ambulatoriali	Inferm. domiciliari	Consult. pediatriche (*)	Consult. ostetrico/ginecol.(**)	Dietetico nutrizionali (***)	Riabilitative	Odontoiatriche	Psichiatriche	Psicologiche
Alta Valle Isarco	**Vipiteno**	X		X	X	Pa		d				X
	Brennero				X							
	Campo di Trens				X							
	Colle Isarco			X	X	a						
	Fortezza			X	X							
	Racines				X							
	Val di Vizze				X							
Bressanone-circondario	**Bressanone**	X		X	X	a		d				X
	Luson			X	X	a						
	Naz-Sciaves				X							
	Rio di Pusteria	X	X	X	X	ao		d				
	Rodengo				X							
	S.Andrea			X	X	a						
	Vandoies			X	X	a						
	Varna			X	X							
Chiusa-circondario	**Chiusa**	X	X	X	X	Pa	Goa	d		X	X	X
	Barbiano			X	X							
	Funes			X	X							
	Gudon			X	X							
	Laion			X	X	a						
	Latzons			X	X							
	Ponte Gardena				X							
	Velturno				X	a						
	Villandro			X	X							

(*) P=pediatra; a=assistente sanitaria

(**) G=ginecologo; o=ostetrica

(***) D=dietologo; d=dietista

Fonte: Azienda Sanitaria di Bressanone

Tabella 7: **Prestazioni erogabili nei distretti dell'Azienda Sanitaria di Brunico - Anno 2005**

		Prestazioni erogabili nei distretti												
Distretti	Comuni o frazioni	Amministrative	Prelievi	Inf. ambulatoriali	Inferm. domiciliari	Cons. pediatriche (*)	Cons. ostetr./gin. (**)	Dietetico Nutriz.li (***)	Riabilitative	Logopediche	Psicologiche	Ergoterapie	Servizio veterinario	Servizio odontoiatrico
Tures-Aurina	**Campo Tures**	X	X	X	X	a	G	d	X	X	X	X	X	
	Acereto			X	X									
	Cadipietra			X	X									
	Lappago			X	X									
	Lutago			X	X									
	Molini di Tures			X	X									
	Predoi			X	X									
	Riobianco			X	X									
	Riva di Tures			X	X									
	San Giovanni			X	X									
	San Pietro			X	X									
	Selva dei Molini			X	X									
Brunico-circondario	**Brunico**	X		X	X	a		d					X	X
	Anterselva di Mezzo			X	X									
	Anterselva di Sotto			X	X									
	Casteldarne			X	X									
	Chienes			X	X	a								
	Falzes			X	X	a								
	Gais			X	X									
	Perca			X	X									
	Rasun di Sotto			X	X	a								
	Riscone			X	X									
	San Giorgio			X	X									
	San Lorenzo di Sebato			X	X									
	Sorafurcia			X	X									
	Terento			X	X									
	Valdaora di Mezzo		X	X	X	a								
	Valdaora di Sotto			X	X									
	Villa Ottone			X	X									
Alta Val Pusteria	**San Candido**	X		X	X	a		d			X			X
	Braies			X	X									
	Colle/Casies			X	X									
	Dobbiaco			X	X	a								
	Monguelfo		X	X	X	a								
	S.ta Maddalena/Casies			X	X									
	San Martino/Casies			X	X									
	Sesto			X	X	a								
	Tesido			X	X									
	Villabassa			X	X	a								
Val Badia	**San Martino in Badia**	X	X	X	X	Pa	G	d	X	X	X	X	X	
	Antermoia			X	X									
	Badia					a								
	Corvara			X	X									
	La Valle			X	X									
	Longiarù-Campill			X	X									
	Pedraces			X	X									
	San Cassiano			X	X									
	San Vigilio			X	X									

(*) P=pediatra; a=assistente sanitaria

(**) G=ginecologo; o=ostetrica; (***) D=dietologo; d=dietista

Fonte: Azienda Sanitaria di Brunico

2.2. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

La popolazione assistibile dal Servizio Sanitario Provinciale nel 2005 ammontava a 473.395 persone delle quali 89,1% in carico ai medici di medicina generale. La dotazione di personale medico si attestava a 250 medici di medicina generale e 51 pediatri. Il carico assistenziale medio per medico indica una certa variabilità legata anche alle condizioni territoriali. Considerando come rapporto ottimale un medico di medicina generale ogni 1.500 abitanti, si evidenzia un fabbisogno di medici soprattutto per il distretto di Bolzano, di Laives-Bronzolo-Vadena e di Alta Valle Isarco. Il pediatra di libera scelta è presente solo in 15 distretti.

La copertura assistenziale del medico di assistenza primaria nei confronti dei propri iscritti, è attivata dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e dalle ore 8.00 alle ore 10.00 dei giorni prefestivi infrasettimanali. La continuità assistenziale per le urgenze notturne, prefestive e festive negli orari diversi da quelli sopra indicati viene garantita secondo diverse modalità.

Il servizio stagionale di assistenza medica ai villeggianti viene attivato solo per l'Azienda Sanitaria di Bolzano e Brunico, mentre nell'Azienda Sanitaria di Bressanone l'assistenza ai villeggianti è garantita dalla normale reperibilità settimanale e del fine settimana dei medici di medicina generale dei singoli distretti.

2.2.1. Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta

LA SCELTA DEL MEDICO DI BASE

Al 31 dicembre 2005 le persone registrate come assistibili del Servizio Sanitario Provinciale erano 473.395 (+1,0% rispetto al 2004), di cui circa 421 mila risultavano in carico ai medici di medicina generale e circa 50 mila erano seguiti dai pediatri di libera scelta. Gli assistibili con età inferiore ai 14 anni erano 69.389 (+0,6% rispetto al 2004), il 68,9% dei quali era seguito da un pediatra di libera scelta.

Tabella 8: **Numero di scelte espresse in favore dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta per azienda sanitaria - Anno 2005**

n. scelte in favore di:	*Bolzano*	*Merano*	*Bressanone*	*Brunico*	*Provincia*
Medici medicina generale	*188.297*	*108.858*	*58.430*	*65.996*	*421.581*
Pediatri di libera scelta	*23.286*	*14.558*	*7.723*	*6.247*	*51.814*
TOTALE SCELTE	***211.583***	***123.416***	***66.153***	***72.243***	***473.395***

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 9: **Assistibili dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, per classe d'età e per azienda sanitaria - Anno 2005**

	Medicina generale		Pediatri libera scelta		Assistibili		
	0-13	≥ 14	0-13	≥ 14	0-13	≥ 14	Totale
Bolzano	8.058	180.239	21.213	2.073	29.271	182.312	211.583
Merano	4.495	104.363	13.584	974	18.079	105.337	123.416
Bressanone	2.996	55.434	7.346	377	10.342	55.811	66.153
Brunico	6.028	59.968	5.669	578	11.697	60.546	72.243
PROVINCIA	**21.577**	**400.004**	**47.812**	**4.002**	**69.389**	**404.006**	**473.395**

Fonte: aziende sanitarie

CARICO ASSISTENZIALE MEDIO PER MEDICO DI BASE

Al 31 dicembre 2005 i medici di base convenzionati con il Servizio Sanitario Provinciale erano complessivamente 301, ovvero 250 medici di medicina generale e 51 pediatri di libera scelta. Il calcolo del rapporto tra il numero di scelte effettuate ed il numero di medici fornisce il valore medio provinciale di 1.686 assistibili per medico di medicina generale e di 1.016 assistibili ogni pediatra di libera scelta. Rispetto alle altre regioni italiane (dati 2004 del Ministero della Salute), tali indicatori risultano superiori alla media nazionale.

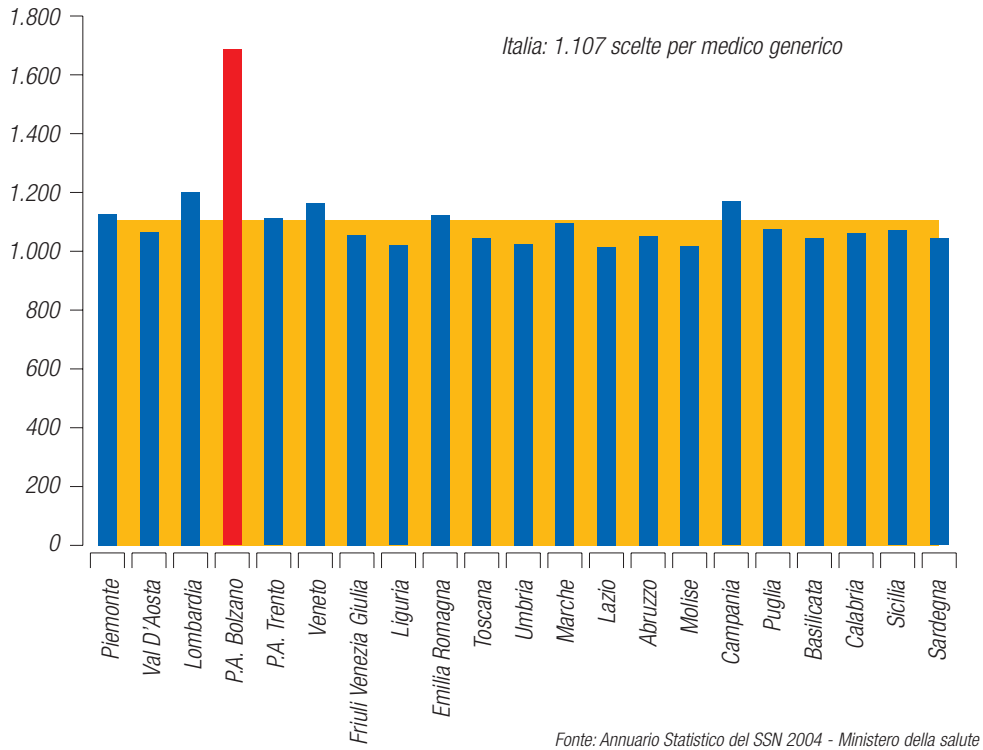
Tabella 10: **Numero medio di assistibili per medico di medicina generale e per pediatra di libera scelta - Situazione al 31/12/2005**

Distretti/Aziende	Medici medicina generale			Pediatri libera scelta		
	Medici	Scelte	Carico medio	Pediatri	Scelte	Carico medio
Val Gardena	5	9.338	1.868	1	888	888
Val d'Ega-Sciliar	10	17.759	1.776	-	-	-
Salto-Val Sarentino-Renon	11	16.794	1.527	1	478	478
Oltradige	13	22.253	1.712	4	4.531	1.133
Laives-Bronzolo-Vadena	8	16.030	2.004	3	3.058	1.019
Bassa Atesina	13	20.744	1.596	2	2.099	1.050
Bolzano	52	85.379	1.642	12	12.232	1.019
A.S. Bolzano	**112**	**188.297**	**1.681**	**23**	**23.286**	**1.012**
Alta Val Venosta	9	14.250	1.583	1	1.180	1.180
Media Val Venosta	8	15.085	1.886	2	2.641	1.321
Naturno-circondario	5	9.068	1.814	1	1.249	1.249
Lana-circondario	12	19.730	1.644	2	2.428	1.214
Merano-circondario	27	42.214	1.563	7	7.060	1.009
Val Passiria	4	8.511	2.128	-	-	-
A.S. Merano	**65**	**108.858**	**1.675**	**13**	**14.558**	**1.120**
Alta Valle Isarco	7	14.666	2.095	1	1.175	1.175
Bressanone-circondario	19	30.241	1.592	5	4.496	899
Chiusa-circondario	8	13.523	1.690	3	2.052	684
A.S. Bressanone	**34**	**58.430**	**1.719**	**9**	**7.723**	**858**
Tures-Aurina	6	12.286	2.048	-	-	-
Brunico-circondario	19	28.712	1.511	6	6.247	1.041
Alta Val Pusteria	7	14.811	2.116	-	-	-
Val Badia	7	10.187	1.455	-	-	-
A.S. Brunico	**39**	**65.996**	**1.692**	**6**	**6.247**	**1.041**
PROVINCIA	**250**	**421.581**	**1.686**	**51**	**51.814**	**1.016**

Fonte: aziende sanitarie

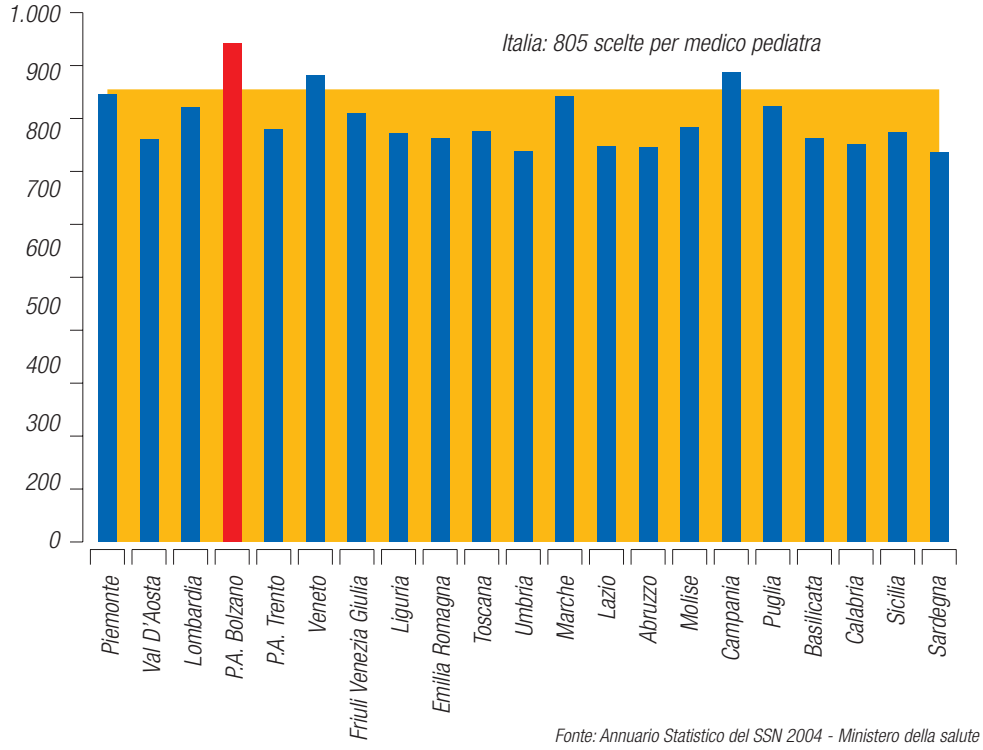
La diversa distribuzione dei medici di base tra le aziende e all'interno dei distretti sanitari, legata anche alle condizioni territoriali, comporta una certa variabilità dell'indice di carico assistenziale medio per medico. Si rileva che solo in 15 distretti sanitari su 20 è operante almeno un pediatra di libera scelta.

Figura 1: **N. di scelte per medico di medicina generale nelle regioni italiane – Anno 2004**



Fonte: Annuario Statistico del SSN 2004 - Ministero della salute

Figura 2: **N. di scelte per pediatra di libera scelta nelle regioni italiane – Anno 2004**



Fonte: Annuario Statistico del SSN 2004 - Ministero della salute

Tabella 11: **Medici di medicina generale, popolazione maggiore di 14 anni, rapporto abitanti/medici, stima del fabbisogno aggiuntivo di medici per distretto - Situazione al 31/12/2005**

Distretti/Aziende	Numero medici	Abitanti età > 14	Abitanti per medico	Stima del fabbisogno aggiuntivo
Val Gardena	5	7.171	1.434	
Val d'Ega-Sciliar	10	15.476	1.548	0,3
Salto-Val Sarentino-Renon	11	14.564	1.324	
Oltradige	13	22.280	1.714	1,9
Laives-Bronzolo-Vadena	8	15.995	1.999	2,7
Bassa Atesina	13	18.981	1.460	
Bolzano	52	85.585	1.646	5,1
A.S. Bolzano	**112**	**180.052**	**1.608**	
Alta Val Venosta	9	12.778	1.420	
Media Val Venosta	8	14.635	1.829	1,8
Naturno-circondario	5	8.612	1.722	0,7
Lana-circondario	12	18.593	1.549	0,4
Merano-circondario	27	42.569	1.577	1,4
Val Passiria	4	6.894	1.724	0,6
A.S. Merano	**65**	**104.081**	**1.601**	
Alta Valle Isarco	7	15.175	2.168	3,1
Bressanone-circondario	19	28.077	1.478	
Chiusa-circondario	8	12.823	1.603	0,5
A.S. Bressanone	**34**	**56.075**	**1.649**	
Tures-Aurina	6	10.274	1.712	0,8
Brunico-circondario	19	28.178	1.483	
Alta Val Pusteria	7	12.357	1.765	1,2
Val Badia	7	8.229	1.176	
A.S. Brunico	**39**	**59.038**	**1.514**	
PROVINCIA	**250**	**399.246**	**1.597**	

Fonte: aziende sanitarie

IL FABBISOGNO DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Salvo eccezioni motivate, la normativa provinciale stabilisce quale rapporto ottimale un medico di medicina generale ogni 1.500 abitanti.

Il confronto tra rapporto effettivo e rapporto ottimale fornisce indicazioni di massima sulla carenza dei medici di medicina generale; se la differenza tra i due rapporti è positiva, vi è una carenza di medici. In tal modo si stima, per esempio, il fabbisogno aggiuntivo di 5,1 medici nel distretto sanitario di Bolzano, di 3,1 nel distretto di Alta Valle Isarco, di 2,7 nel distretto di Laives-Bronzolo-Vadena, di 1,9 nel distretto sanitario di Oltradige e 1,8 nel distretto di Media Val Venosta. C'è da precisare tuttavia che, nella stima qui effettuata, non si tiene conto delle diverse condizioni territoriali di alcuni distretti sanitari, né del fatto che dal numero complessivo di assistibili vengono esclusi i ricoverati in casa di riposo e nemmeno della possibilità, di mantenere il pediatra fino al compimento dei 16 anni; i risultati così ottenuti hanno pertanto un valore puramente indicativo e sovrastimano la reale carenza di medici di medicina generale.

Figura 3: **Medici di medicina generale per n. di assistibili. Provincia di Bolzano - Situaz. al 31/12/2005**

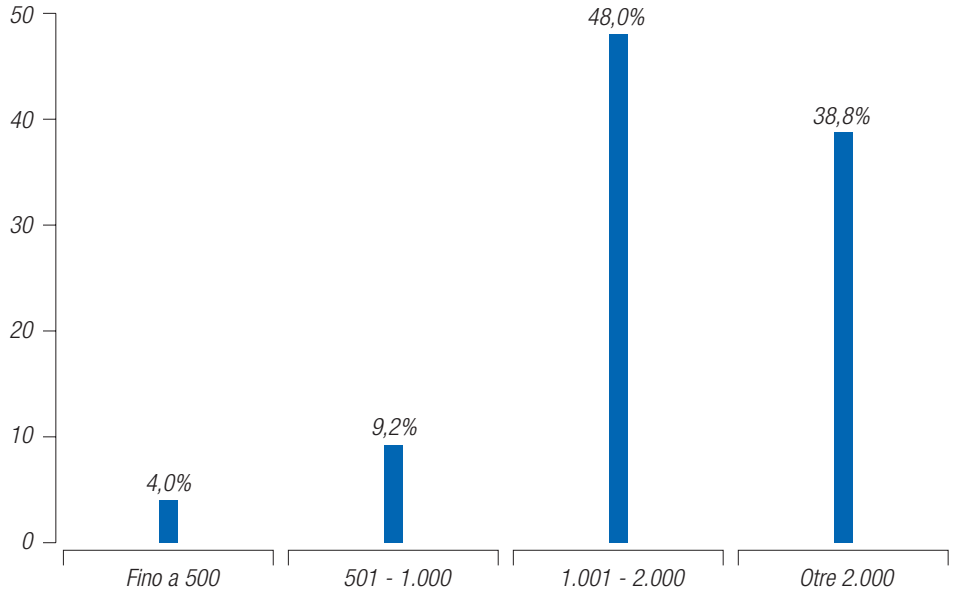


Figura 4: **Pediatri di libera scelta per n. di assistibili. Provincia di Bolzano - Situaz. al 31/12/2005**

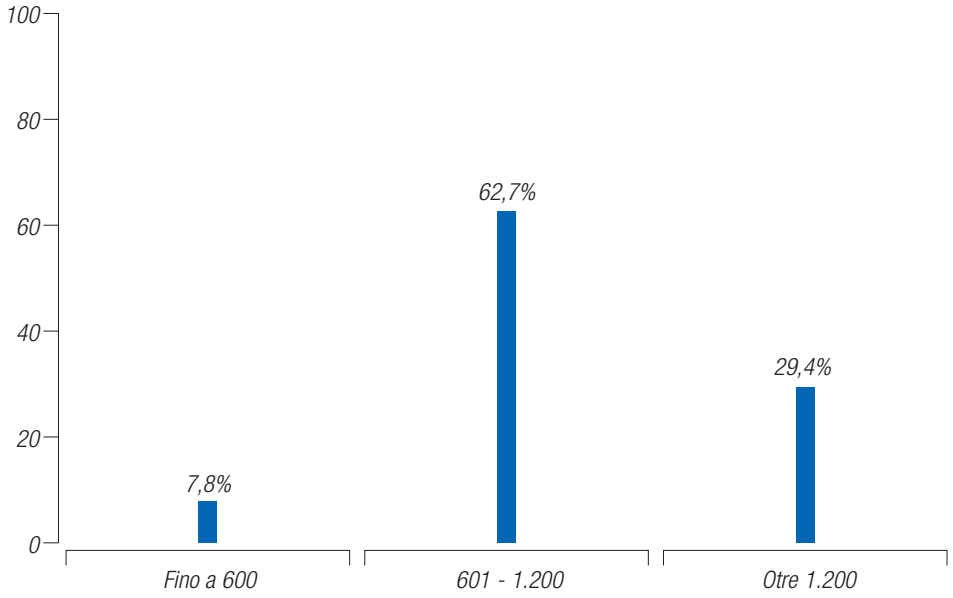


Tabella 12: **Medici di medicina generale distribuiti per numero di assistibili per azienda sanitaria - Situazione al 31/12/2005**

Classi di scelte	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Fino a 500	3	1	5	1	10
501 – 1.000	10	5	2	6	23
1.001 – 2.000	62	38	7	13	120
Oltre 2.000 scelte	37	21	20	19	97
TOTALE MEDICI MEDICINA GENERALE	**112**	**65**	**34**	**39**	**250**

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 13: **Pediatri di libera scelta distribuiti per numero di assistibili per azienda sanitaria - Situazione al 31/12/2005**

Classi di scelte	*Bolzano*	*Merano*	*Bressanone*	*Brunico*	*Provincia*
Fino a 600	*3*	*1*	*-*	*-*	*4*
601 – 1.200	*14*	*5*	*9*	*4*	*32*
Oltre 1.200 scelte	*6*	*7*	*-*	*2*	*15*
TOTALE PEDIATRI LIBERA SCELTA	***23***	***13***	***9***	***6***	***51***

Fonte: aziende sanitarie

CLASSI MASSIMALI DI SCELTE

Al 31 dicembre 2005, il 38,8% dei medici di medicina generale superava il massimale di 2.000 assistiti (D.G.P. n. 4504 18/10/1999).
Il massimale previsto per i pediatri di libera scelta risulta di 1.200 scelte. Tale limite può essere superato in conseguenza alle deroghe previste nell'art. 24 dell'accordo collettivo – D.G.P. n. 2912 11/08/2000. Alla fine del 2005 il 29,4% dei pediatri superava tale massimale.

APERTURA SETTIMANALE DEGLI AMBULATORI

L'orario di apertura degli ambulatori (ore giornaliere e giorni alla settimana) è un significativo indicatore di accessibilità dei servizi di medicina generale e di pediatria di libera scelta; pertanto, l'accesso agli utenti deve essere agevolato mediante un orario di apertura adeguato. Mediamente in provincia nel 2005, l'ambulatorio del medico di medicina generale è rimasto aperto per 17 ore e 27 minuti la settimana. L'Azienda Sanitaria di Brunico ha offerto l'orario di apertura mediamente più ampio, 18 ore e 30 minuti; in quella di Bolzano l'orario medio per medico si riduce a 16 ore e 57 minuti la settimana.
Nel 2005, 106 medici di medicina generale (pari al 42,4%) avevano l'ambulatorio aperto dopo le ore 18.00 e solo 1 al sabato mattina; 45 medici (18,0%) presentavano un orario di apertura settimanale superiore alle 20 ore.
L'orario di apertura settimanale degli ambulatori dei pediatri di libera scelta è sensibilmente inferiore a quello dei medici di medicina generale: 15 ore e 21 minuti in media. A tale riguardo va messo in evidenza il fatto che il vigente contratto provinciale dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale prevede un orario di apertura proporzionale al numero di iscritti.
Nel 2005 solo un pediatra di libera scelta operante sul territorio provinciale aveva un orario di apertura superiore alle 20 ore settimanali, mentre 8 pediatri davano la possibilità di accedere all'ambulatorio dopo le ore 18.00.

Figura 5: **N. medio ore e minuti di apertura settimanale per medico di medicina generale – Anno 2005**

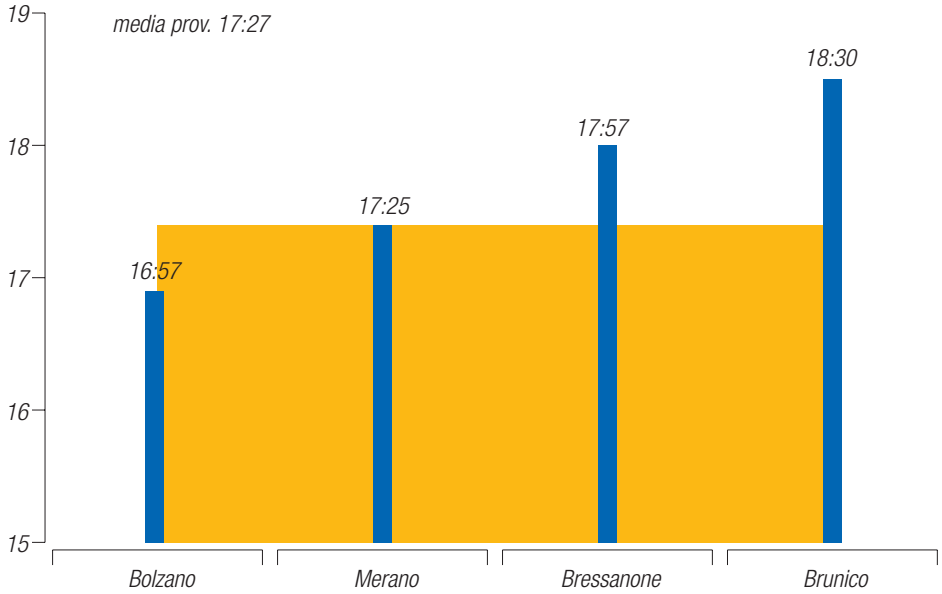
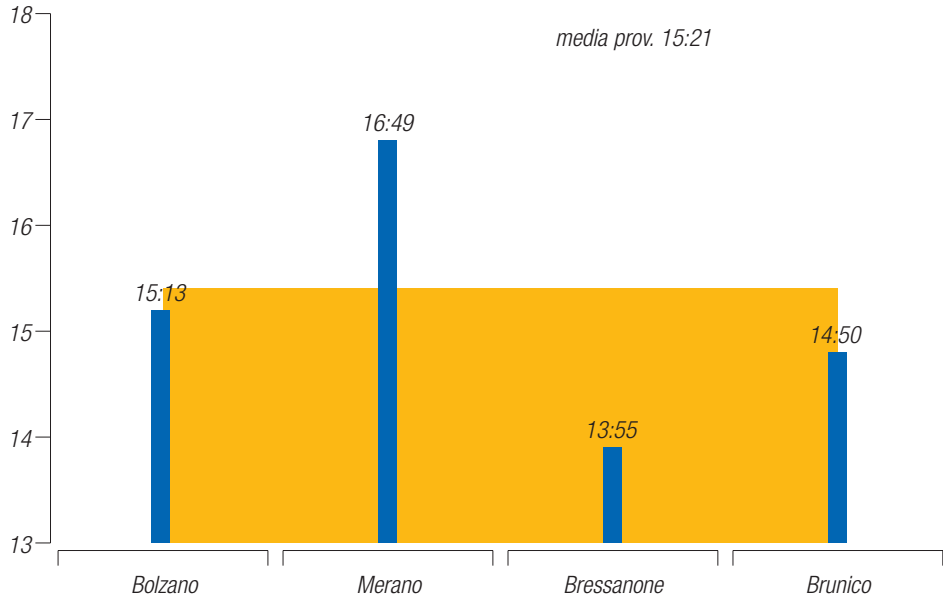


Figura 6: **N. medio ore e minuti di apertura settimanale per pediatra di libera scelta – Anno 2005**



Naturalmente, l'adeguatezza degli orari di apertura degli ambulatori medici rispetto alle esigenze degli utenti, andrebbe valutata rispetto alla tipologia degli assistiti, tenendo conto della loro età e del loro stato di salute.

Tabella 14: **Prestazioni aggiuntive erogate dai medici di medicina generale per azienda sanitaria - Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Prima medicazione	5.242	4.443	3.275	1.199	14.159
Sutura di ferita superficiale	1.020	266	238	222	1.746
Successive medicazioni	8.252	5.842	3.450	1.952	19.496
Rimozione punti di sutura e medicazione	2.723	2.128	1.492	1.385	7.728
Cateterismo uretrale nell'uomo	193	163	47	140	543
Cateterismo uretrale nella donna	1	12	43	1	57
Tamponamento nasale anteriore	31	23	4	9	67
Fleboclisi	129	89	-	43	261
Iniezione di gammaglobulina o vaccinazione antitetanica	670	976	280	35	1.961
Iniezione sottocutanea desensibilizzante	41	65	2	33	141
Tampone faringeo, prelievo per esame batteriologico (solo su pazienti non deambulanti)	-	12	-	-	12
Rimozione corpo estraneo dall'occhio	122	160	33	98	413
Asportazione tappo di cerume	6.491	4.957	2.475	2.774	16.697
Ciclo di fleboclisi	1.497	1.749	235	242	3.723
Ciclo curatico di iniezioni endovenose	1.358	291	-	1.112	2.761
Vaccinazioni non obbligatorie	2.995	6.591	2.970	2.149	14.705
Iniezione endovenosa	535	57	547	40	1.179
TOTALE	**31.300**	**27.824**	**15.091**	**11.434**	**85.649**

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 15: **Prestazioni aggiuntive erogate dai pediatri di libera scelta per azienda sanitaria - Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Sutura di ferita superficiale	13	-	-	5	18
Rimozione punti di sutura e medicazione	148	186	66	45	445
Estrazione corpo estraneo dal naso	3	-	-	-	3
Estrazione corpo estraneo dall'occhio	-	7	-	-	7
Estrazione corpo estraneo dall'orecchio	1	-	-	-	1
Prima medicazione	284	137	37	60	518
Medicazioni successive	197	103	128	65	493
Riduzione incruenta di fimosi e parafimosi	2	54	-	2	58
Riduzione di ernia inguinale	-	3	-	-	3
Sbrigliamento sinecchia piccole labbra	60	12	6	1	79
Toilette di perionichia supporata	12	4	-	3	19
Riduzione della pronazione dolorosa dell'ulna	6	1	-	3	10
Terapia iniettoria desensibilizzante (per seduta)	-	13	-	-	13
Asportazione di verruche	179	111	25	55	370
Iniezione endovenosa	-	3	-	12	15
Scotch-test per ossiuri	23	2	-	-	25
Tampone faringeo per test veloce di streptococchi	1.182	869	525	800	3.376
Trattamento provvisorio di frattura o lussazione mediante immobilizzazione con materiale idoneo:					
- piccoli segmenti	3	1	-	-	4
- grandi segmenti	1	-	-	-	1
Spirometria	30	-	-	15	45
Pricktest	26	-	45	23	94
ECG	6	-	-	30	36
Ecografia, per distretto	286	524	-	96	906
Esame urine effettuate con analizzatore con referto stampato	183	66	478	662	1.389
TOTALE	**2.645**	**2.096**	**1.310**	**1.877**	**7.928**

Fonte: aziende sanitarie

2.2.2. Servizio di continuità assistenziale

IL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

La copertura assistenziale del medico di assistenza primaria nei confronti dei propri iscritti, è attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e dalle ore 8.00 alle ore 10.00 dei giorni prefestivi infrasettimanali. La continuità assistenziale per le urgenze notturne, prefestive e festive negli orari diversi da quelli sopra indicati viene garantita secondo diverse modalità.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IN FORMA ATTIVA

Il servizio di guardia medica in forma attiva, con apposita centrale operativa di collegamento, è stato reso operativo per i distretti sanitari di Bolzano, Laives-Bronzolo-Vadena e Oltradige, per i comuni di Meltina, San Genesio, Tires e la frazione di Cardano (Comune di Cornedo all'Isarco), coprendo circa il 70% della popolazione dell'Azienda Sanitaria di Bolzano. Il servizio di guardia medica in forma attiva prevede la presenza di due medici nei turni notturni (dalle ore 20.00 alle ore 8.00) dal lunedì al venerdì, di tre medici nei turni notturni di fine settimana e di quattro medici nei turni diurni (dalle ore 8.00 alle ore 20.00) dei giorni di sabato, domenica, festivi e prefestivi infrasettimanali. Per risolvere il problema della richiesta di intervento medico in situazioni che sono gestibili in ambulatorio, l'Azienda Sanitaria di Bolzano nel 2003 ha istituito nei distretti di Oltradige e Laives-Bronzolo-Vadena due ambulatori del servizio di guardia medica nelle sedi distrettuali di Appiano e Laives: in queste località l'attività medica ambulatoriale si va ad aggiungere a quella domiciliare. Nel corso del 2005 il volume degli interventi medici prodotto dal servizio di guardia medica in forma attiva è risultato di 14.994 prestazioni mediche (+23,1% rispetto al 2004), di cui 3.729 visite domiciliari, 2.124 visite ambulatoriali (nelle sedi di Appiano e Laives) e 9.141 consulenze telefoniche.

LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IN FORMA DI REPERIBILITÀ

Nei comuni non coperti dal servizio di guardia medica in forma attiva, l'attività di guardia medica festiva e prefestiva viene organizzata dall'azienda stessa e realizzata a turno da medici di medicina generale; il servizio di guardia medica notturna viene invece garantito da ciascun medico per i propri assistiti o a turno da medici associati. In entrambi i casi i medici di turno garantiscono il servizio in forma di disponibilità domiciliare. Per ottimizzare la copertura del restante territorio provinciale nell'ambito della continuità assistenziale festiva, prefestiva e notturna, i distretti sanitari più estesi sono stati suddivisi in ambiti territoriali dove viene assicurata la disponibilità di almeno un medico per turno, della durata di 48 ore. L'organizzazione dei turni per ambiti territoriali non tiene conto solo del numero di assistiti da seguire, ma anche della morfologia del territorio, in cui la presenza di vallate e montagne talvolta allunga i tempi richiesti per gli interventi di emergenza territoriale. In nessuna delle aziende sanitarie è attivata una procedura di rilevazione delle prestazioni erogate durante i turni di disponibilità domiciliare.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PEDIATRICA

La continuità assistenziale pediatrica è garantita, nell'Azienda Sanitaria di Bolzano, il sabato, la domenica e i giorni festivi dalle 16.00 alle 20.00 (tutto l'anno) attraverso la presenza di un pediatra convenzionato presso l'Ospedale di Bolzano, e a Bressanone il sabato pomeriggio con orario 14.00-17.00 (da ottobre a maggio) attraverso la presenza di un pediatra di libera scelta presso il consultorio pediatrico.

A Merano il servizio, erogato presso l'ospedale, viene offerto la domenica. In periferia, invece, su base volontaria molti pediatri garantiscono singolarmente o in forma associata la continuità assistenziale durante la notte nei giorni feriali. La continuità assistenziale pediatrica a Brunico è garantita il sabato pomeriggio dalle ore 14.00 alle 17.00 attraverso la presenza di un pediatra di libera scelta e di un'assistente sanitaria presso il consultorio pediatrico.

IL SERVIZIO STAGIONALE DI ASSISTENZA MEDICA AI VILLEGGIANTI

2.2.3. Guardia medica turistica

Il servizio stagionale di assistenza medica ai villeggianti viene attivato solo in alcuni ambiti territoriali dei seguenti distretti sanitari: Val Gardena, Val d'Ega-Sciliar, Val Badia. Nell'Azienda Sanitaria di Bressanone tutti i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta possono intervenire su richiesta del turista. La durata della "stagione turistica" viene stabilita dalla singola azienda sanitaria e pertanto i periodi di apertura dei vari ambulatori di assistenza medica ai villeggianti sono tra loro leggermente diversi.
I turisti che hanno soggiornato nel territorio dell'Azienda Sanitaria di Bolzano nel 2005, potevano contare sulla disponibilità di 3 punti di guardia medica, aperti tutti i giorni feriali e festivi 24 ore su 24.
La stagione invernale è stata coperta dal servizio, in tutti i comuni, dal 24 dicembre 2004 al 28 marzo 2005, per un totale di 95 giorni di apertura complessivi, durante i quali sono state erogate 3.085 prestazioni (+18,6% rispetto al 2004). La stagione estiva, invece, è stata coperta dal servizio per 92 giorni (1° luglio 2005 – 30 settembre 2005), con l'erogazione di 2.703 prestazioni (+18,8% rispetto al 2004).

Tabella 16: **Attività e prestazioni erogate dal servizio stagionale di Assistenza Medica ai villeggianti nell'inverno 2004/2005 dell'Azienda Sanitaria di Bolzano (servizio diurno e notturno)**

Comune	N. ore apertura servizio	N. visite in ambulatorio	N. visite a a domicilio	N. prestazioni aggiuntive	N. medio interventi giornalieri*
Ortisei/ Selva V. Gardena	2.256	1.110	312	21	15,2
Castelrotto	2.256	777	230	14	10,7
Nova Levante/Nova Ponente	2.256	400	216	5	6,5
TOTALE	**6.768**	**2.287**	**758**	**40**	**32,5**

* Considerando 95 giorni di apertura del servizio stagionale di Assistenza Medica — Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano

Tabella 17: **Attività e prestazioni erogate dal servizio stagionale di Assistenza Medica ai villeggianti nell'estate 2005 dell'Azienda Sanitaria di Bolzano**

Comune	N. ore apertura servizio	N. visite in ambulatorio	N. visite a a domicilio	N. prestazioni aggiuntive	N. medio interventi giornalieri*
Ortisei/ Selva V.Gardena	2.184	799	121	16	10,2
Castelrotto	2.184	1.064	88	11	12,6
Nova Levante/Nova Ponente	2.184	557	45	2	6,6
TOTALE	**6.552**	**2.420**	**254**	**29**	**29,4**

* Considerando 92 giorni di apertura del servizio stagionale di Assistenza Medica — Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano

Nel 2005 nell'Azienda Sanitaria di Merano il servizio di guardia medica turistica non è stato offerto. Nell'Azienda Sanitaria di Bressanone esso viene svolto dai medici di medicina generale dei singoli distretti sanitari all'interno della loro normale reperibilità settimanale e del fine settimana.
Nel distretto Val Badia sono stati collocati 2 punti di assistenza, sia in inverno che in estate, aperti da lunedì a venerdì. La stagione invernale (dal 27 dicembre 2004 al 31 marzo 2005) è stata coperta per 68 giorni, durante i quali sono state effettuate 962 visite ambulatoriale e domiciliari (+55,4% rispetto al 2004). La stagione estiva è stata coperta per 54 giorni (dal 1° luglio al 15 settembre 2005) con l'erogazione di 397 visite (+1,0% rispetto al 2004).

Tabella 18: **Attività e prestazioni erogate dal servizio stagionale di Assistenza Medica ai villeggianti nell'inverno 2004/2005 nell'Azienda Sanitaria di Brunico (solo servizio diurno)**

Comune	N. ore apertura servizio	N. visite in ambulatorio	N. visite a a domicilio	N. medio interventi giornalieri*
Pieve di Marebbe e S. Martino in Badia	749,5	376	134	7,5
La Valle, Badia e Corvara	793,0	358	94	6,6
TOTALE	**1.542,5**	**734**	**228**	**14,1**

* Escluse le prestazioni aggiuntive, considerando 68 giorni di apertura del servizio stagionale di Assistenza Medica

Fonte: Azienda Sanitaria di Brunico

Tabella 19: **Attività e prestazioni erogate dal servizio stagionale di Assistenza Medica ai villeggianti nell'estate 2005 nell'Azienda Sanitaria di Brunico (solo servizio diurno)**

Comune	N. ore apertura servizio	N. visite in ambulatorio	N. visite a a domicilio	N. medio interventi giornalieri*
Pieve di Marebbe e S. Martino in Badia	520	177	13	3,5
La Valle, Badia e Corvara	520	198	9	3,8
TOTALE	**1.040**	**375**	**22**	**7,4**

* Escluse le prestazioni aggiuntive, considerando 54 giorni di apertura del servizio stagionale di Assistenza Medica

Fonte: Azienda Sanitaria di Brunico

2.3. ASSISTENZA TERRITORIALE AMBULATORIALE E DOMICILIARE

Al 31.12.2005 gli aventi diritto a livello provinciale ad un assegno di ospedalizzazione a domicilio erano 3.807; per questo servizio nel 2005 sono stati spesi 18.519.082,15 Euro.
Nel 2005 i pazienti seguiti in assistenza domiciliare programmata dai servizi di medicina di base delle quattro aziende sanitarie sono stati 1.871, mentre quelli seguiti in assistenza domiciliare integrata sono stati 351.
Il servizio Infermieristico territoriale è il servizio più diffuso, avendo anche più punti di erogazione nello stesso distretto sanitario; eroga prestazioni sia in ambulatorio che a domicilio del paziente. Nel 2005 ha erogato 739.615 prestazioni dirette all'utente.
Il consultorio Pediatrico è presente in tutti i distretti della Provincia Autonoma di Bolzano mentre il consultorio Ostetrico-Ginecologico è presente in 15 distretti su 20.

OBIETTIVI DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

L'assistenza sanitaria domiciliare prevede che gli operatori effettuino interventi sanitari a domicilio, con l'obiettivo primario di evitare ospedalizzazioni improprie e di ritardare la perdita dell'autosufficienza di pazienti a rischio. La visita domiciliare consente infatti una più completa analisi della situazione dell'assistito e offre l'opportunità di fornire alle famiglie indicazioni, non solo terapeutiche, ma anche di natura preventiva.
L'accordo collettivo provinciale, che regola i rapporti con i medici di medicina generale, contempla l'applicazione dell'intervento domiciliare secondo due modalità: l'assistenza

domiciliare programmata (ADP), destinata ai pazienti non deambulabili a domicilio e in residenze protette (nel caso di pazienti autosufficienti) e l'assistenza domiciliare integrata (ADI).

ASSEGNO DI OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

Con legge provinciale 18 agosto 1988, n. 33, articolo 21 "Servizio di ospedalizzazione a domicilio" e successive modifiche, è stata prevista la corresponsione con fondi del Servizio Sanitario Provinciale di un assegno giornaliero alle persone (familiari o conviventi) che assistono a domicilio una persona gravemente non autosufficiente. Il contributo ha lo scopo di incentivare l'assistenza domiciliare di persone non autosufficienti e vuole rappresentare un'alternativa all'ospedalizzazione vera e propria.

La richiesta di erogazione di tale assegno presuppone una valutazione al domicilio della persona, in cui vengono rilevati il grado di non autosufficienza e l'adeguatezza dell'assistenza prestata. Al 31.12.2005 gli aventi diritto a livello provinciale erano 3.807 (+4,3% rispetto al 2004); per questo servizio nel 2005 sono stati spesi 18.519.082,15 Euro (+3,5% rispetto al 2004).

Tabella 20: **Attività relative alle richieste di assegno di ospedalizzazione a domicilio per l'assistenza a non autosufficienti svolte dai servizi di medicina di base - Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Nuove richieste presentate nel 2005	902	482	239	306	1.929
Assegni concessi nel 2005	545	352	180	234	1.311
Percentuale di domande accolte	60,4%	73,0%	75,3%	76,5%	68,0%
Ricorsi esaminati con esito favorevole nel 2005	53	17	6	14	90
Ricorsi esaminati con esito negativo nel 2005	61	30	8	6	105
Revisioni effettuate nel 2005	50	88	125	1	264
Revisioni con conferma del diritto di assegno nel 2005	33	73	110	-	216
Numero pazienti con 60-70 punti	1.587	760	216	236	2.799
Numero pazienti con >=71 punti	463	310	126	109	1.008
TOTALE PERSONE AL 31.12.04	**2.050**	**1.070**	**342**	**345**	**3.807**
TITOLO LIQUIDATO	**9.632.068,82**	**5.120.986,70**	**1.964.458,65**	**1.801.567,98**	**18.519.082,15**

Fonte: aziende sanitarie

2.3.1. L'assistenza domiciliare programmata (ADP)

ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (ADP)

L'attivazione dell'ADP si rende necessaria quando gli assistiti sono incapaci a deambulare, non sono trasportabili e sono affetti da patologie gravemente invalidanti. La segnalazione del caso può essere effettuata dai servizi sanitari o dai servizi sociali, dalle famiglie o dal medico di fiducia stesso, il quale provvede a formulare la proposta motivata di assistenza al responsabile del servizio di medicina di base, precisando il numero di accessi, le esigenze assistenziali di tipo sanitario, nonché le eventuali necessità di personale. Il programma assistenziale viene autorizzato in breve tempo, entro 15 giorni dalla segnalazione. La maggior parte delle autorizzazioni viene rilasciata con validità annuale.

Il medico di base - che spesso è l'unico a seguire il paziente - all'occorrenza viene supportato da un infermiere.

Nel 2005 il numero di pazienti seguiti in ADP dai servizi di medicina di base delle quattro aziende sanitarie è stato di 1.871, in diminuzione rispetto all'anno precedente (2.043

nel 2004, -8,4%). Ognuno dei medici impegnati (il 56,8% di quelli operanti sul territorio provinciale) ha seguito, in media 13,2 pazienti, percependo mediamente nel corso dell'anno 4.492,48 Euro, pari a 340,96 Euro per paziente.

Tabella 21: **Quadro di sintesi sull'assistenza domiciliare programmata erogata nelle aziende sanitarie - Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Numero di richieste di assistenza domiciliare programmata esaminate dai medici di medicina generale nel 2005	1.057	554	244	86	1.941
Numero di autorizzazioni all'assistenza domiciliare programmata concesse nel 2005	1.057	554	244	86	1.941
% di richieste di assistenza domiciliare programmata accolte nel 2005	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Numero di assistiti in domiciliare programmata	1.057	492	244	78	1.871
Numero di medici di medicina generale che sono stati retribuiti per interventi di assistenza domiciliare programmata	63	49	22	8	142
Numero medio di interventi mensili per paziente seguito in assistenza domiciliare programmata	1,00	2,59	1,50	1,55	1,66
Totale importo liquidato per retribuzioni di assistenza domiciliare programmata in Euro	**298.627,00**	**254.310,93**	**70.500,00**	**14.493,90**	**637.931,83**

Fonte: aziende sanitarie

PAZIENTI IN ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA PER ETÀ E SESSO

Il 79,2% dei pazienti seguiti nelle aziende sanitarie ha un'età superiore ai 75 anni. Il rapporto tra i sessi è di 1,8 donne per ogni uomo: la maggiore longevità femminile comporta anche una più frequente richiesta di assistenza nelle fasce d'età avanzate.

Tabella 22: **Distribuzione per età e sesso degli assistiti in domiciliare programmata nelle aziende sanitarie - Anno 2005**

	Bolzano			Merano			Bressanone			Brunico			Provincia		
	m	f	tot	m	f	tot	m	f	tot	m	f	tot	m	f	tot
Fino a 64 anni	17	28	45	33	24	57	6	6	12	2	-	2	58	58	116
65-74	48	61	109	21	38	59	43	52	95	9	2	11	121	153	274
75-84	166	295	461	62	110	172	42	62	104	7	19	26	277	486	763
85 e oltre	137	305	442	44	160	204	11	22	33	9	30	39	201	517	718
TOTALE	**368**	**689**	**1.057**	**160**	**332**	**492**	**102**	**142**	**244**	**27**	**51**	**78**	**657**	**1.214**	**1.871**

Fonte: aziende sanitarie

PAZIENTI IN ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA PER CONDIZIONE PRINCIPALE

L'assistenza domiciliare programmata viene prevalentemente erogata per malattie del sistema circolatorio (arteriopatie periferiche, insufficienza cardiaca, ictus: 52,2%); seguono i pazienti assistiti in assistenza domiciliare programmata per malattie degenerative delle ossa e delle articolazioni con un valor medio provinciale del 16,4% e i tumori con il 9,3%.

Tabella 23: **Assistiti in domiciliare programmata per condizione e azienda sanitaria (valori assoluti e percentuali) - Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
	Valori assoluti				
Gravi arteriopatie periferiche	623*	192	13	10	838
Grave insufficienza cardiaca NYHA 3-4	-*	-	77	20	97
Tumori	88	66	15	5	174
Malattie degenerative delle ossa e delle articolazioni	186	101	-	20	307
Broncopneumopatie	36	31	23	4	94
Ictus con paresi	-*	-	35	7	42
Malattie psichiatriche	87	-	-	2	89
Malattie neurologiche (sclerosi multipla, demenza senile/Alzheimer, Morbo di Parkinson,..)	7	49**	66	9	131
Patologie congenite e perinatali	30	-	-	1	31
Altra patologia/condizione	-	53	15	-	68
TOTALE	**1.057**	**492**	**244**	**78**	**1.871**
	Valori percentuali				
Gravi arteriopatie periferiche	58,9	39,0	5,3	12,8	44,8
Grave insufficienza cardiaca NYHA 3-4	-	-	31,6	25,6	5,2
Tumori	8,3	13,4	6,1	6,4	9,3
Malattie degenerative delle ossa e delle articolazioni	17,6	20,5	-	25,6	16,4
Broncopneumopatie	3,4	6,3	9,4	5,1	5,0
Ictus con paresi	-	-	14,3	9,0	2,2
Malattie psichiatriche	8,2	-	-	2,6	4,8
Malattie neurologiche (sclerosi multipla, demenza senile/Alzheimer, Morbo di Parkinson,..)	0,7	10,0	27,0	11,5	7,0
Patologie congenite e perinatali	2,8	-	-	1,3	1,7
Altra patologia/condizione	-	10,8	6,1	-	3,6
TOTALE	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

** Compresi assistiti per ictus e per grave insufficienza cardiaca*

*** Questa voce comprende anche gli assistiti per aterosclerosi*

Fonte: aziende sanitarie

2.3.2. L'assistenza domiciliare integrata (ADI)

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

Bisogni domiciliari complessi, di carattere socio-sanitario, che richiedono l'intervento di più figure professionali sono, invece, il presupposto per l'attivazione dell'ADI. L'équipe assistenziale, la cui composizione viene calibrata sulle particolari esigenze del paziente, è multidisciplinare, potendo coinvolgere infermieri professionali, assistenti sociali, assistenti geriatrici, medici specialisti, fisioterapisti, dietisti, ecc. Il medico di base coordina le attività svolte dai vari specialisti ed è il referente principale del programma assistenziale. L'ADI attuata in sostituzione del ricovero, spesso è rivolta a malati terminali o a pazienti che necessitano di dimissioni protette da strutture ospedaliere.

La richiesta di assistenza può essere fatta dal medico di base, dai servizi sociali, dai familiari del paziente o dal responsabile del reparto ospedaliero all'atto della dimissione. Entro 48 ore dalla segnalazione, il responsabile del servizio di medicina di base dell'azienda sanitaria autorizza il medico di fiducia del paziente ad effettuare l'intervento in forma integrata.

Nel 2005 sono stati 351 i pazienti seguiti in ADI dai servizi di medicina di base delle aziende sanitarie, circa 73 casi trattati ogni 100.000 abitanti. Si rileva un forte aumento del numero di assistiti rispetto all'anno precedente (192 pazienti trattati nel 2004, +82,8%), in particolare nell'Azienda Sanitaria di Bressanone (216 pazienti nel 2005 vs 83

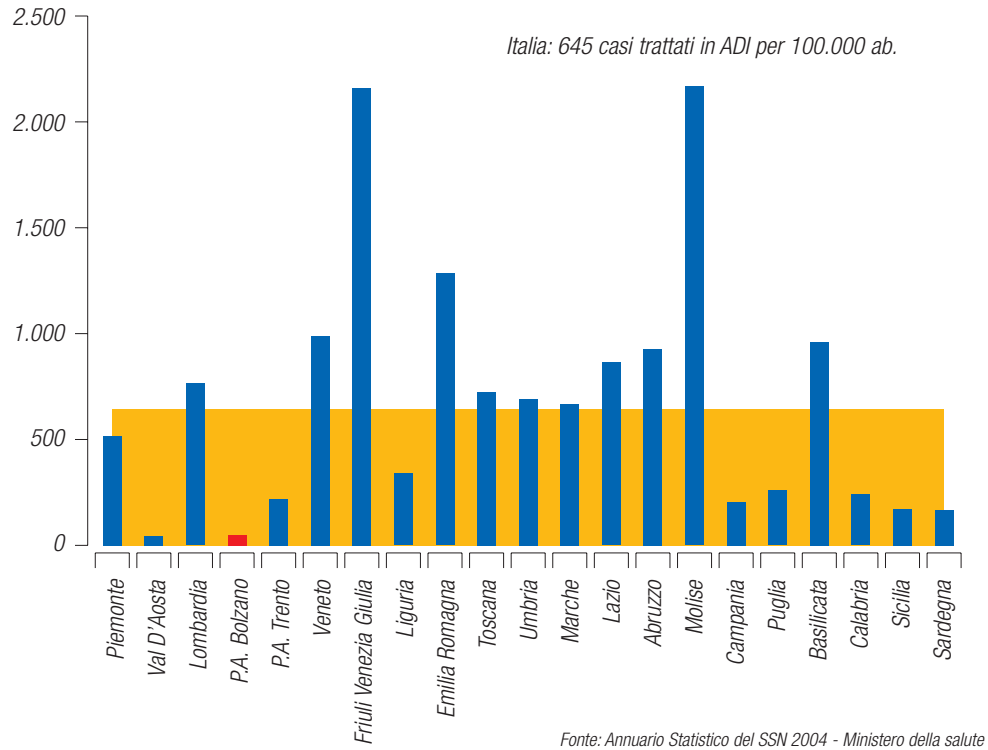
nel 2004). Nei confronti delle altre regioni italiane (dati 2004 del Ministero della Salute), tale indicatore risulta molto inferiore alla media nazionale.
Si osserva, inoltre, un numero minore di pazienti in ADI e di medici di medicina generale impegnati in tale attività rispetto all'assistenza domiciliare programmata; d'altra parte, l'assistenza domiciliare integrata risulta decisamente più onerosa, sia in termini di numero di interventi assistenziali, che di esborso monetario da parte del Servizio Sanitario Provinciale.
Il 34,0% dei medici di medicina generale della Provincia di Bolzano è stato coinvolto nel 2005 in programmi di assistenza domiciliare integrata; mediamente su ogni paziente sono stati effettuati 8,4 interventi al mese, con l'apporto di diverse figure professionali. Si noti comunque l'estrema variabilità di tale dato tra le aziende, effetto dei bisogni assistenziali differenziati secondo le diverse tipologie di pazienti: a Merano sono stati registrati 20,8 interventi medi per pazienti al mese, a fronte dei 3 rilevati a Bressanone, 3,3 a Bolzano e 6,4 a Brunico.
Ciascun medico impegnato ha seguito in media 4,1 pazienti, per ognuno dei quali sono stati spesi (per la retribuzione dei medici di medicina generale coinvolti) in media 530,79 Euro.

Tabella 24: **Quadro di sintesi sull'assistenza domiciliare integrata erogata nelle aziende sanitarie - Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Numero di richieste di assistenza domiciliare integrata esaminate dai medici di medicina generale nel 2005	*63*	*56*	*230*	*24*	*373*
Numero di autorizzazioni all'assistenza domiciliare integrata concesse nel 2005	*59*	*56*	*216*	*24*	*355*
% di richieste di assistenza domiciliare integrata accolte nel 2005	*93,7%*	*100,0%*	*93,9%*	*100,0%*	*95,2%*
Numero di assistiti in domiciliare integrata	*59*	*53*	*216*	*23*	*351*
Numero di medici di medicina generale che sono stati retribuiti per interventi di assistenza integrata al domicilio dell'assistito	*29*	*23*	*23*	*10*	*85*
Numero medio di interventi mensili per paziente seguito in assistenza integrata	*3,30*	*20,79*	*3,00*	*6,37*	*8,37*
Totale importo liquidato per retribuzioni di assistenza integrata in Euro	***52.143,10***	***30.856,73***	***93.621,00***	***9.686,66***	***186.307,49***

Fonte: aziende sanitarie

Figura 7: **N. di casi trattati in ADI per 100.000 abitanti nelle regioni italiane – Anno 2004**



Fonte: Annuario Statistico del SSN 2004 - Ministero della salute

PAZIENTI IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER ETÀ E SESSO

Il rapporto tra i sessi in questi pazienti è di 1,3 donne per ogni uomo. Il 71,5% dei pazienti presenta un'età superiore ai 75 anni.

Tabella 25: **Distribuzione per età e sesso degli assistiti in domiciliare integrata – Anno 2005**

	Bolzano			Merano			Bressanone			Brunico			Provincia		
	m	f	tot	m	f	tot	m	f	tot	m	f	tot	m	f	tot
Fino a 64 anni	3	7	10	5	4	9	4	5	9	1	3	4	13	19	32
65-74	9	6	15	3	9	12	15	22	37	2	2	4	29	39	68
75-84	9	14	23	14	13	27	41	54	95	4	1	5	68	82	150
85 e oltre	6	5	11	3	2	5	29	46	75	3	7	10	41	60	101
TOTALE	**27**	**32**	**59**	**25**	**28**	**53**	**89**	**127**	**216**	**10**	**13**	**23**	**151**	**200**	**351**

Fonte: aziende sanitarie

PAZIENTI IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER CONDIZIONE PRINCIPALE

Complessivamente nel 2005, quasi la metà (45,3%) dei pazienti seguiti a domicilio in forma integrata risultano affetti da neoplasie, seguiti dagli assistiti che presentano una malattia del sistema circolatorio (arteriopatie periferiche, insufficienza cardiaca, ictus: 42,7%).

Dei 351 soggetti trattati, il 61,5% è stato seguito nel 2005 dall'Azienda Sanitaria di Bressanone, il 16,8% da quella di Bolzano, il 15,1% dall'Azienda Sanitaria di Merano, mentre solo il 6,6% da quella di Brunico.

Tabella 26: **Assistiti in domiciliare integrata per condizione e azienda sanitaria (valori assoluti e percentuali) - Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
	Valori assoluti				
Gravi arteriopatie periferiche	8	8	-	5	21
Grave insufficienza cardiaca NYHA 3-4	5	-	65	-	70
Tumori	35	35	74	15	159
Malattie degenerative delle ossa e delle articolazioni	4	1	-	-	5
Broncopneumopatie	1	1	-	-	2
Ictus con paresi	2	-	57	-	59
Malattie psichiatriche	1	-	12	-	13
Malattie neurologiche (sclerosi multipla, demenza senile/Alzheimer, Morbo di Parkinson,..)	1	2*	8	3	14
Altra patologia/condizione	2	6	-	-	8
TOTALE	**59**	**53**	**216**	**23**	**351**
	Valori percentuali				
Gravi arteriopatie periferiche	13,6	15,1	-	21,7	6,0
Grave insufficienza cardiaca NYHA 3-4	8,5	-	30,1	-	19,9
Tumori	59,3	66,0	34,3	65,2	45,3
Malattie degenerative delle ossa e delle articolazioni	6,8	1,9	-	-	1,4
Broncopneumopatie	1,7	1,9	-	-	0,6
Ictus con paresi	3,4	-	26,4	-	16,8
Malattie psichiatriche	1,7	-	5,6	-	3,7
Malattie neurologiche (sclerosi multipla, demenza senile/Alzheimer, Morbo di Parkinson,..)	1,7	3,8	3,7	13,0	4,0
Altra patologia/condizione	3,4	11,3	-	-	2,3
TOTALE	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

* Questa voce comprende anche gli assistiti per aterosclerosi

Fonte: aziende sanitarie

2.3.3. L'assistenza infermieristica

Il servizio Infermieristico territoriale è il servizio più diffuso, avendo anche più punti di erogazione nello stesso distretto sanitario; eroga prestazioni sia in ambulatorio che a domicilio del paziente.

Sono 739.615 le prestazioni infermieristiche dirette all'utente rilevate nel 2005 in tutto il territorio provinciale; tale dato sottostima l'effettiva attività dei servizi infermieristici distrettuali, in quanto in alcuni distretti i dati relativi ad alcune prestazioni non sono disponibili.

L'attività più frequente è costituita dalla rilevazione dei parametri vitali con 161.611 prestazioni erogate nel 2005, in diminuzione rispetto all'anno precedente (-2,2%). Segue il prelievo di sangue venoso con 114.745 prestazioni (+14,6% rispetto al 2004) e la preparazione e somministrazione di farmaci e/o sostanze per via parenterale (90.963 prestazioni). Il personale infermieristico svolge un ruolo molto importante, anche, nell'attività di educazione sanitaria rivolta a pazienti e/o familiari ai fini della prevenzione (53.779 interventi effettuati nel 2005).

Tabella 27: **Prestazioni dirette all'utente (valori assoluti e percentuali) più frequentemente erogate dai servizi infermieristici distrettuali sul territorio provinciale per azienda sanitaria - Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia	%
Misurazione di parametri vitali e/o valutazione dello stato di uno o più organi-sistemi	48.922	37.192	17.255	58.242	161.611	21,9%
Prelievo di sangue venoso	70.270	27.438	4.256	12.781	114.745	15,5%
Preparazione, somministrazione farmaci e/o sostanze per via parenterale	46.237	16.394	4.896	23.436	90.963	12,3%
Medicazione e/o bendaggio semplici	30.333	12.061	8.959	16.036	67.389	9,1%
Educazione del paziente e/o della famiglia ai fini della prevenzione, responsabilizzazione igienico-sanitaria e adesione al programma di intervento	23.131	15.590	8.476	6.582	53.779	7,3%
Medicazione e/o bendaggio complessi	21.053	5.901	11.627	5.468	44.049	6,0%
Prelievo di sangue capillare	9.460	8.176	4.921	13.365	35.922	4,9%
Applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance	4.765	4.950	12.036	4.132	25.883	3,5%
Controllo e cure ordinarie della cute e/o delle mucose attorno a drenaggi, cateteri, stomie e sonde	7.755	3.220	3.711	3.005	17.691	2,4%
Elaborazione del dossier del paziente	6.190	9.693	1.233	165	17.281	2,3%
Preparazione, somministrazione farmaci e/o sostanze per via topica	4.356	5.905	3.091	1.513	14.865	2,0%
Definizione degli obiettivi assistenziali e terapeutici previsti	1.745	4.910	6.784	25	13.464	1,8%
Preparazione, somministrazione farmaci e/o sostanze per via orale	2.983	3.089	1.992	3.771	11.835	1,6%
Valutazione di controllo NAS*	3.504	6.755	57	10	10.326	1,4%
Preparazione e sostegno nell'esecuzione di igiene completa al paziente allettato	2.267	2.891	1.205	2.596	8.959	1,2%
Raccolta non sterile di escreti e secreti	672	2.167	896	3.093	6.828	0,9%
Sostegno nelle fragilità emotive	1.052	1.061	1.776	1.249	5.138	0,7%
Gestione di per fusione a termine o continua	1.920	1.185	1.000	971	5.076	0,7%
Offerta e messa in opera dei mezzi di protezione del letto, degli indumenti, della pelle e delle mucose in caso di incontinenza sfinterica urinaria e fecale	1.476	1.339	768	58	3.641	0,5%
Valutazione dello stato di non autosufficienza	1.305	576	558	248	2.687	0,4%
Totale Totale parziale (prime 20 prestazioni)	**289.396**	**170.493**	**95.497**	**156.746**	**712.132**	**96,3%**
Totale prestazioni rilevate	**299.277**	**178.970**	**101.775**	**159.593**	**739.615**	**100,0%**

**La rilevazione di questo dato risulta difforme nei diversi distretti sanitari*

Fonte: aziende sanitarie

Fra le altre attività svolte dal servizio infermieristico figurano le valutazioni a domicilio in base alla l. prov. 33/88, pari a 2.498 nel complesso della provincia.

Altre attività svolte dal servizio infermieristico, ma non quantificate da molti distretti sono: le valutazioni in strutture di ricovero in base alla l. prov. 33/88, art. 21; le "attività infermieristiche indirette", quali i colloqui con i medici di medicina generale dell'utente, con reparti ospedalieri, la procedura legata all'assegnazione di mezzi di aiuto infermieristico, l'accompagnamento dei pazienti alle visite ed il ritiro delle medicine dalla farmacia. Per quanto riguarda invece le attività rivolte a gruppi, figurano gli incontri informativi per familiari degli utenti, gli incontri informativi di educazione sanitaria per cittadini e

per studenti delle scuole sanitarie, le informazioni a gruppi di auto-aiuto, la formazione dei volontari.

Tabella 28: **Prestazioni dirette all'utente più frequentemente erogate dai servizi infermieristici in ambulatorio e al domicilio dei pazienti; totale prestazioni rilevate nei distretti - Anno 2005**

	Rilevazione parametri vitali		Prelievo venoso		Preparazione e sommistr. di farmaci		Totale* prest. per distretto
Distretti/Aziende	Amb.	Dom.	Amb.	Dom.	Amb.	Dom.	
Val Gardena	1.059	204	3.942	195	431	299	10.717
Val d'Ega-Sciliar	5.216	5.035	7.166	490	1.297	940	50.065
Salto-Val Sarentino-Renon	4.047	3.608	6.678	331	543	572	28.200
Oltradige	2.698	1.249	11.205	664	2.624	1.029	35.989
Laives-Bronzolo-Vadena	6.118	1.023	760	328	2.990	645	20.415
Bassa Atesina	7.763	3.220	16.622	1.119	2.430	1.171	50.579
Bolzano	5.762	1.920	16.692	4.078	26.324	4.942	103.312
A.S. Bolzano	**32.663**	**16.259**	**63.065**	**7.205**	**36.639**	**9.598**	**299.277**
Alta Val Venosta	3.240	814	6.829	389	1.880	1.451	28.702
Media V. Venosta	3.461	3.006	2.490	413	1.390	1.143	26.608
Naturno-circondario	3.198	1.325	3.300	290	1.058	439	25.282
Lana-circondario	3.577	3.783	6.548	690	840	1.172	37.121
Merano-circond.	9.192	940	-	2.761	4.590	658	41.965
Val Passiria	1.953	2.703	3.381	347	775	998	19.292
A.S. Merano	**24.621**	**12.571**	**22.548**	**4.890**	**10.533**	**5.861**	**178.970**
Alta Valle Isarco	749	3.500	117	475	761	743	27.256
Bressanone-circondario	5.750	4.227	45	602	1.862	760	53.057
Chiusa-circondario	904	2.125	2.699	318	350	420	21.462
A.S. Bressanone	**7.403**	**9.852**	**2.861**	**1.395**	**2.973**	**1.923**	**101.775**
Tures-Aurina	7.395	7.141	5.886	359	2.779	1.609	38.687
Brunico-circondario	14.219	7.588	836	756	7.933	2.829	56.007
Alta Val Pusteria	8.649	6.642	27	544	3.330	2.397	43.302
Val Badia	2.935	3.673	4.106	267	1.592	967	21.597
A.S. Brunico	**33.198**	**25.044**	**10.855**	**1.926**	**15.634**	**7.802**	**159.593**
PROVINCIA	**97.885**	**63.726**	**99.329**	**15.416**	**65.779**	**25.184**	**739.615**

** Poiché in alcuni distretti non sono state rilevate una o più prestazioni erogate, non si tratta del totale effettivo, bensì del totale delle prestazioni erogate e conteggiate*

Fonte: aziende sanitarie

2.3.4. L'assistenza consultoriale materno-infantile

2.2.4.1. Il consultorio Pediatrico

Il consultorio Pediatrico è attivo in tutti i distretti della Provincia Autonoma di Bolzano; nei consultori dei distretti in cui non operano pediatri di libera scelta, viene garantita la presenza del pediatra; negli altri è presente solamente l'assistente sanitaria. Nei consultori pediatrici dell'Azienda Sanitaria di Bolzano i pediatri hanno erogato complessivamente, durante il 2005, 4.054 prestazioni comprensive di prime visite (12,2%), visite di controllo (35,5%), e somministrazione di vaccini (52,2%).

La tipologia di prestazione prevalente per i pediatri dei consultori dell'Azienda Sanitaria di Merano, Bressanone e Brunico è, invece, costituita dai bilanci di salute (rispettivamente 51,2%, 100,0%, 53,7%).

La principale attività svolta dalle assistenti sanitarie nei consultori pediatrici dell'Azienda Sanitaria di Bolzano, è costituita dai controlli ai bambini di età inferiore ai 12 mesi, seguiti dai controlli dei pidocchi/parassiti. Nelle aziende sanitarie di Merano e Bressanone, risulta prevalente l'assistenza alle visite di controllo ed alle visite successive alla prima. Nell'Azienda Sanitaria di Brunico, le assistenti sanitarie hanno svolto prevalentemente

valutazioni ortottiche dei bambini e i controlli dei pidocchi/parassiti.
Nel corso del 2005 sono stati organizzati nelle scuole elementari e medie di alcuni distretti corsi di prevenzione della carie, corsi di igiene personale e corsi di educazione sull'affettività e sulla sessualità.

Tabella 29: **Prestazioni erogate dai pediatri nei consultori pediatrici dei distretti - Anno 2005**

Distretti/Aziende	Prime visite	Visite di controllo	Somministrazione di vaccini	Bilanci di salute*	Totale
Val Gardena	108	36	254	-	398
Val d'Ega-Sciliar	195	1.044	300	-	1.539
Salto-Val Sarentino-Renon	192	361	457	-	1.010
Oltradige	-	-	1.107	-	1.107
Laives-Bronzolo-Vadena	-	-	-	-	-
Bassa Atesina	-	-	-	-	-
Bolzano	-	-	-	-	-
A.S. Bolzano	**495**	**1.441**	**2.118**	**-**	**4.054**
Alta Val Venosta	-	-	-	356	356
Media V. Venosta	-	-	-	40	40
Naturno-circondario	-	-	281	182	463
Lana-circondario	285	782	-	292	1.359
Merano-circond.	-	-	-	-	-
Val Passiria	102	109	-	767	978
A.S. Merano	**387**	**891**	**281**	**1.637**	**3.196**
Alta Valle Isarco	-	-	-	175	175
Bressanone-circondario	-	-	-	-	-
Chiusa-circondario	-	-	-	352	352
A.S. Bressanone	**-**	**-**	**-**	**527**	**527**
Tures-Aurina	-	-	158	267	425
Brunico-circondario	-	-	58	188	246
Alta Val Pusteria	-	-	469	290	759
Val Badia	11	136	135	376	658
A.S. Brunico	**11**	**136**	**820**	**1.121**	**2.088**
PROVINCIA	**893**	**2.468**	**3.219**	**3.285**	**9.865**

* Compresi i controlli fino ai 12 mesi, 1-3 anni, 3-6 anni, 9-10 anni, 12-14 anni

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 30: **Prestazioni erogate dalle assistenti sanitarie nei consultori pediatrici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Bolzano - Anno 2005**

	Val Gardena	Sciliar	Renon	Oltradige	Laives	Bassa Atesina	Bolzano	A.S. Bolzano
Assistenza prime visite	108	195	192	275	-	216	-	986
Assistenza visite di controllo, assistenza visite successive alla prima	36	1.044	361	1.988	-	416	-	3.845
Interventi a domicilio	44	132	82	346	95	165	208	1.072
Medicazioni	5	16	84	252	45	-	1.634	2.036
Controlli fino a 12 mesi	725	1.477	1.499	-	2.356	-	18.145	24.202
Controlli 1/3 anni	129	208	360	-	367	-	1.518	2.582
Controlli 3/6 anni	10	22	61	-	8	-	107	208
Valutazione ortottica	309	332	538	876	630	724	4.671	8.080
Test audiometrico infantile	269	316	424	668	169	492	3.388	5.726
Boel test	136	165	245	346	233	294	1.909	3.328
Controllo denti/profilassi carie	261	190	-	-	187	410	24	1.072
Somministrazione vaccini (assistenza ed esecuzione)	254	300	457	1.573	-	126	7	2.717
Controllo pidocchi/parassiti	459	1.111	872	921	1.101	838	11.114	16.416
Riflessologia plantare	180	-	-	164	49	67	128	588
Consulenza allattamento	221	33	286	206	-	-	1.357	2.103
Visita domiciliare ai nuovi nati/ incontri genitori nuovi nati	34	27	64	58	-	39	60	282
Altro	-	-	-	-	282	-	-	282
TOTALE	**3.180**	**5.568**	**5.525**	**7.673**	**5.522**	**3.787**	**44.270**	**75.525**
Consulenze (anche telefoniche)	240	583	618	607	1.244	728	3.036	7.056

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano

Tabella 31: **Prestazioni erogate dalle assistenti sanitarie nei consultori pediatrici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Merano - Anno 2005**

	A. Val Venosta	M. Val Venosta	Naturno	Lana	Merano	Val Passiria	A.S. Merano
Assistenza prime visite	114	155	-	528	286	200	1.283
Assistenza visite di controllo, assistenza visite successive alla prima	1.186	1.808	1.895	2.154	2.701	1.116	10.860
Interventi a domicilio	122	65	30	174	186	24	601
Medicazioni	-	-	436	120	548	-	1.104
Controlli fino a 12 mesi	-	-	-	-	-	210	210
Controlli 1/3 anni	-	-	-	-	-	167	167
Controlli 3/6 anni	-	-	-	-	-	192	192
Controlli 9-10 anni	175	-	72	-	-	198	776
Controlli 12-14 anni	181	40	110	-	-		
Valutazione ortottica	-	377	229	441	-	226	1.273
Controllo denti/profilassi carie	15	222	-	174	-	-	411
Somministrazione vaccini (assistenza ed esecuzione)	-	-	281	1.565	220	-	2.066
Controllo pidocchi/parassiti	-	760	960	865	-	-	2.585
Consulenza allattamento	42	25	-	158	-	-	225
Altro	-	197	-	384	949	156	1.686
TOTALE	**1.835**	**3.649**	**4.013**	**6.563**	**4.890**	**2.489**	**23.439**
Consulenze (anche telefoniche)	1.294	360	567	2.490	3.566	246	8.523

Fonte: Azienda Sanitaria di Merano

Tabella 32: **Prestazioni erogate dalle assistenti sanitarie nei consultori pediatrici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Bressanone - Anno 2005**

	A. Valle Isarco	Bressanone	Chiusa	A.S. Bressanone
Assistenza prime visite	197	553	303	1.053
Assistenza visite di controllo, assistenza visite successive alla prima	919	2.745	1.082	4.746
Interventi a domicilio	9	19	22	50
Controlli fino a 12 mesi	15	-	352	367
Controlli 1/3 anni	58	-	-	58
Controlli 3/6 anni	102	-	-	102
Valutazione ortottica	556	-	704	1.260
Test audiometrico infantile	-	1.179	219	1.398
Boel test	-	-	220	220
Controllo denti/profilassi carie	383	916	327	1.626
Controllo pidocchi/parassiti	667	-	511	1.178
Altro	-	2.012	-	2.012
TOTALE	**2.906**	**7.424**	**3.740**	**14.070**
Consulenze (anche telefoniche)	-	213	164	377

Fonte: Azienda Sanitaria di Bressanone

Tabella 33: **Prestazioni erogate dalle assistenti sanitarie nei consultori pediatrici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Brunico - Anno 2005**

	Tures-Aurina	Brunico	A.Val Pusteria	Val Badia	A.S. Brunico
Assistenza prime visite	-	-	-	11	11
Assistenza visite di controllo, assistenza visite successive alla prima	-	-	-	136	136
Interventi a domicilio	-	9	-	-	9
Controlli fino a 12 mesi	-	-	-	45	45
Controlli 1/3 anni	-	-	-	58	58
Controlli 3/6 anni	2	-	-	33	35
Controlli 9-10 anni	119	52	153	125	449
Controlli 12-14 anni	146	136	137	115	534
Valutazione ortottica	520	890	542	358	2.310
Test audiometrico infantile	-	-	-	-	-
Boel test	140	403	183	104	830
Controllo denti/profilassi carie	210	1.432	253	474	2.369
Somministrazione vaccini (assistenza ed esecuzione)	158	58	469	135	820
TOTALE	**1.295**	**2.980**	**1.737**	**1.594**	**7.606**
Consulenze (anche telefoniche)	925	3.274	1.683	910	6.792

Fonte: Azienda Sanitaria di Brunico

2.3.4.2. Il consultorio Ostetrico-Ginecologico

Il consultorio Ostetrico-Ginecologico è presente in 15 distretti su 20.

Oltre ai ginecologi presenti in tutti e quindici i distretti in cui viene offerto questo servizio consultoriale, le prestazioni vengono erogate in alcuni casi dalle ostetriche, in altri dalle infermiere professionali o dalle assistenti sanitarie. Nei distretti in cui non è presente il consultorio ostetrico-ginecologico l'attività viene erogata dagli ospedali.

Nel corso del 2005 sono stati organizzati in alcuni distretti corsi di preparazione al parto, corsi post partum, corsi di autopalpazione al seno e di rieducazione pelvica.

Tabella 34: **Prestazioni erogate dai ginecologi nei consultori ostetrico-ginecologici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Bolzano - Anno 2005**

	Val Gardena	Sciliar	Renon	Oltradige	Laives	Bassa Atesina	Bolzano	A.S. Bolzano
Primo colloquio con l'utente	254	58	257	n.d.	248	711	1.081	n.d.
Visita ginecologica (manovre di Leopold,…)	164	256	260	475	385	1.479	1.305	4.324
Controllo gravidanza/ Visita ostetrica	-	-	-	-	80	-	-	80
Contraccezione (prescrizione, inserimento IUD,…)	-	-	-	3	28	16	-	47
Visita senologica	173	103	94	139	10	481	122	1.122
Ecografia al seno	-	-	-	n.d.	11	-	-	n.d.
Pap-test	149	136	235	399	187	921	906	2.933
Prelievo vaginale per esame batteriologico	37	17	1	416	10	187	162	830
Cardiotocografia, ecografia (ginecologica, ostetrica)	361	190	80	177	88	437	318	1.651
Colposcopia	-	-	-	-	38	-	399	437
Consulenze sanitarie per menopausa, per sterilità, consulenze ostetriche	243	30	78	147	180	1.103	367	2.148
Rilevazione battito cardiaco fetale	11	-	15	88	80	486	129	809
Informazioni (sulla contraccezione, su IVG, altro)	42	-	60	n.d.	80	343	207	n.d.
Altro	405	253	79	-	-	-	330	1.067
TOTALE	**1.839**	**1.043**	**1.159**	**n.d.**	**1.425**	**6.164**	**5.326**	**n.d.**

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano

Tabella 35: **Prestazioni erogate dai ginecologi nei consultori ostetrico-ginecologici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Merano - Anno 2005**

	A. Val Venosta	Merano	Val Passiria	A.S. Merano (*)
Primo colloquio con l'utente	366	592	-	958
Visita ginecologica (manovre di Leopold,…)	383	1.084	334	1.801
Controllo gravidanza/Visita ostetrica	-	245	22	267
Contraccezione (prescrizione, inserimento IUD,...)	1	6	-	7
Visita senologica (svolta dal medico)	181	323	4	508
Ecografia al seno	-	134	-	134
Pap-test	308	-	272	580
Prelievo vaginale per esame batteriologico	10	828	3	841
Cardiotocografia, ecografia (ginecologica, ostetrica)	307	481	-	788
Colposcopia	-	418	-	418
Consulenze sanitarie per menopausa, per sterilità, consulenze ostetriche	-	136	-	136
Informazioni (sulla contraccezione, su IVG, altro)	-	58	-	58
TOTALE	**1.556**	**4.305**	**635**	**6.496**

(*) Non sono disponibili le prestazioni dei distretti di Naturno e Lana

Fonte: Azienda Sanitaria di Merano

Tabella 36: **Prestazioni erogate dai ginecologi nei consultori ostetrico-ginecologici dei distretti delle aziende sanitarie di Bressanone e Brunico - Anno 2005**

	Chiusa	A.S. Bressanone	Tures-Aurina	Val Badia	A.S. Brunico
Primo colloquio con l'utente	387	387	n.d.	n.d	n.d
Visita ginecologica (manovre di Leopold,…)	478	478	784	378	1.162
Controllo gravidanza/Visita ostetrica	2	2	-	-	-
Contraccezione (prescrizione, inserimento IUD,...)	-	-	n.d.	n.d.	n.d.
Visita senologica (svolta dal medico)	431	431	747	363	1.110
Pap-test	430	430	691	347	1.038
Prelievo vaginale per esame batteriologico	9	9	3	1	4
Cardiotocografia, ecografia (ginecologica, ostetrica)	74	74	-	-	-
Colposcopia	-	-	5	1	6
Consulenze sanitarie per menopausa, per sterilità, consulenze ostetriche	68	68	43	13	56
Informazioni (sulla contraccezione, su IVG, altro)	-	-	n.d.	n.d.	n.d.
Altro	2	2	77	19	96
TOTALE	**1.881**	**1.881**	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**

Fonte: Azienda Sanitaria di Bressanone e Brunico

Tabella 37: **Prestazioni erogate dalle ostetriche/infermiere nei consultori ostetrico-ginecologici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Bolzano- Anno 2005**

	Val Gardena	Sciliar	Oltradige	Laives	Bassa Atesina	Bolzano	A.S. Bolzano
Primo colloquio con l'utente	140	134	n.d.	154	13	1.170	n.d.
Assistenza a visita ginecologica	-	-	-	60	-	-	60
Controllo gravidanza/Visita ostetrica	228	196	98	169	115	604	1.410
Contraccezione (prescrizione, inserimento IUD,...)	-	-	-	8	-	-	8
Pap-test	38	73	166	250	286	892	1.705
Prelievo vaginale per esame batteriologico	9	9	27	46	-	76	167
Consulenze sanitarie per menopausa, per sterilità, consulenze ostetriche	551	470	969	600	929	2.271	5.790
Rilevazione battito cardiaco fetale	58	45	47	78	36	131	395
Visite domiciliari (post-partum, medicazioni, ecc.)	117	151	-	9	17	56	350
Informazioni (sulla contraccezione, su IVG, altro)	-	-	n.d.	-	370	-	n.d.
Altro	-	-	n.d.	215	2	-	n.d.
TOTALE	**1.141**	**1.078**	**n.d.**	**1.589**	**1.768**	**5.200**	**n.d.**

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano

Tabella 38: **Prestazioni erogate dalle ostetriche/infermiere nei consultori ostetrico-ginecologici dei distretti delle aziende sanitarie di Merano e Bressanone - Anno 2005**

	Merano	Val Passiria	A.S. Merano	Chiusa	A.S. Bressannone
Primo colloquio con l'utente	592	-	592	42	42
Controllo gravidanza/Visita ostetrica	-	-	-	22	22
Test di gravidanza	26	-	26	-	-
Contraccezione (prescrizione, inserimento IUD,...)	6	-	6	34	34
Prelievo vaginale per esame batteriologico	238	-	238	-	-
Colposcopia	418	-	418	-	-
Rilevazione battito cardiaco fetale	134	-	134	-	-
Esame delle urine	365	43	408	-	-
Altro	488	-	488	12	12
TOTALE	**2.267**	**43**	**2.310**	**110**	**110**

Fonte: aziende sanitarie di Merano e Bressanone

2.4. ATTIVITÀ DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Nel 2005 sono stati effettuati 55.255 interventi di Emergenza Sanitaria, pari ad una media giornaliera di circa 151 interventi, e 95.472 trasporti sanitari programmati, pari ad una media di circa 262 interventi di trasporto al giorno.

2.4.1. Sistema di Allarme Sanitario

Il sistema di Allarme Sanitario fa parte integrante del sistema dell'Emergenza Sanitaria, previsto dal Piano Sanitario Provinciale 2000-2002, e finalizzato alla gestione interdisciplinare coordinata delle urgenze sanitarie su tutto il territorio provinciale. Il Sistema di allarme sanitario è assicurato dalla Centrale Operativa 118 (istituita nel 1991, ed attiva dal 1993) a cui affluiscono tutte le richieste di intervento per emergenza sanitaria. La Centrale Operativa 118, che dal 1998 viene gestita dalla Azienda Sanitaria di Bolzano, coordina l'intervento del personale e dei mezzi di soccorso su tutto il territorio provinciale ed allerta la risposta ospedaliera, garantendo un servizio attivo per 24 ore al giorno.

FUNZIONI DELLA CENTRALE OPERATIVA 118

Le funzioni fondamentali della Centrale Operativa comprendono:
- ricezione delle richieste di soccorso;
- valutazione del grado di criticità dell'intervento da attivare;
- attivazione e coordinamento dell'intervento di emergenza.

Si occupa, inoltre, di coordinare i trasferimenti urgenti dei pazienti da ospedale ad ospedale; effettua trasporti di materiale sanitario (plasma, prove di laboratorio, ecc.) e il trasporto d'organi e di medicinali.

PERSONALE DELLA CENTRALE OPERATIVA 118

Per svolgere tali funzioni la Centrale Operativa si avvale di personale infermieristico con esperienza nell'area critica, di operatori adeguatamente formati messi a disposizione dalle organizzazioni di soccorso, nonché di competenze mediche di appoggio.

Il responsabile della Centrale Operativa 118 è un medico dirigente di secondo livello, primario del Servizio interaziendale di Urgenza ed Emergenza Medica (SUEM). La responsabilità operativa, relativa alle funzioni di ricezione, registrazione, selezione delle chiamate e determinazione dell'apparente grado di criticità dell'evento è affidata invece al personale infermieristico della Centrale Operativa, nell'ambito di protocolli concordati con il medico responsabile della Centrale stessa.

RISORSE TECNOLOGICHE

La Centrale Operativa 118 è dotata di un sistema di telefonia e di radiofonia che consente di:
- ricevere tutte le chiamate di soccorso provenienti dal territorio provinciale;
- utilizzare collegamenti diretti con gli altri servizi pubblici deputati alle emergenze (servizi di Pronto Soccorso, Vigili del Fuoco, Carabinieri, Polizia);
- utilizzare collegamenti diretti con le postazioni dei mezzi e con gli stessi mezzi mobili di soccorso.

La Centrale Operativa 118 è dotata, inoltre, di un sistema informativo che permette di disporre di dati aggiornati e tempestivi relativamente ai servizi di pronto soccorso, alle postazioni dei mezzi di soccorso, nonché di informazioni relative alle località sedi dell'evento (riferimenti cartografici e di viabilità).

2.4.2. Servizio Medico Territoriale di Soccorso

Il servizio Medico Territoriale di Soccorso, istituito con delibera della Giunta Provinciale nel 1991, è una delle componenti del sistema provinciale di Emergenza Sanitaria. Tale servizio assicura l'intervento tempestivo del medico d'urgenza in tutto il territorio della Provincia di Bolzano.

PRESTAZIONI DEL MEDICO ADDETTO ALL'EMERGENZA TERRITORIALE

In particolare, a seconda del grado di criticità dell'evento, i medici addetti all'emergenza territoriale forniscono prestazioni di pronto soccorso di base, soccorso vitale avanzato (anche traumatologico e pediatrico), con l'obiettivo di stabilizzare le condizioni cliniche del paziente, rendendolo in tal modo trasportabile con il mezzo di soccorso. I medici addetti all'emergenza territoriale operano, inoltre, la scelta dell'ospedale di destinazione e si occupano della consegna del paziente ai servizi di pronto soccorso ospedaliero.

ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

L'organizzazione a livello provinciale del servizio Medico Territoriale di Soccorso prevede, nell'ambito del bacino di utenza di ogni ospedale, l'impiego di medici ospedalieri, la cui attività viene coordinata da un medico responsabile per ciascun ospedale. Al di fuori degli ambiti territoriali degli ospedali pubblici provinciali, l'attività del servizio Medico Territoriale di Soccorso viene espletata anche da alcuni medici di base, collegati via radio con la Centrale Operativa 118, e in possesso di specifici requisiti formativi e di equipaggiamento.

Per l'intervento dei medici addetti all'emergenza territoriale possono essere utilizzati, a seconda della situazione e delle condizioni locali, ambulanze, auto mediche ed in orario diurno anche elicotteri di soccorso.

2.4.3. Servizio di Trasporto Sanitario

Il servizio di Trasporto Sanitario è attivo in Provincia di Bolzano in regime di convenzione con le associazioni Croce Bianca e Croce Rossa Italiana, ed assicura ai cittadini le seguenti prestazioni:

PRESTAZIONI EFFETTUATE DAL SERVIZIO

a. trasporto d'urgenza con assistenza medica
b. trasporto d'urgenza senza assistenza medica
c. trasporto sanitario non urgente per garantire la continuità delle cure
d. trasporto sanitario effettuato con mezzi non attrezzati dal punto di vista sanitario, ad esempio per il trasporto di malati nefrologici e oncologici, rispettivamente in terapia dialitica e radiante
e. trasporto di prove di laboratorio, referti, latte materno, plasma sanguigno, ecc., che può essere sia urgente che non urgente.

INDICATORI PER LA DISLOCAZIONE TERRITORIALE

Nel corso del 2001 la Giunta Provinciale ha definito, con apposita deliberazione (n. 4326/2001), sei indicatori per la dislocazione nel territorio della Provincia delle postazioni e degli automezzi di soccorso. La descrizione di tali indicatori, con i rispettivi valori limite, viene presentata nel seguente prospetto:

Tabella 39: **Indicatori per la dislocazione territoriale delle postazioni e degli automezzi di soccorso. Deliberazione della Giunta Provinciale n. 4326/2001**

Indicatori	*Limiti fissati per gli indicatori Interventi con medico a bordo*	*Limiti fissati per gli indicatori Interventi senza medico a bordo*
1. Percentuale di interventi con durata inferiore a 20 minuti. (Durata calcolata dalla partenza dalla postazione all'arrivo al luogo d'intervento. Solo interventi con codice di gravità giallo e rosso)	*Limite MINIMO 90%*	*Limite MINIMO 85%*
2. Distanza tra le postazioni degli automezzi di soccorso	*Limite MINIMO 25 km Limite MASSIMO 35 km*	*Limite MINIMO 10 km Limite MASSIMO 30 km*
3. Popolazione presente nei bacini d'utenza delle postazioni degli automezzi di soccorso	*Limite MINIMO 20.000 abitanti*	*Limite MINIMO 5.000 abitanti*
4. Numero automezzi di soccorso per 100.000 abitanti presenti nei bacini d'utenza delle postazioni	*Limite MINIMO 1 automezzo di soccorso avanzato (NAW – NEF) per 100.000 abitanti*	*Limite MINIMO 3 ambulanze di soccorso di base (RTW) per 100.000 abitanti Limite MASSIMO 20 ambulanze di soccorso di base (RTW) per 100.000 abitanti*
5. Numero annuo di interventi per automezzo di soccorso	*Limite MASSIMO 2.000 interventi per ciascun automezzo di soccorso avanzato (NAW – NEF)*	*Limite MINIMO 500 interventi per ciascuna ambulanza di soccorso di base (RTW) Limite MASSIMO 2.000 interventi per ciascuna ambulanza di soccorso di base (RTW)*
6. Numero automezzi di soccorso per 100.000 abitanti presenti nei comprensori	*Limite MINIMO 1 automezzo di soccorso avanzato (NAW – NEF) per 100.000 abitanti Limite MASSIMO 3 automezzi di soccorso avanzato (NAW – NEF) per 100.000 abitanti*	*Limite MINIMO 6 ambulanze di soccorso di base (RTW) per 100.000 abitanti Limite MASSIMO 10 ambulanze di soccorso di base (RTW) per 100.000 abitanti*

Sulla base dei valori assunti da questi sei indicatori, è stata definita l'ubicazione delle postazioni degli automezzi di soccorso, nonché la quantificazione del numero di automezzi destinati al trasporto sanitario di emergenza da dislocare nelle varie postazioni.

POSTAZIONI DEGLI AUTOMEZZI DI SOCCORSO

Nel 2005 nel territorio provinciale risultavano operanti 31 postazioni degli automezzi di soccorso attive 24 ore su 24. In particolare l'associazione di soccorso Croce Bianca è attiva in provincia in 30 postazioni (di cui 7 con medico presente), mentre la Croce Rossa svolge la propria attività in 5 postazioni (di cui 1 con medico presente).

Tabella 40: **Dotazione di automezzi di trasporto sanitario. Situazione al 31/12/2005**

	Automezzi di soccorso medicalizzati (NAW, NEF)	*Automezzi di soccorso avanzato di base (RTW)*	*Automezzi di trasporto misto (NKTW)*	*Automezzi di trasporto (KTW)*	*Automezzi di trasporto per lunghe distanze (LKTW)*	*Autovetture (PKW)*
Croce Bianca	*9*	*27*	*6*	*109*	*3*	*29**
Croce Rossa	*3*	*9*	*-*	*8*	*1*	*6*
TOTALE	***12***	***36***	***6***	***117***	***4***	***35***

** Sono compresi 5 BTW (automezzi per il trasporto di disabili/plasma sanguigno/organi)*

Fonte: Croce Bianca e Croce Rossa

Nel 2005 la dotazione complessiva di automezzi di soccorso presso le postazioni attive in provincia di Bolzano ha subito alcune variazioni rispetto al 2004.

automezzi del servizio di Trasporto Sanitario

AUTOMEZZI DEL SERVIZIO DI TRASPORTO SANITARIO

Per il trasporto sanitario di persone o materiali, sono stati utilizzati dalle organizzazioni di soccorso Croce Bianca e Croce Rossa 12 automezzi di soccorso medicalizzati (NAW o NEF), 36 automezzi di soccorso avanzato di base (RTW), 6 automezzi di trasporto misto (NKTW), 121 automezzi per il trasporto non urgente (KTW o LKTW) e 35 autovetture per il trasporto di esami di laboratorio, referti, plasma, ecc.

SERVIZIO DI ELISOCCORSO

Il servizio di Elisoccorso provinciale, parte integrante del servizio di Trasporto Sanitario, è affidato dalla provincia alla Comunità di Lavoro composta da AVS-BRD, CAI-CNSA e Croce Bianca, quest'ultima con funzioni di capofila.

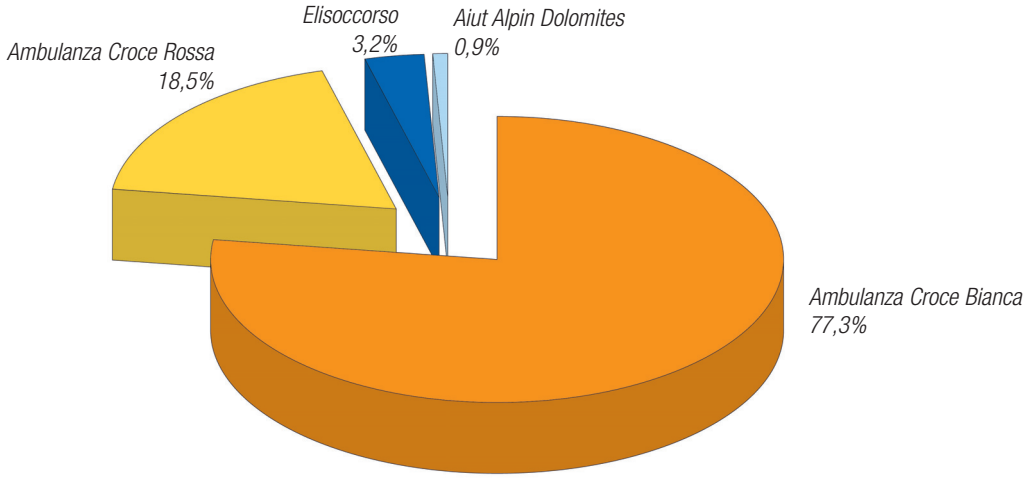
Il servizio di Elisoccorso è dotato di 2 elicotteri, uno dislocato presso l'ospedale di Bolzano e l'altro presso l'ospedale di Bressanone. In caso di particolari esigenze un ulteriore velivolo viene messo a disposizione dall'organizzazione del soccorso alpino Aiut Alpin Dolomites, durante la stagione invernale ed estiva.

2.4.4. Interventi di Emergenza Sanitaria

Nel 2005 sono stati effettuati 55.255 interventi di Emergenza Sanitaria, pari ad una media giornaliera di circa 151 interventi. Rispetto all'anno precedente, si registra un incremento del 4,1%.

Nel 77,3% degli interventi hanno prestato soccorso le ambulanze della Croce Bianca, mentre nel 18,5% sono stati utilizzati automezzi di soccorso della Croce Rossa. Gli interventi di emergenza in elicottero sono stati gestiti dal servizio di Elisoccorso provinciale (3,2%) e dall'organizzazione di soccorso alpino Aiut Alpin Dolomites (0,9%).

Figura 8: **Interventi di emergenza sanitaria distribuiti per organizzazione di soccorso coinvolta – Anno 2005**



INTERVENTI, PERSONE TRASPORTATE, CHILOMETRI PERCORSI

Per effettuare gli interventi di emergenza in ambulanza sono stati percorsi nel 2005 quasi un milione e mezzo di chilometri, pari ad una media di circa 28 chilometri per intervento. Sono stati effettuati, inoltre, 2.291 interventi in elicottero, per un numero complessivo di circa 1.256 ore di volo (circa 33 minuti di volo per intervento).

Tabella 41: **Interventi effettuati, persone trasportate e chilometri percorsi dalle organizzazioni di soccorso provinciali – Anno 2005**

Organizzazioni di soccorso	Numero interventi	Numero persone trasportate	Numero chilometri percorsi/ minuti di volo
Croce Bianca	42.729	44.154	1.271.210
Croce Rossa	10.235	10.406	201.000
Elisoccorso Croce Bianca	1.786	1.702	57.258
Aiut Alpin Dolomites	505	503	18.114
TOTALE	**55.255**	**56.765**	

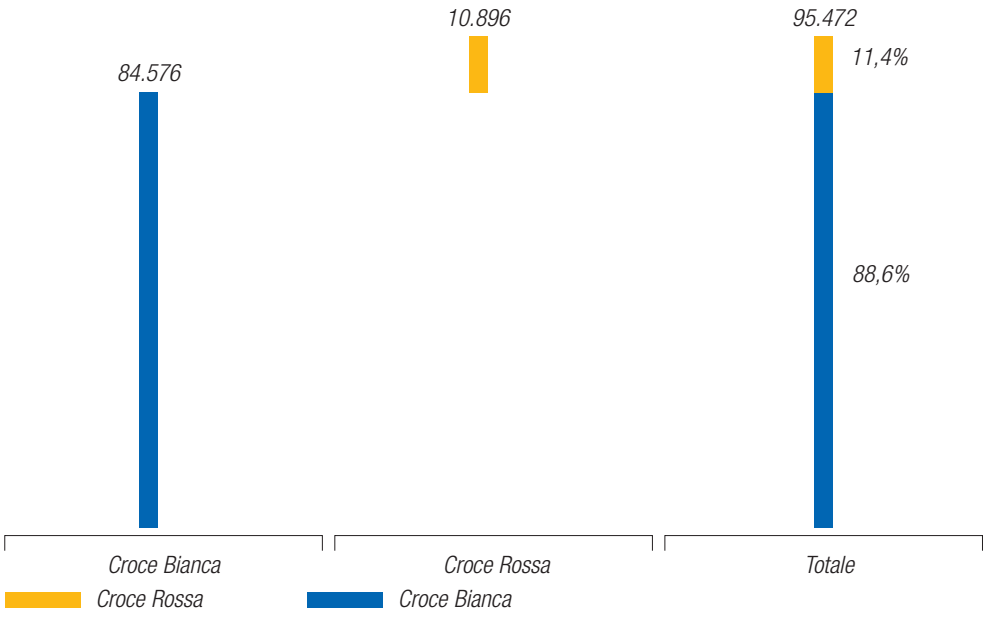
Fonte: Croce Bianca e Croce Rossa

2.4.5. Interventi di Trasporto Sanitario non Urgente

TRASPORTI EFFETTUATI

Nel 2005, il servizio di Trasporto Sanitario ha effettuato 95.472 trasporti sanitari programmati, pari ad una media di circa 262 interventi di trasporto al giorno.
Nel 88,6% dei casi sono intervenute le ambulanze di trasporto della Croce Bianca, mentre nel restante 11,4% sono stati utilizzati automezzi di trasporto sanitario della Croce Rossa.

Figura 9: **Interventi di trasporto sanitario non urgente distribuiti per organizzazione di trasporto coinvolta - Anno 2005**



CHILOMETRI PERCORSI

Per effettuare i trasporti sanitari non urgenti sono stati percorsi nel 2005 circa 5 milioni di chilometri, per un valore medio di 53 chilometri per ciascun intervento di trasporto.

Tabella 42: **Trasporti sanitari non urgenti effettuati, persone trasportate e chilometri percorsi dalle organizzazioni di trasporto sanitario – Anno 2005**

Organizzazioni di trasporto sanitario	Numero interventi di trasporto sanitario	Numero persone trasportate	Numero chilometri percorsi/
Croce Bianca	84.576	106.537	3.764.497
Croce Rossa	10.896	12.628	1.298.558
TOTALE	**95.472**	**119.165**	**5.063.055**

Fonte: Croce Bianca e Croce Rossa

Rispetto all'anno precedente, sono stati effettuati nel 2005 circa 34 interventi di trasporto sanitario in meno al giorno, con una riduzione annua del 11,6%. Sono stati effettuati, inoltre, 87 interventi in elicottero (per esercitazioni e/o altri interventi non urgenti) per un totale di 6.742 minuti di volo.

2.5. ASSISTENZA FARMACEUTICA

Nel 2005 le farmacie aperte al pubblico erano 107 con grado di copertura della pianto organica pari all'85,6%.
La prescrizione di farmaci nel 2005 è ritornata sotto il tetto dei 2,5 milioni di ricette, corrispondente a 5,0 ricette procapite e 10,2 confezioni di medicinali prescritti in media per ciascun cittadino. La categoria di farmaci maggiormente assunti dalla popolazione altoatesina riguarda i medicinali per il sistema cardiovascolare (oltre 1,9 milioni di confezioni prescritte pari in media a 261 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti).
Nel 2005 la spesa netta per l'assistenza farmaceutica a carico del Servizio sanitario è ritornata sotto il tetto dei 70 milioni di Euro con una diminuzione, rispetto al 2004, del 6,7% a fronte di una riduzione media nazionale dell'1,1%.
La maggior parte delle prescrizione farmaceutiche sono dovute ai medici di medicina generale, con un ammontare di farmaci prescritti pari all'85,6%.

L'assistenza farmaceutica territoriale viene erogata dalle aziende sanitarie attraverso le farmacie e riguarda la fornitura di specialità medicinali e di preparati galenici, con o senza pagamento di ticket, agli assistiti.
Le farmacie possono essere private convenzionate, oppure pubbliche. Le farmacie pubbliche si suddividono ulteriormente in interne, se istituite per esclusivo servizio dell'ente titolare, ad esempio l'azienda sanitaria, e in esterne, come nel caso della farmacia comunale.
Tutti i dati contenuti in questo capitolo fanno riferimento ai servizi che le farmacie private e comunali offrono al pubblico.

2.5.1. Le farmacie

DISTRIBUZIONE DELLE FARMACIE SUL TERRITORIO

L'autorità sanitaria stabilisce la distribuzione delle farmacie sul territorio in modo che ve ne sia almeno una ogni 5.000 abitanti nei comuni con popolazione fino a 12.500 ed una ogni 4.000 abitanti negli altri. Al 31.12.2005, in provincia erano aperte al pubblico 107 farmacie, circa metà delle quali situate nell'Azienda Sanitaria di Bolzano.

Tabella 43: **Carico medio di utenti per farmacia, per azienda sanitaria - Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Farmacie	50	27	12	18	107
Abitanti per farmacia	4.286	4.641	5.733	4.038	4.496

Fonte: PAB- ufficio Distretti Sanitari

Nel 2005 il grado di copertura delle farmacie attivate rispetto a quelle previste in pianta organica (85,6%), è diminuito dell'1,4% rispetto all'anno precedente, in relazione all'aumento del numero complessivo di farmacie previste. Con riferimento agli standard previsti dalla deliberazione della Giunta Provinciale n. 4707 del 05/12/2005, l'adeguamento più cospicuo si osserva nell'Azienda Sanitaria di Brunico, dove si registra un grado di copertura totale. In termini pro capite, il numero medio di farmacie ogni 10.000 abitanti è di 2,2, variabile da un minimo di 1,7 nell'Azienda Sanitaria di Bressanone ad un massimo di 2,5 in quella di Brunico.

Tabella 44: **Farmacie previste e attivate nelle aziende sanitarie per distretto, grado di copertura della pianta organica, farmacie ogni 10.000 abitanti - Anno 2005**

	previste	attivate	% copertura p.o.	Farmacie/ 10.000 ab.
Val Gardena	3	3	100,0	3,3
Val d'Ega-Sciliar	6	6	100,0	3,1
Salto-Val Sarentino-Renon	5	3	60,0	1,7
Oltradige	5	4	80,0	1,5
Laives-Bronzolo-Vadena	5	4	80,0	2,1
Bassa Atesina	7	5	71,4	2,2
Bolzano	25	25	100,0	2,5
Bolzano	**56**	**50**	**89,3**	**2,3**
Alta Val Venosta	4	2	50,0	1,3
Media Val Venosta	4	4	100,0	2,2
Naturno-circondario	3	2	66,7	1,9
Lana-circondario	5	5	100,0	2,2
Merano-circondario	12	12	100,0	2,4
Val Passiria	3	2	66,7	2,3
Merano	**31**	**27**	**87,1**	**2,2**
Alta Valle Isarco	6	3	50,0	1,6
Bressanone-circondario	9	7	77,8	2,0
Chiusa-circondario	5	2	40,0	1,2
Bressanone	**20**	**12**	**60,0**	**1,7**
Tures-Aurina	2	2	100,0	1,6
Brunico-circondario	8	8	100,0	2,3
Alta Val Pusteria	4	4	100,0	2,6
Val Badia	4	4	100,0	3,9
Brunico	**18**	**18**	**100,0**	**2,5**
TOTALE	**125**	**107**	**85,6**	**2,2**

Fonte: PAB- ufficio Distretti Sanitari

CARICO MEDIO DI UTENTI PER FARMACIA

Il carico medio di potenziali utenti per farmacia in provincia è di 4.496 abitanti. A livello di distretto il campo di variazione è però molto ampio: in Val Badia vi sono 2.550 abitanti per farmacia, mentre nel distretto sanitario di Chiusa ve ne sono oltre 8.000. Tali carichi medi rappresentano comunque valori teorici, poiché non tengono conto della presenza turistica riscontrabile nei periodi estivo ed invernale nei maggiori centri turistici della provincia.

Figura 10: **Abitanti per farmacia - Azienda Sanitaria di Bolzano - Anno 2005**

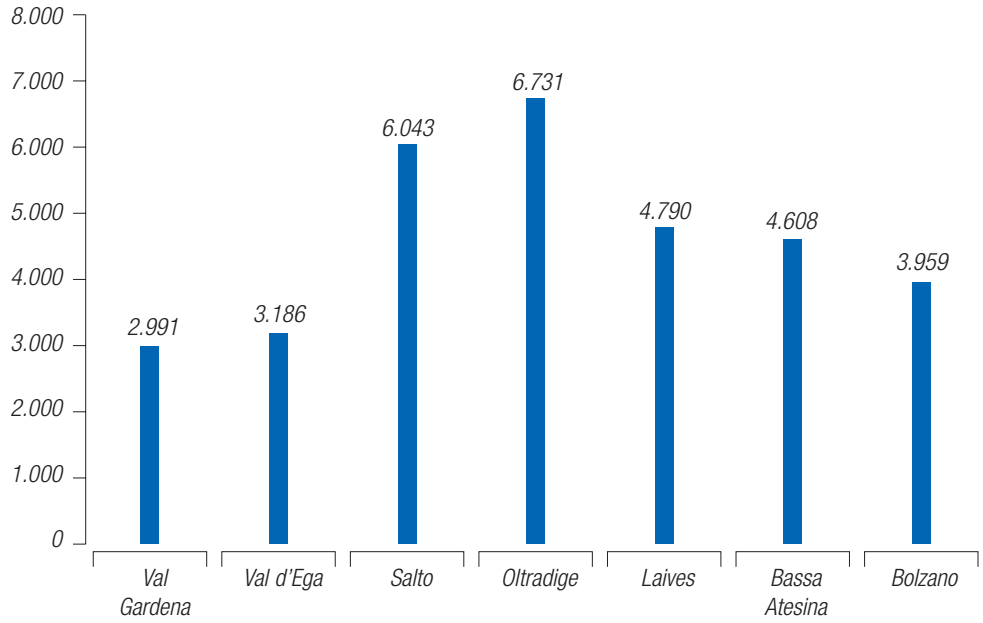


Figura 11: **Abitanti per farmacia - Azienda Sanitaria di Merano - Anno 2005**

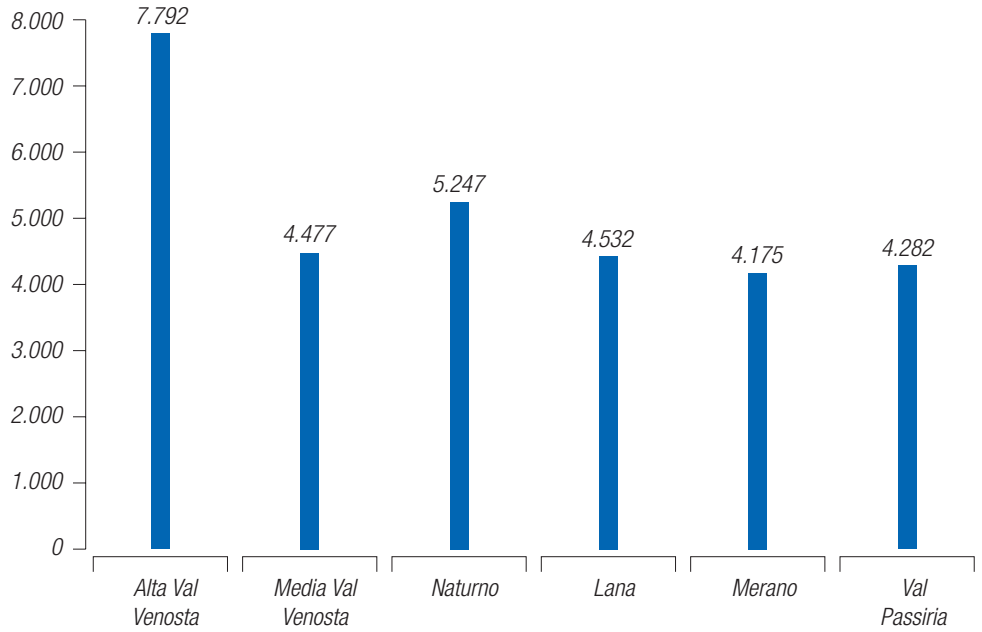


Figura 12: **Abitanti per farmacia - Azienda Sanitaria di Bressanone - Anno 2005**

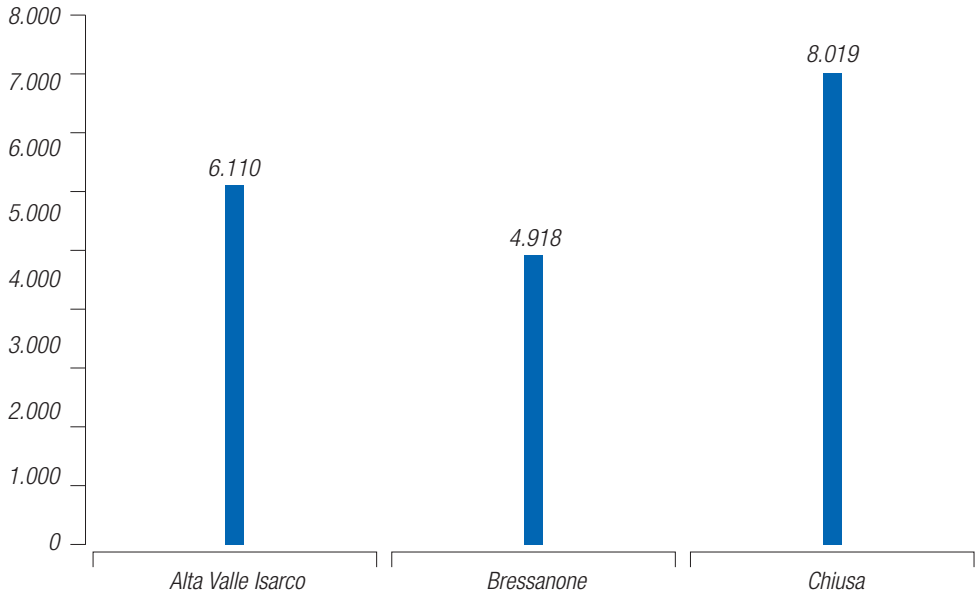
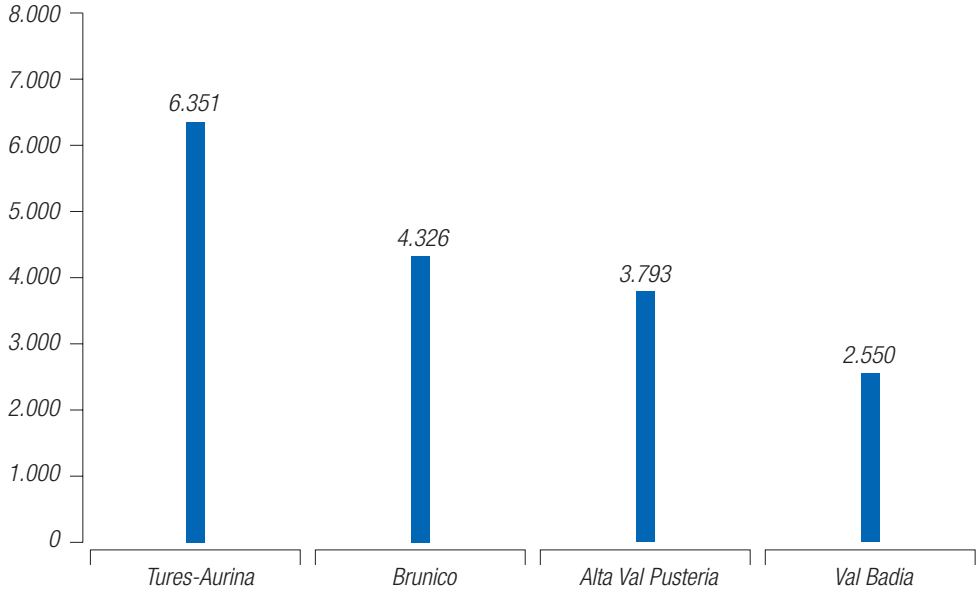


Figura 13: **Abitanti per farmacia - Azienda Sanitaria di Brunico - Anno 2005**



2.5.2. Il consumo di farmaci

L'assistenza farmaceutica si concretizza nella distribuzione di farmaci agli assistiti, generalmente sulla base della prescrizione da parte del medico curante; in alcuni casi l'erogazione avviene in forma gratuita, in altri con la partecipazione totale o parziale dei cittadini alla spesa, a seconda della essenzialità sanitaria dei farmaci prescritti.

CRITERI DI CLASSIFICAZIONE DEI FARMACI

La legge 24 dicembre 1993, n. 537, all'art. 8 (disposizioni in materia di sanità), fissa i criteri secondo i quali la Commissione Unica del Farmaco (CUF) deve classificare i farmaci che entrano in commercio. Le classi previste dalla normativa in vigore nel 2003 sono[1]:
Classe A – farmaci essenziali e farmaci per malattie croniche, a totale carico del SSN. La

[1] *Fonte: Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali*

classe A prevede anche un sottogruppo di farmaci, classe H, che comprende farmaci rimborsati esclusivamente se utilizzati in ambiente ospedaliero o di day hospital;
Classe C – farmaci privi delle caratteristiche dei farmaci della precedente fascia ed a carico dei cittadini. In particolare nella classe C sono compresi:

1. farmaci C-bis (Legge 311/2004) utilizzati per patologie di lieve entità o considerate minori (antinevralgici, antipiretici, decongestionanti nasali, lassativi,ecc.), non soggetti quindi a ricetta medica e con accesso alla pubblicità al pubblico (OTC);
2. farmaci senza obbligo di prescrizione medica (SOP) e per i quali non è possibile fare pubblicità;
3. i medicinali da utilizzare sotto prescrizione medica, per brevi periodi onde evitare potenziali abusi, come ad esempio le benzodiazepine.

Sulla base della legge n. 326 del 24 novembre 2003 che dispone, in caso di superamento del tetto di spesa programmato per l'assistenza farmaceutica, il ripiano della differenza ripartendo l'onere il 60% a carico delle aziende farmaceutiche e il rimanente 40% a carico delle regioni, il Governo con legge n. 202 del 02.08.2004, ha attuato una manovra correttiva. L'obiettivo della manovra è stato quello di ridurre con un primo parziale intervento il divario tra tetto di spesa programmato (pari al 13% della spesa sanitaria) e quello effettivo. Nel corso dell'anno 2005, al fine di completare il recupero dello sfondamento della spesa farmaceutica convenzionata relativo all'anno 2004, è proseguita l'applicazione dello sconto del 6,8% sul margine di spettanza al produttore.
Dal 01.01.2005 è entrato in vigore il nuovo prontuario farmaceutico nazionale che ha la duplice finalità di consentire, nell'ambito delle categorie omogenee, una più efficiente distribuzione delle risorse disponibili ed ampliare i livelli di assistenza farmaceutica con l'ammissione alla rimborsabilità di nuovi farmaci[2].

INTRODUZIONE DEL TICKET DAL 1 LUGLIO 2002

A livello provinciale, con deliberazione della G.P. n. 1862 del 27 maggio 2002, è stata introdotta la compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino per tutte le prestazioni del Servizio Sanitario Provinciale. Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica tale provvedimento ha sancito l'introduzione del ticket, con decorrenza dal 1 luglio 2002, secondo le seguenti modalità:

1. popolazione non esente: due euro per confezione di farmaco prescritto, con un massimo di quattro euro per due o più medicinali;
2. popolazione esente per malattia o per reddito o per grado di invalidità non elevato: un euro per ricetta;
3. popolazione fiscalmente a carico di uno o entrambi i genitori: un euro per una confezione di farmaco prescritto e due euro per due o più confezioni prescritte;
4. popolazione affetta da elevato grado di invalidità o popolazione in età pediatrica il cui nucleo familiare è esente per reddito: nessun ticket.

Con circolare del 08 agosto 2000, su recepimento della rispettiva circolare ministeriale, sono state applicate le esenzioni per la partecipazione alla spesa sanitaria, ai titolari di pensione di guerra diretta vitalizia, le quali prevedono a totale carico del SSN anche i farmaci di classe C, previa attestazione di comprovata utilità da parte del medico prescrittore.
Con circolare del 30 ottobre 2003, provvedimento attuativo della l.p. n. 7 del 05.03.2001 "Legge di riordino del sistema sanitario provinciale", è stata applicata l'esenzione del ticket ai cittadini affetti da alcune malattie rare (linfedema e fibromialgia).

[2] *Fonte: Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali*

Le analisi relative al consumo di farmaci in Provincia di Bolzano nel 2005 di seguito presentate, si riferiscono ai medicinali a carico del SSN; sono esclusi, quindi, i farmaci acquistati dai cittadini e completamente a loro carico. Le fonti informative contattate ai fini della rilevazione dei dati si riferiscono a:

– ufficio Distretti Sanitari (consistenza delle farmacie e loro dislocazione, numero di ricette, spesa complessiva per azienda sanitaria e loro componenti);
– ufficio Contabilizzazione Ricette dell'Azienda Sanitaria di Bolzano (flusso anonimizzato delle prescrizioni di farmaci erogati dalle farmacie del territorio provinciale, contenenti anche i dati anagrafici dell'assistito).

PRESCRIZIONE DI RICETTE FARMACEUTICHE

Nel 2005 sono state emesse complessivamente 2.429.360 ricette, pari ad una riduzione a livello provinciale del 3,3% rispetto all'anno precedente, corrispondente al valore più basso nell'ultimo quadriennio; riduzioni più sensibili, pari al 4,7%, si osservano nell'Azienda Sanitaria di Merano.

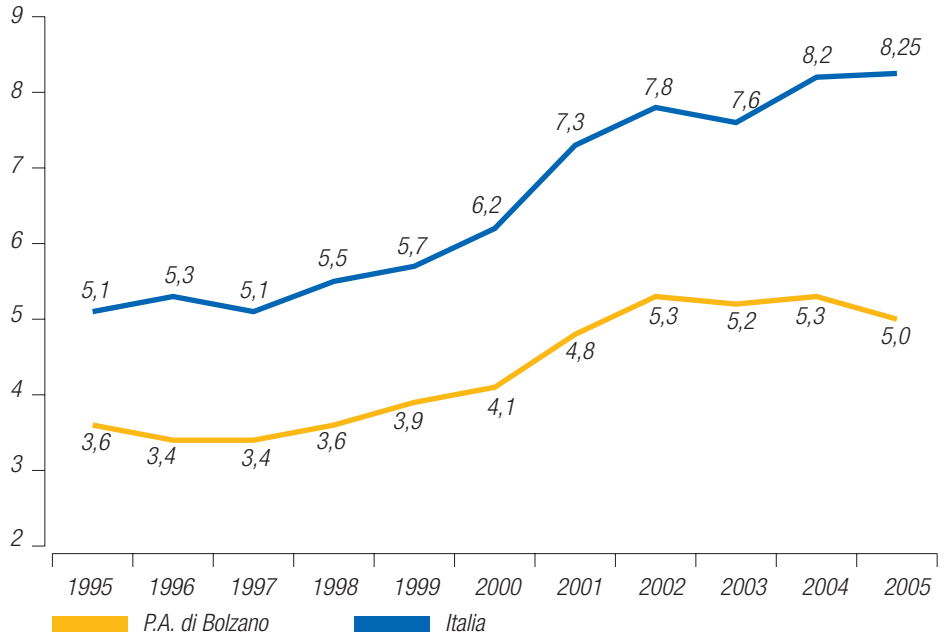
Tabella 45: **Indicatori generali sul consumo di farmaci per azienda sanitaria - Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Totale ricette	1.153.194	612.220	329.018	334.928	2.429.360
Ricette pro-capite	5,4	4,9	4,8	4,6	5,0
Totale pezzi	2.342.601	1.209.172	680.313	676.815	4.908.901
Pezzi pro-capite	10,9	9,6	9,9	9,3	10,2

Fonte: PAB- ufficio Distretti Sanitari

L'andamento provinciale delle prescrizioni farmaceutiche negli ultimi undici anni evidenzia un aumento del numero di ricette procapite dal 1998 al 2002; nel triennio successivo dopo un periodo stazionario si osserva nel 2005 una inversione di tendenza.
A livello nazionale, la prescrizione di farmaci ha subito un temporaneo rallentamento nel 2003 in virtù dei numerosi provvedimenti adottati in tema di razionalizzazione della spesa; rispetto all'andamento provinciale si osservano valori costantemente superiori con una tendenza all'aumento della forbice nell'ultimo biennio.

Figura 14: **N. medio ricette pro-capite in Provincia di Bolzano e in Italia. Anni 1995-2005**



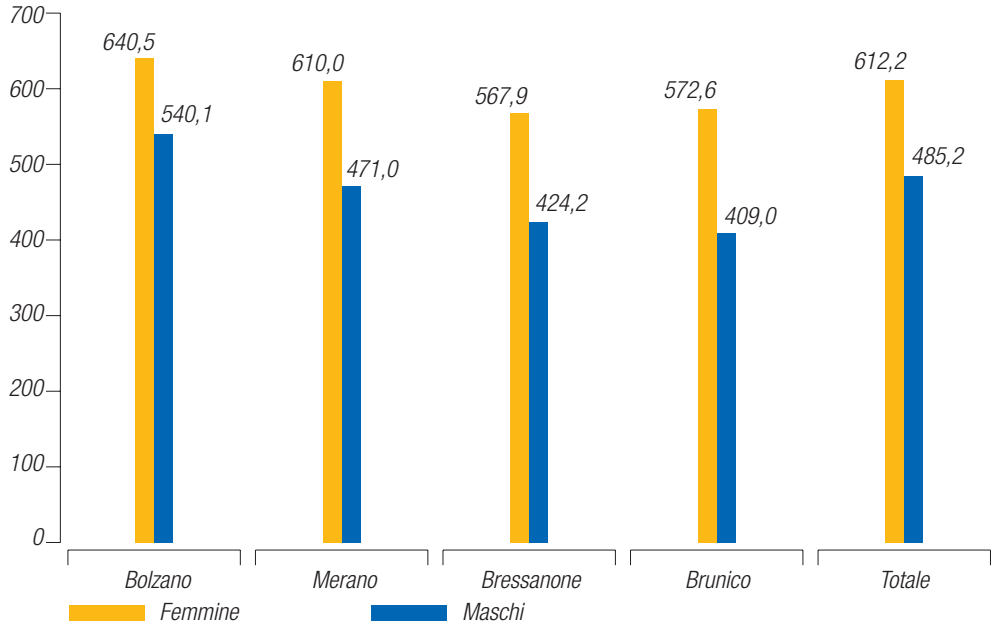
PRESCRIZIONE DI FARMACI (NUMERO DI CONFEZIONI) CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE DEI FARMACI ATC

Il numero di confezioni di farmaci prescritti nel 2005 è ritornato al di sotto del tetto dei cinque milioni di pezzi (4.908.901), pari a 10,2 confezioni di medicinali pro capite, con valori massimi nell'Azienda Sanitaria di Bolzano e minimi in quella di Brunico.
Al fine di rendere confrontabili le quantità di farmaci prescritti agli altoatesini nel 2005, secondo le differenti tipologie di medicinali e le diverse modalità di consumo nelle aziende sanitarie, nell'analisi dei consumi sono state utilizzate rispettivamente, la classificazione internazionale dei farmaci ATC (classificazione Anatomica, Terapeutica, Chimica), e la quantità standard di dosi di farmaco prescritta (DDD – Dosi Definite Die). La DDD rappresenta la dose giornaliera di farmaco, da prescrivere in relazione al principio attivo contenuto nel medicinale e per una durata del trattamento farmacologico corrispondente alla quantità di farmaco inclusa in una confezione.

DOSE GIORNALIERA DEFINITA DDD

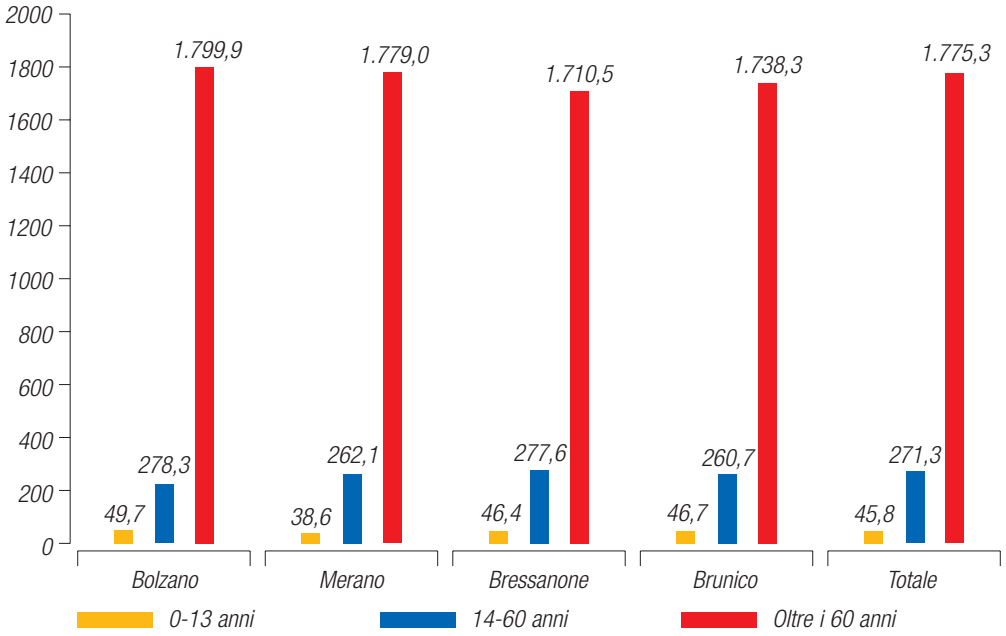
L'indicatore DDD/1.000 abitanti die, rappresenta, quindi, la quantità media giornaliera di medicinali (in unità standard) prescritti nel periodo di riferimento (un mese, un semestre, un anno, ecc.) per 1.000 residenti.

Figura 15: **Consumo medio di farmaci (DDD X 1.000 ab. die) per sesso e per azienda sanitaria - Anno 2005**



I dati relativi al consumo di farmaci evidenziano sostanziali differenze tra i sessi: nell'anno 2005 gli uomini hanno consumato mediamente 485 dosi giornaliere di medicinali ogni 1.000 maschi residenti (pari a 8,7 confezioni pro-capite nell'intero periodo), mentre le donne si sono attestate mediamente su 612 dosi giornaliere ogni 1.000 altoatesine (pari a 10,8 confezioni pro-capite nell'intero anno). Rispetto all'anno precedente si osserva una riduzione nel consumo di farmaci più sensibile nella popolazione femminile rispetto a quella maschile (rispettivamente -6,8% e -2,0%).

Figura 16: **Consumo medio di farmaci (DDD X 1.000 ab. die) per età e per azienda sanitaria - Anno 2005**



Va peraltro precisato che la banca dati dei farmaci prescritti agli assistiti in alcuni casi non era completa delle informazioni relative al sesso e/o all'età, comportando quindi una differenza nel totale confezioni distribuite e riportato in Tabella 46, rispetto al valore indicato in Tabella 45.

Tabella 46: **Numero di pezzi distribuiti per età, sesso e azienda sanitaria - Anno 2005**

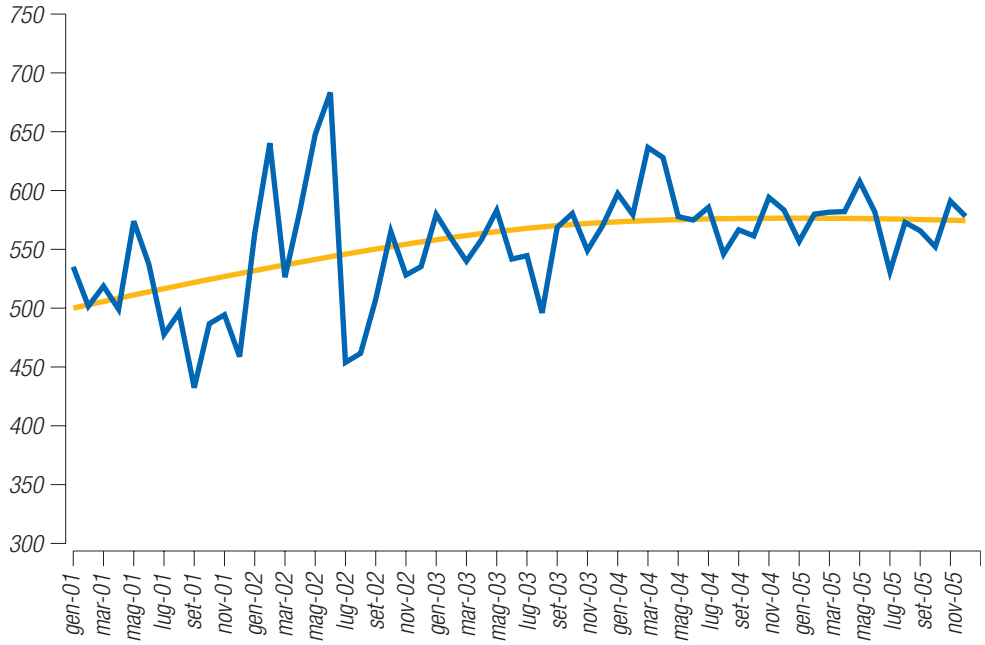
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
			Maschi		
0-13 anni	31.908	15.517	10.969	11.680	70.074
14-60 anni	300.597	153.486	97.297	86.895	638.275
Oltre i 60 anni	675.519	339.416	168.647	176.028	1.359.610
TOTALE	**1.008.024**	**508.419**	**276.913**	**274.603**	**2.067.959**
			Femmine		
0-13 anni	26.414	12.595	9.087	9.755	57.851
14-60 anni	367.518	206.094	124.867	121.924	820.403
Oltre i 60 anni	851.391	444.437	224.367	230.751	1.750.946
TOTALE	**1.245.323**	**663.126**	**358.321**	**362.430**	**2.629.200**
			Totale		
0-13 anni	58.322	28.112	20.056	21.435	127.925
14-60 anni	668.115	359.580	222.164	208.819	1.458.678
Oltre i 60 anni	1.526.910	783.853	393.014	406.779	3.110.556
TOTALE	**2.253.347**	**1.171.545**	**635.234**	**637.033**	**4.697.159**

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano - ufficio Contabilizzazione Ricette

Forti risultano anche le differenze nei consumi secondo l'età: in età pediatrica il consumo medio nel 2005 è di circa 46 dosi giornaliere ogni 1.000 bambini (pari a circa 1,5 confezioni per bambino nell'intero anno), con un campo di variabilità tra 39 (Merano) e 50 (Bolzano); in età adulta il consumo medio è di 270 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti (261 Brunico; 278 Bolzano), pari a circa 5 confezioni pro-capite per l'intero periodo; in età anziana il consumo cresce notevolmente, superando mediamente le 1.700 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti (1.710 Bressanone; 1.800 Bolzano), corrispondenti a circa 31 confezioni pro-capite nell'anno.

Si conferma la tendenza riscontrata negli anni nelle quattro aziende sanitarie, ovvero importanti differenze nei consumi distinti per età e sesso degli assistiti: dei circa 4.700.000 pezzi distribuiti nell'anno 2005 in provincia, il 56,0% era destinato a donne, nel 66,2% dei casi di età superiore ai 60 anni.

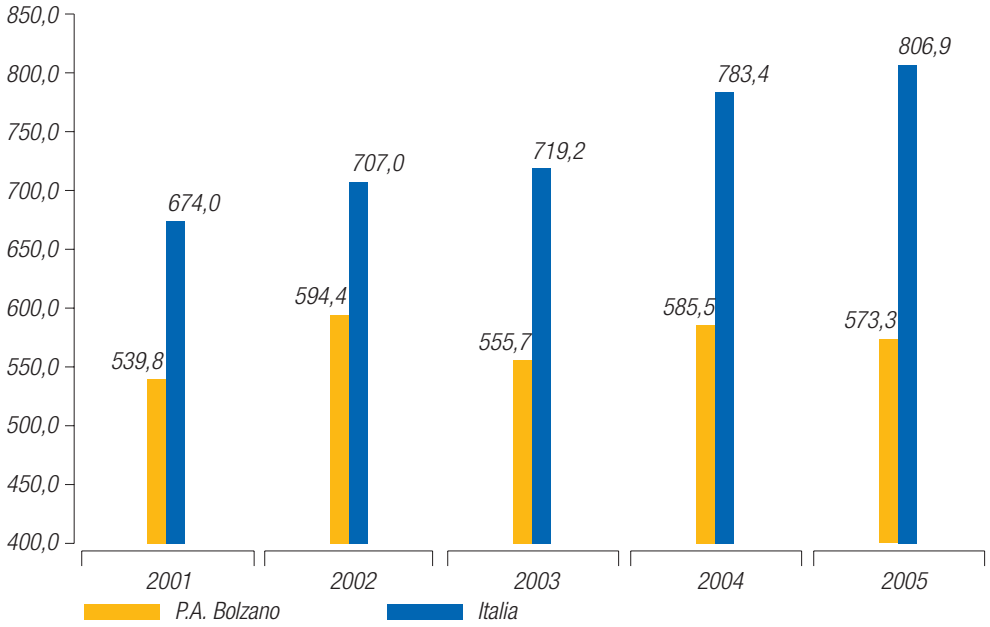
Figura 17: **Numero medio di dosi giornaliere per 1.000 residenti distribuite alla popolazione altoatesina nel quinquennio 2001-2005**



CONSUMO DI FARMACI NEL QUADRIENNIO 2001-2005

L'andamento del consumo medio giornaliero di medicinali ogni 1.000 residenti altoatesini nel quinquennio 2001 – 2005, evidenzia un trend crescente e molto variabile nel primo biennio. Nel 2002, si osserva un picco massimo di distribuzione di farmaci nel mese di giugno seguito da un crollo dei consumi nel mese di luglio, in corrispondenza dell'entrata in vigore della delibera della G.P. n. 1862 del 27/05/02 relativa all'introduzione dei ticket sui farmaci. Nel biennio 2004-2005 il consumo medio si stabilizza in corrispondenza anche di una riduzione della variabilità stagionale e mensile.
Rispetto alla tendenza media nazionale, la propensione ai consumi altoatesini nell'ultimo biennio evidenzia una sostanziale stazionarietà, ampliando la forbice tra consumi medi nazionali e provinciali (Figura 18).

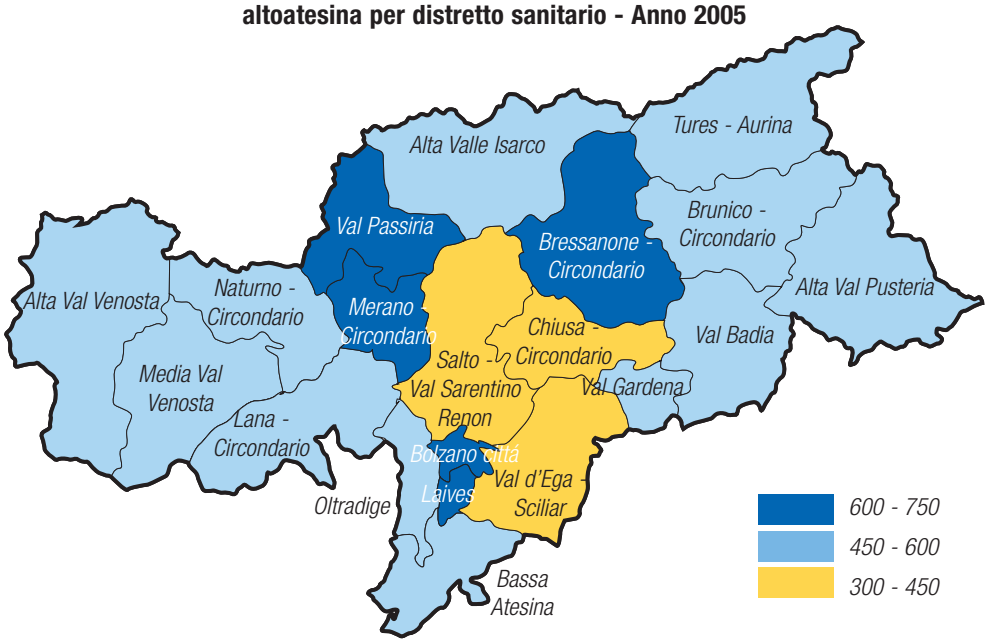
Figura 18: **Consumo medio di farmaci (DDD X 1.000 a.b. die) in Provincia di Bolzano e in Italia - Anni 2001-2005**



Al fine di eliminare le differenze nel consumo di farmaci determinate dalle caratteristiche demografiche della popolazione (sesso ed età), di seguito, nel confronto tra distretti sanitari e aziende sanitarie, è stato adottato un sistema di pesi utilizzato dal Dipartimento della programmazione del Ministero della Salute per la ripartizione della quota capitarla del Fondo Sanitario Nazionale (FSN).

SISTEMA DI PESI PER EFFETTO DELLE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE

Figura 19: **Numero medio di dosi giornaliere per 1.000 residenti distribuite alla popolazione altoatesina per distretto sanitario - Anno 2005**



Il consumo di farmaci a livello di distretto sanitario evidenzia un elevato ricorso alla terapia farmacologia presso i centri ad alta densità abitativa, ad eccezione di Brunico, mentre i distretti sanitari di Salto-Val Sarentino-Renon, Val d'Ega-Sciliar e Chiusa, si distinguono per il minor uso di medicinali rispetto alle altre realtà locali.

Tabella 47: **Consumo di farmaci (n. di pezzi distribuiti) per ATC e azienda sanitaria – Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
	Numero pezzi distribuiti				
Sist. cardiovascolare	954.247	493.620	236.381	255.758	1.940.006
Apparato gastrointestinale	276.884	136.934	76.784	65.592	556.194
Sist. nervoso centrale	243.003	126.570	88.658	96.305	554.536
Sangue ed organi emopoietici	167.307	106.117	48.067	55.908	377.399
Sist. genito-urinario/ormoni s.	141.976	78.301	50.814	47.909	319.000
Antimicrob. gen. per uso sist.	164.832	82.748	51.285	49.518	348.383
Sist. muscolo-scheletrico	112.779	62.425	36.138	31.049	242.391
Sist. respiratorio	112.399	52.765	27.361	23.965	216.490
Preparati ormonali sistemici	77.871	49.037	22.901	25.930	175.739
Organi di senso	43.761	18.688	6.071	6.272	74.792
Farmaci antineopl. immunom.	28.985	12.608	6.296	6.945	54.834
Dermatologici	13.219	6.107	5.220	4.369	28.915
Farmaci antiparassitari	8.586	2.684	1.479	1.520	14.269
Vari	2.065	1.373	723	444	4.605
TOTALE	**2.347.914**	**1.229.977**	**658.178**	**671.484**	**4.907.553**

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano - ufficio Contabilizzazione Ricette

Per alcuni farmaci non sono state riportate nella banca dati le informazioni relative al tipo di medico prescrittore, comportando quindi una differenza nel totale confezioni rilevate dall'Ufficio Distretti Sanitari dell'Assessorato della Sanità e riportato in Tabella 45, rispetto al valore indicato in Tabella 47.

La distribuzione delle dosi medie giornaliere di farmaci per 1.000 residenti altoatesini, erogate nel 2005 secondo il gruppo terapeutico ATC, individua ai primi cinque posti i gruppi di farmaci prescritti per il sistema cardiovascolare, per l'apparato gastrointestinale ed il metabolismo, per il sistema genito-urinario e gli ormoni sessuali, per il sangue ed organi emopoietici e per il sistema nervoso centrale.

Tra le aziende sanitarie della provincia differenze emergono nei consumi di farmaci in particolare tra le aree geografiche sud-ovest (aziende sanitarie di Bolzano e Merano) e nord-est (aziende sanitarie di Bressanone e Brunico) della provincia. Nelle prime si osserva un maggior ricorso a terapie farmacologiche per il sistema cardiovascolare e per il sistema respiratorio, mentre nelle aziende sanitarie di Bressanone e Brunico la maggior prescrizione riguarda i farmaci per il sangue ed organi emopoietici e per il sistema nervoso centrale.

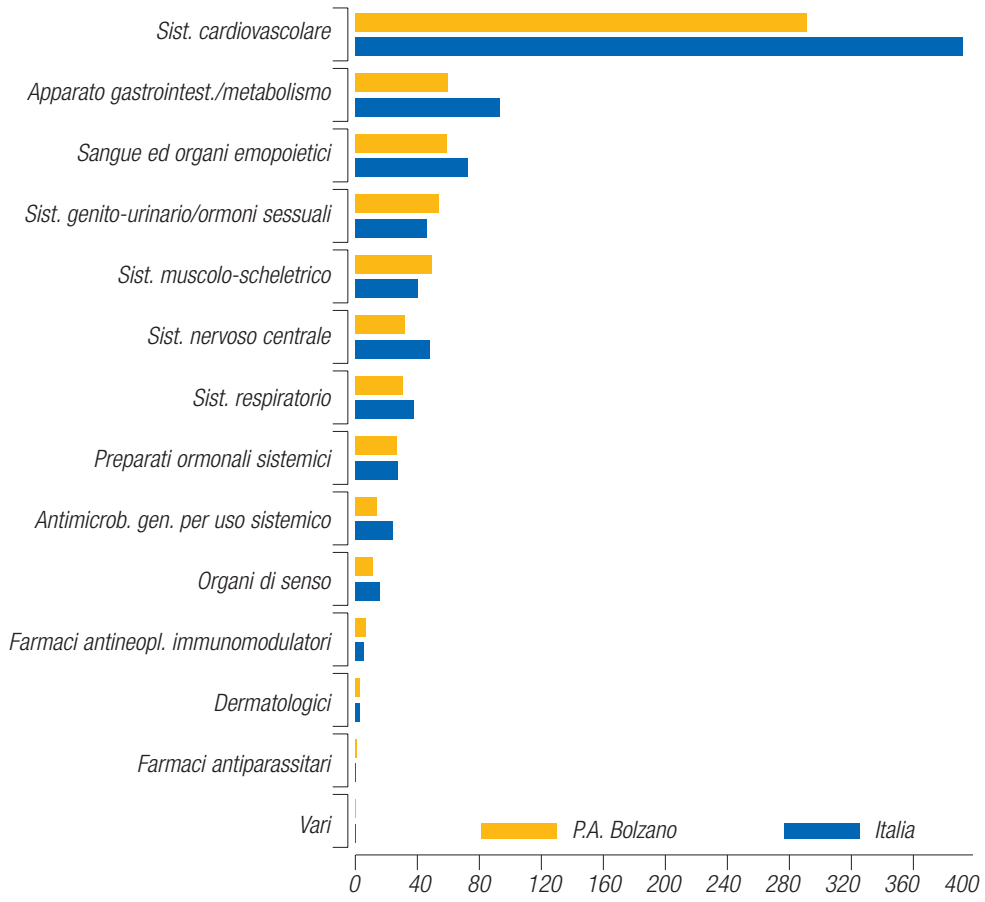
Tabella 48: **Consumo di farmaci (DDD/1.000 abitanti die) per ATC e azienda sanitaria – Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
	DDD/1.000 abitanti pro die				
Sist. cardiovascolare	278,5	265,3	222,3	235,9	261,4
Apparato gastrointestinale	57,8	51,1	53,7	47,5	54,0
Sist. nervoso centrale	44,8	40,8	51,9	60,3	46,9
Sangue ed organi emopoietici	49,4	59,1	52,8	57,5	53,5
Sist. genito-urinario/ormoni s.	42,1	42,7	53,6	45,8	44,3
Antimicrob. gen. per uso sist.	12,9	11,2	13,5	12,2	12,4
Sist. muscolo-scheletrico	27,1	28,2	31,6	25,3	27,7
Sist. respiratorio	32,0	27,5	26,2	22,0	28,7
Preparati ormonali sistemici	22,5	25,7	24,7	28,0	24,4
Organi di senso	13,0	10,1	6,1	5,8	10,3
Farmaci antineopl. immunom.	7,2	5,1	4,4	4,8	5,9
Dermatologici	3,0	2,4	3,6	3,1	2,9
Farmaci antiparassitari	0,9	0,4	0,4	0,4	0,6
Vari	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2
TOTALE	**591,2**	**569,4**	**544,9**	**548,8**	**573,3**

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano - ufficio Contabilizzazione Ricette

Differenze si osservano tra la popolazione italiana e quella altoatesina: a livello nazionale, il ricorso a farmaci per il sistema cardiovascolare, apparato gastrointestinale, sangue ed organi emopoietici e sistema respiratorio è sensibilmente superiore rispetto al consumo provinciale. Nel contesto provinciale si osserva inoltre una minore variabilità nel consumo tra le diverse categorie ATC, ad eccezione dei farmaci per il sistema cardiovascolare.

Figura 20: **Distribuzione DDD/1.000 abitanti die - Provincia di Bolzano e Italia - Anno 2005**



2.5.3. La spesa per farmaci

SPESA LORDA PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA

La spesa generale lorda per farmaci distribuiti attraverso le farmacie nel 2005 ha subito una contrazione del 5,4% rispetto al 2004 (a fronte di una riduzione media nazionale dello 0,6%) attestandosi attorno a 80 milioni di Euro.

La spesa generale lorda per farmaci comprende solo le ricette spedite dalle farmacie convenzionate all'ufficio Contabilizzazione Ricette dell'Azienda Sanitaria di Bolzano. L'ammontare totale dei tickets esprime l'effettiva partecipazione degli assistiti alla spesa farmaceutica provinciale; rispetto al 2004 il contributo dei cittadini altoatesini alla spesa sanitaria farmaceutica è diminuito in misura pari al 5,3% a fronte di una riduzione media del 14,2% a livello nazionale.

Tabella 49: **Spesa farmaceutica in convenzione – P.A. di Bolzano e Italia – Anni 2004-2005**

Migliaia di Euro	*Anno 2004*		*Anno 2005*		*Differenze % 2004-2005*	
	P.A. BZ	*Italia*	*P.A. BZ*	*Italia*	*P.A. BZ*	*Italia*
Spesa lorda	*84.651,02*	*13.492.272,85*	*80.071,97*	*13.408.139,41*	*-5,4*	*-0,6*
Ticket	*4.506,98*	*600.017,19*	*4.266,44*	*514.966,73*	*-5,3*	*-14,2*
Sconto farmacie	*6.183,24*	*910.720,67*	*6.796,87*	*1.045.568,40*	*9,9*	*14,8*
Spesa netta a carico SSN	*73.960,80*	*11.981.534,99*	*69.008,65*	*11.847.604,28*	*-6,7*	*-1,1*

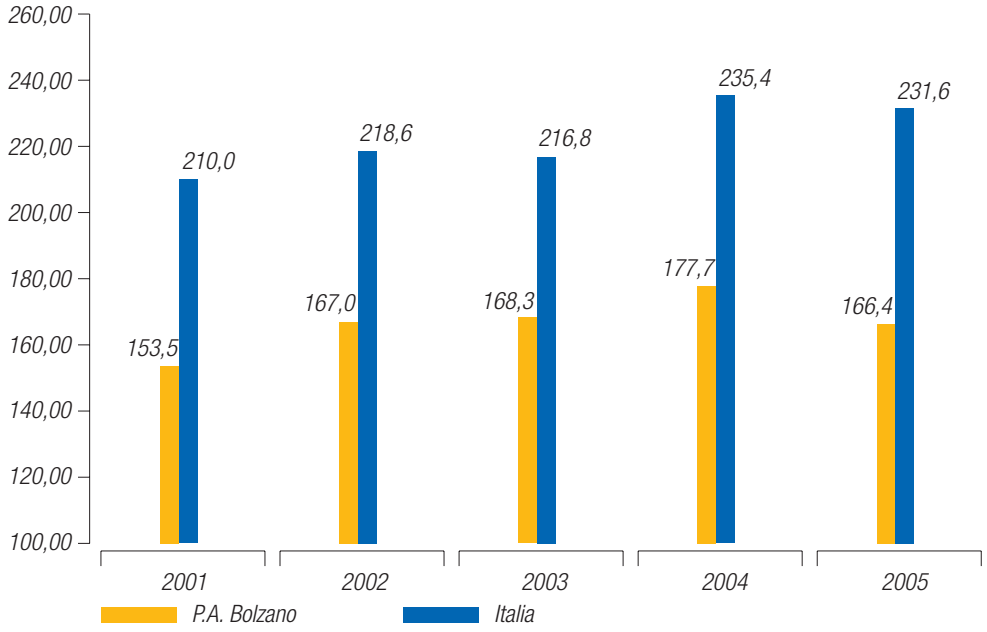
Fonte: PAB - ufficio Distretti Sanitari; Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali

Il calo di spesa è legato alla riduzione della prescrizione di farmaci e nel contempo, secondo Federfarma, alla diminuzione del valore medio delle ricette, conseguente alla riduzione dei prezzi dei farmaci. Quest'ultima riduzione è correlata al taglio selettivo dei prezzi dei medicinali che nel 2004 hanno determinato i maggiori incrementi di spesa, introdotto nell'ambito della revisione del prontuario farmaceutico nazionale e in vigore dal 1° gennaio 2005.

SPESA FARMACEUTICA LORDA E NETTA

La normativa nazionale stabilisce che le farmacie applichino al Servizio Sanitario Nazionale/Provinciale uno sconto rispetto al prezzo dei farmaci riportato sulle confezioni; detraendo dalla spesa lorda l'ammontare dei ticket versato dai cittadini e lo sconto praticato dalle farmacie, si ottiene la spesa generale netta, corrispondente all'importo che la Provincia Autonoma di Bolzano rimborsa alle farmacie.

Figura 21: **Spesa farmaceutica lorda procapite in P.A. di Bolzano e in Italia Anni 2001 - 2005**



Nel 2005 la spesa netta a carico del SSP è diminuita del 6,7% rispetto all'anno precedente; le riduzioni più consistenti si osservano nelle aziende sanitarie di Bolzano e Merano, rispettivamente pari al 7,2% ed al 7,9%, a fronte di una riduzione più contenuta nell'Azienda Sanitaria di Bressanone (3,7%).

Tabella 50: **Indicatori relativi alla spesa di farmaci in convenzione per azienda sanitaria – Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
	Indicatori di spesa farmaceutica				
Spesa lorda (migliaia Euro)	39.623,26	19.508,10	9.946,78	10.993,82	80.071,97
Ticket (migliaia Euro)	2.051,41	1.057,24	582,40	575,39	4.266,44
Sconto farmacie (migliaia Euro)	3.497,50	1.630,74	822,08	846,55	6.796,87
Spesa netta a carico SSN (migliaia Euro)	34.074,35	16.820,12	8.542,31	9.571,88	69.008,65
Spesa netta procapite al netto dell'età (Euro)	152,71	134,72	131,66	140,29	143,44
Spesa lorda media per DDD	0,82	0,75	0,77	0,80	0,80
	Variazione percentuale 2003-2004				
Spesa lorda	-5,8	-6,7	-2,4	-4,2	-5,4
Ticket	-5,5	-6,8	-2,9	-4,4	-5,3
Sconto farmacie	9,7	9,1	13,9	8,9	9,9
Spesa netta a carico SSN	-7,2	-7,9	-3,7	-5,2	-6,7
Spesa netta procapite al netto dell'età	-8,2	-8,7	-4,7	-6,3	-7,6
Spesa lorda media per DDD	-4,6	-4,9	-2,6	-4,0	-4,4

Fonte: elaborazione dati PAB - ufficio Distretti Sanitari

Il Servizio Sanitario Provinciale ha speso mediamente circa 145 Euro pro-capite per l'assistenza farmaceutica, pari al 30% in meno rispetto alla media nazionale (205 Euro). I livelli più alti di spesa pro-capite al netto dell'età, sono stati sostenuti dall'Azienda Sanitaria di Bolzano (152,71 Euro), mentre valori minimi si osservano nell'Azienda Sanitaria di Bressanone (131,66 Euro).

CONSUMO MEDIO GIORNALIERO DI FARMACI PER SPESA UNITARIA MEDIA PER DOSE GIORNALIERA.

La distribuzione territoriale per regione e per azienda sanitaria del consumo medio giornaliero di farmaci (DDD/1.000 abitanti pro die), rapportata alla spesa media per unità di dose giornaliera DDD, consente alcune interessanti considerazioni sui consumi di farmaci, sia in termini quantitativi sia dal punto di vista economico.
Le figure riportate di seguito, rappresentano un'area suddivisa in quattro quadranti individuati dall'intersezione del consumo medio giornaliero a livello nazionale (provinciale) e della spesa media nazionale (provinciale) per unità di DDD. Le regioni (aziende sanitarie e distretti sanitari) si dispongono, quindi, all'interno dei quadranti in relazione alla quantità media giornaliera di farmaci assunti nel 2003, espressa in unità standard DDD, ed alla spesa unitaria per dose consumata.

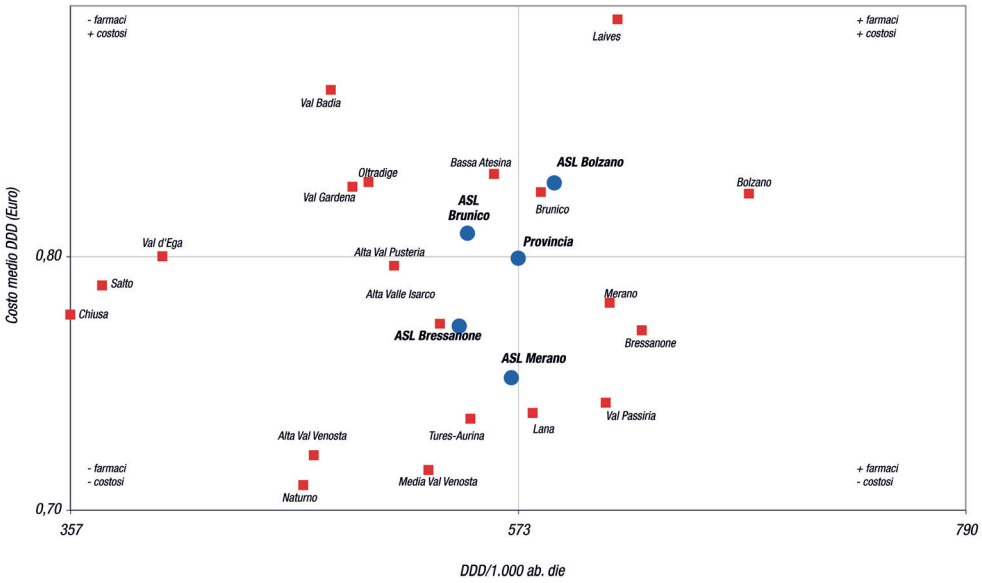
Figura 22: **Confronti nazionali spesa media DDD (Euro) e DDD/1.000 abitanti pro die - Anno 2005**



SPESA FARMACEUTICA IN RAPPORTO AI CONSUMI. CONFRONTI INTERREGIONALI

Le regioni settentrionali e le regioni Marche, Abruzzo e Basilicata sono caratterizzate da consumi e costi unitari per dose giornaliera inferiori alla media nazionale. In particolare la P.A. di Bolzano presenta il livello di consumo minimo sul territorio nazionale, mentre la Regione Umbria vanta il costo unitario più basso. Le regioni del sud Italia sono caratterizzate da elevati consumi di farmaci e tra quelli più costosi.

Figura 23: **Confronti provinciali spesa media DDD (Euro) e DDD/1.000 abitanti pro die - Anno 2005**



A livello provinciale il maggior ricorso all'uso di farmaci, tra i più costosi, si osserva nell'Azienda Sanitaria di Bolzano, ed in particolare presso i centri ad elevata densità abitativa (distretti sanitari di Bolzano e Laives-Bronzolo-Vadena), mentre le aziende sanitarie di Merano e Bressanone si collocano a livelli inferiori alla media provinciale, ad eccezione dei distretti sanitari di Merano, Val Passiria, Lana e Bressanone, i quali si posizionano nella fascia a più elevato consumo di farmaci ed a minor costo.

La distribuzione percentuale della spesa lorda provinciale per l'assistenza farmaceutica secondo il gruppo anatomico principale (ATC), pone al primo posto la spesa per farmaci relativi al sistema cardiovascolare (32,6%) e al secondo quelli per il sistema nervoso centrale (14,3%); seguono i farmaci per l'apparato gastrointestinale (10,4%).

Per alcuni farmaci non sono state riportate nella banca dati le informazioni relative al tipo di farmaco prescritto, comportando quindi una differenza nella spesa lorda del consumo di farmaci riportata in Tabella 51 rispetto al valore indicato in Tabella 50.

Tabella 51: **Spesa lorda del consumo di farmaci per categoria ATC e per azienda sanitaria (valori assoluti e percentuali) – Anno 2005**

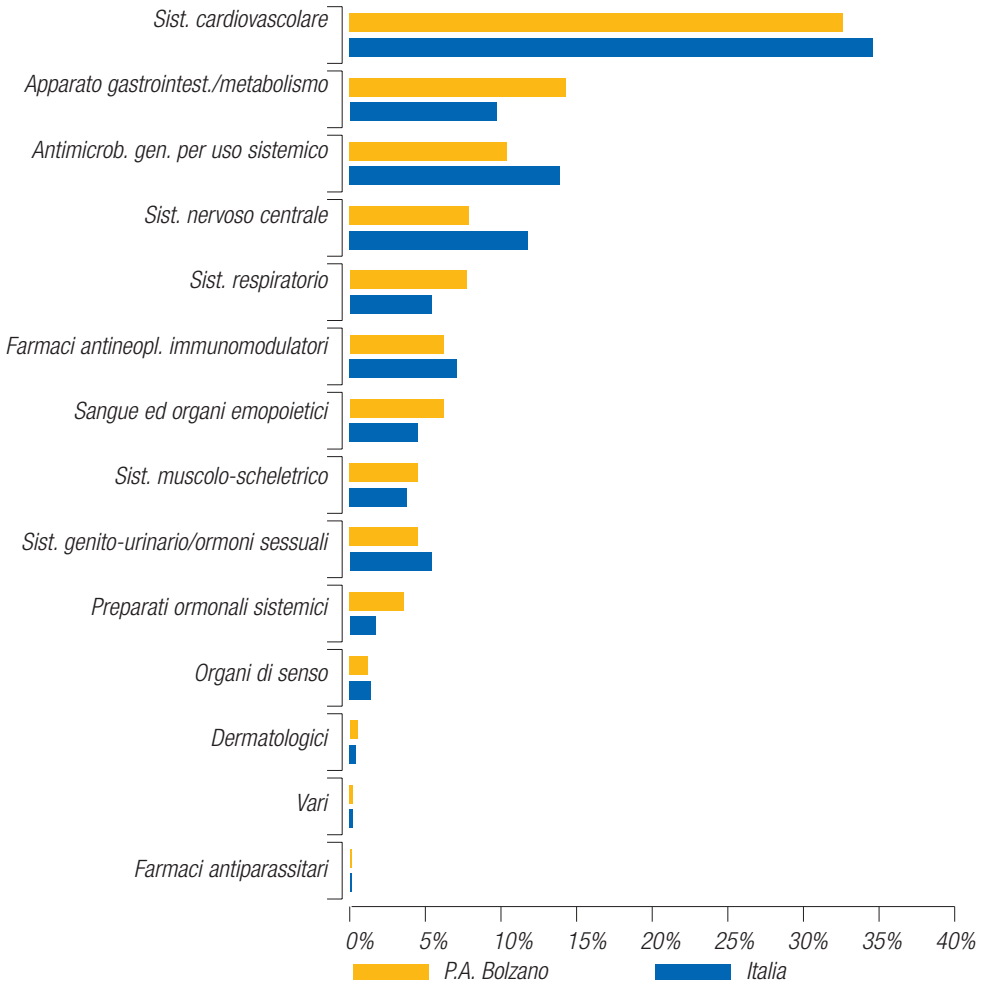
(Euro)	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
	Valori assoluti				
Apparato gastrointestinale	4.029.425,60	2.103.120,66	1.173.191,69	1.024.072,81	8.329.810,76
Sangue e organi emopoietici	1.879.037,89	743.686,12	394.543,68	582.104,03	3.599.371,72
Sist. cardiovascolare	13.092.569,57	6.803.796,37	2.860.784,38	3.306.760,39	26.063.910,71
Dermatologici	156.187,65	84.006,81	76.747,53	65.266,85	382.208,84
Sist.genito-urinario/ormoni	2.332.477,06	1.128.121,34	723.388,71	752.171,51	4.936.158,62
Preparati ormonali sistemici	1.511.131,62	490.700,99	449.380,16	452.243,87	2.903.456,64
Antimicrob. gen. uso sist.	2.997.767,52	1.630.596,92	886.500,06	835.831,62	6.350.696,12
Farmaci antineopl. Immun.	3.444.316,80	1.370.380,03	620.671,15	766.379,53	6.201.747,51
Sist. muscolo-scheletrico	1.696.728,57	979.050,87	493.401,57	462.515,59	3.631.696,60
Sist. nervoso centrale	5.315.763,85	2.486.582,13	1.546.311,54	2.083.879,62	11.432.537,14
Farmaci antiparassitari	59.985,98	18.773,15	11.560,39	10.770,27	101.089,79
Sist. respiratorio	2.455.940,14	1.376.427,32	622.982,55	525.998,59	4.981.348,60
Organi di senso	545.999,11	252.826,27	70.882,30	87.830,54	957.538,22
Vari	92.649,87	31.007,37	11.183,48	31.978,30	166.819,02
TOTALE	**39.609.981,23**	**19.499.076,35**	**9.941.529,19**	**10.987.803,52**	**80.038.390,29**
	Valori percentuali				
Apparato gastrointestinale	10,2	10,8	11,8	9,3	10,4
Sangue e organi emopoietici	4,7	3,8	4,0	5,3	4,5
Sist. cardiovascolare	33,1	34,9	28,8	30,1	32,6
Dermatologici	0,4	0,4	0,8	0,6	0,5
Sist.genito-urinario/ormoni	5,9	5,8	7,3	6,8	6,2
Preparati ormonali sistemici	3,8	2,5	4,5	4,1	3,6
Antimicrob. gen. uso sist.	7,6	8,4	8,9	7,6	7,9
Farmaci antineopl. Immun.	8,7	7,0	6,2	7,0	7,7
Sist. muscolo-scheletrico	4,3	5,0	5,0	4,2	4,5
Sist. nervoso centrale	13,4	12,8	15,6	19,0	14,3
Farmaci antiparassitari	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Sist. respiratorio	6,2	7,1	6,3	4,8	6,2
Organi di senso	1,4	1,3	0,7	0,8	1,2
Vari	0,2	0,2	0,1	0,3	0,2
TOTALE	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano - ufficio Contabilizzazione Ricette

SPESA FARMACEUTICA PER ATC

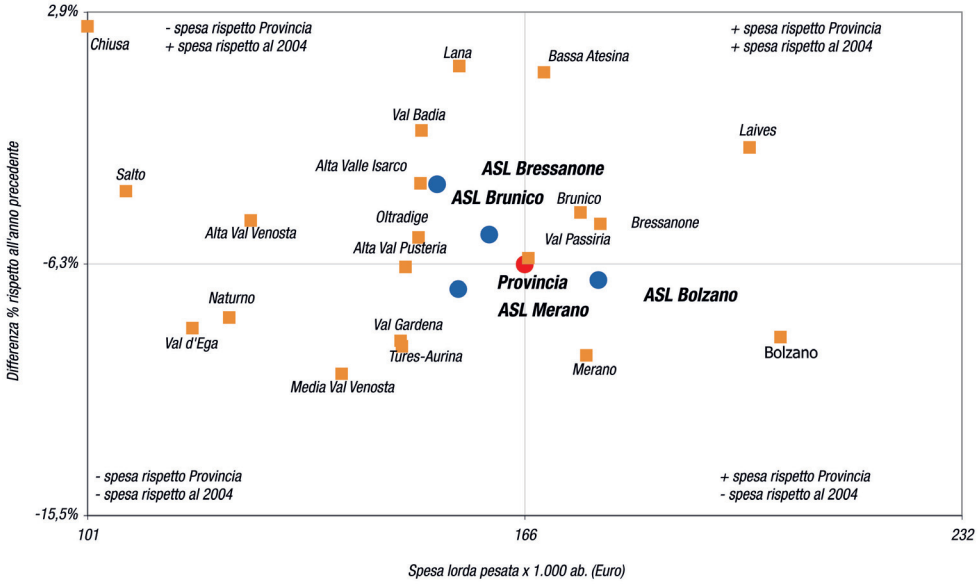
Sensibili differenze emergono dal confronto tra la situazione provinciale e quella nazionale: la sanità altoatesina supporta una spesa maggiore in termini percentuali per le patologie del sistema nervoso centrale, per le malattie dei sistemi genito-urinario e muscolo-scheletrico, farmaci antineoplastici e per preparati ormonali sistemici, a fronte di una spesa percentualmente inferiore per antimicrobici per uso sistemico, patologie del sistema cardiovascolare, malattie del sistema respiratorio e del sangue ed organi emopoietici.

Figura 24: **Distribuzione % della spesa farmaceutica lorda per categoria ATC - Provincia di Bolzano e Italia - Anno 2005**



Utilizzando il criterio di suddivisione di un grafico in quattro quadranti descritto in precedenza è possibile valutare l'andamento della spesa farmaceutica lorda 2005 per ambito territoriale e la variazione rispetto all'anno precedente.

Figura 25: **Confronti provinciali spesa lorda pesata per 1.000 abitanti e variazione % spesa lorda 2004-2005**



Il grafico riportato in Figura 25 evidenzia una maggiore spesa per consumo di farmaci nei centri urbani rispetto alle aree rurali; rispetto al 2004 si osserva una sensibile riduzione nella spesa farmaceutica (oltre il 7%) nei distretti sanitari di Bolzano, Val d'Ega, Val Gardena, Merano, Media Val Venosta, Naturno e Tures-Aurina.

2.5.4. La prescrizione dei farmaci

I medici convenzionati, ovvero coloro che sono autorizzati a prescrivere i farmaci dispensati dal Servizio Sanitario Provinciale, possono essere medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici ospedalieri o specialisti.

Tabella 52: **Consumo di farmaci (numero di pezzi distribuiti e DDD / 1.000 abitanti die) per categoria di medico prescrittore e per azienda sanitaria – Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
	Valori assoluti				
Medici e pediatri di base	2.029.176	1.071.977	542.092	530.831	4.174.076
Medici specialisti	306.554	145.434	113.423	139.062	704.473
TOTALE	**2.335.730**	**1.217.411**	**655.515**	**669.893**	**4.878.549**
	DDD / 1.000 abitanti die				
Medici e pediatri di base	516,1	497,1	452,7	438,5	491,6
Medici specialisti	72,0	66,1	90,0	108,9	78,1
TOTALE	**588,0**	**563,2**	**542,7**	**547,4**	**569,7**

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano - ufficio Contabilizzazione Ricette

PRESCRIZIONE DI FARMACI

La maggior parte delle prescrizioni farmaceutiche sono dovute ai medici di medicina generale, con un ammontare di farmaci prescritti (numero di confezioni) pari all'85,6% dei medicinali prescritti a livello provinciale con valori che oscillano tra l'80% e l'88% rispettivamente nelle aziende sanitarie di Brunico e Bressanone.

Anche in questo caso l'assenza in taluni casi del soggetto prescrittore comporta una differenza nel totale confezioni prescritte e riportato in Tabella 52, rispetto al valore indicato in Tabella 45.

Tabella 53: **Consumo di farmaci (DDD / 1.000 abitanti die) per medico prescrittore e gruppo anatomico principale – Anno 2005**

	Medici e pediatri di base	Medici specialisti	Totale
Apparato gastrointestinale	44,0	9,8	53,7
Sangue ed organi emopoietici	44,2	9,0	53,1
Sist. Cardiovascolare	240,9	18,9	259,8
Dermatologici	1,7	1,2	2,9
Sist. Genito-urinario/ormoni s.	36,4	7,6	44,0
Preparati ormonali sistemici	20,4	3,9	24,3
Antimicrob. Gen. Per uso sist.	9,2	3,2	12,3
Farmaci antineopl. Immunom.	4,1	1,8	5,9
Sist. Muscolo-scheletrico	23,2	4,4	27,6
Sist. Nervoso centrale	35,3	11,3	46,6
Farmaci antiparassitari	0,5	0,2	0,6
Sist. Respiratorio	24,5	4,0	28,5
Organi di senso	7,4	2,9	10,2
Vari	0,1	0,1	0,2
TOTALE	**491,6**	**78,1**	**569,7**

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano - ufficio Contabilizzazione Ricette

La maggior parte delle prescrizioni farmaceutiche effettuate da entrambe le categorie di medici riguardano il sistema cardiovascolare, mentre una percentuale maggiore di farmaci per patologie relative al sistema nervoso centrale viene prescritto dai medici specialisti.

3. ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.1. ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO

Gli accessi ai servizi di Pronto Soccorso sono stati complessivamente 258.816 durante il 2005.
Il numero di accessi al pronto soccorso per 1.000 residenti è per il 2005 pari a 538,0 evidenziando una situazione provinciale superiore alla media nazionale.

Tutti gli ospedali pubblici della Provincia Autonoma di Bolzano sono dotati di un servizio di pronto soccorso. I servizi di pronto soccorso, insieme al sistema di allarme sanitario, al servizio medico territoriale di soccorso ed alla rete dei dipartimenti di emergenza-urgenza (DEU), formano il Sistema provinciale dell'emergenza sanitaria, finalizzato alla gestione interdisciplinare coordinata delle urgenze ed emergenze sanitarie su tutto il territorio provinciale.

PERSONALE DEI SERVIZI DI PRONTO SOCCORSO

Il pronto soccorso dell'Ospedale di Bolzano è dotato di un organico medico autonomo, diretto da un medico dirigente di secondo livello. Nell'Ospedale di Merano è attivo un Dipartimento di pronto soccorso ed accettazione sanitaria diretto da un medico di primo livello dirigenziale specializzato in anestesia e rianimazione. Negli altri ospedali il Pronto Soccorso non è dotato di un organico medico proprio, ma è organizzato in forma interdisciplinare, coordinato dal punto di vista organizzativo dal dirigente medico del presidio ospedaliero.
Tutti i servizi di pronto soccorso attivi in provincia presentano comunque una dotazione infermieristica specifica, che viene integrata all'occorrenza da altro personale infermieristico messo a disposizione a rotazione dai vari reparti.

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO

Nel corso del 2005, sono stati rilevati complessivamente 258.816 accessi ai servizi di pronto soccorso degli ospedali pubblici provinciali.
Si fa presente che, pur essendo stati avviati dei lavori di riorganizzazione del sistema informativo del pronto soccorso, non sono ancora in vigore delle linee guida definite a livello provinciale per la registrazione e l'invio dei dati di attività alla provincia. Pertanto, per la diversa organizzazione interna e per il diverso sistema informativo adottato, la rilevazione degli accessi può presentare differenze anche sostanziali tra le diverse strutture di pronto soccorso ospedaliero.
Nel Pronto Soccorso di Bolzano, ad esempio, fra gli accessi sono conteggiati tutti i pazienti per i quali è stata aperta una pratica di pronto soccorso e sono stati visitati da un medico del servizio; nell'ammontare degli accessi del Pronto Soccorso di Brunico sono inclusi, invece, anche gli accessi non urgenti.

Tabella 1: **Numero di accessi ai servizi di pronto soccorso degli ospedali pubblici provinciali - Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Silandro	Bressanone	Vipiteno	Brunico (PS chirurgico e traumatologico	San Candido
Numero totale di accessi al pronto soccorso	81.449*	60.159	12.829	25.246	12.775**	53.241***	13.117
Numero totale di accessi che hanno dato luogo a ricovero in ospedale	16.403	6.793	n.d.	4.023	1.825	2.744	n.d.
Percentuale di pazienti ospedalizzati dal pronto soccorso rispetto al totale degli accessi	20,1%	11,3%	n.d.	15,9%	14,3%	5,2%	5-10%

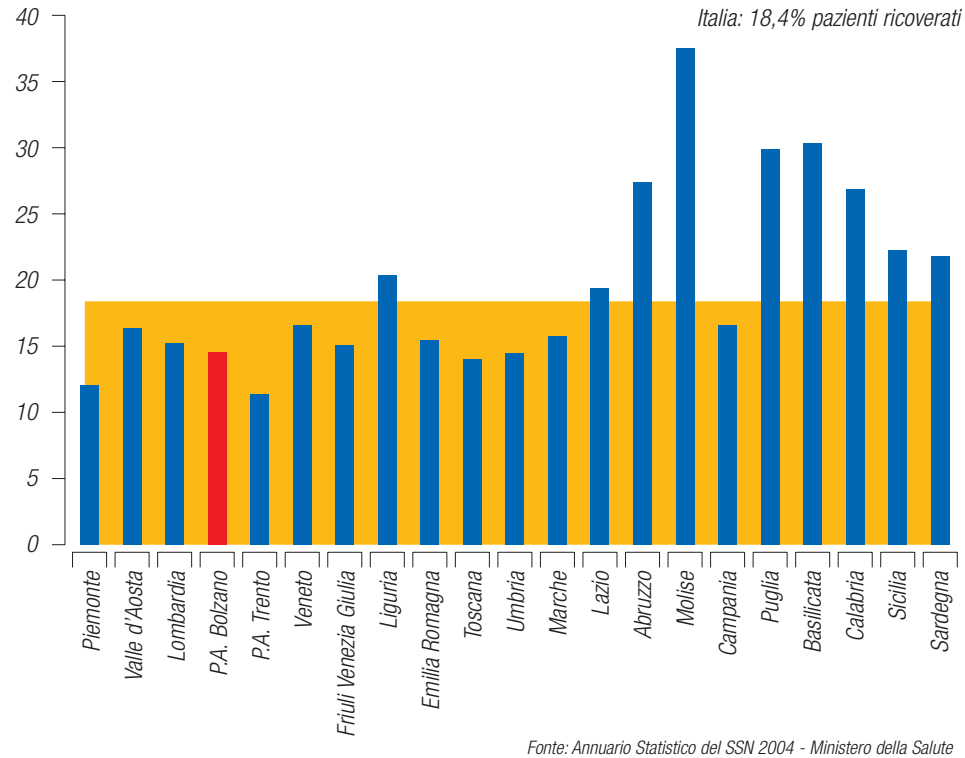
** Il numero totale di pazienti per i quali è stata aperta una pratica di PS e che sono stati visitati almeno una volta dai medici di PS, esclusi i pazienti con richiesta di visita specialistica urgente, i pazienti inviati in accesso diretto alle specialità, e tutti gli accessi programmati e le visite di controllo per medicazioni*

*** Sono inclusi tutti gli accessi in PS di pazienti senza richiesta di visita specialistica urgente*

**** Inclusi gli accessi non urgenti (visite di controllo, ecc…)* *Fonte: servizi di pronto soccorso delle aziende sanitarie*

Se si considera la percentuale degli accessi che hanno dato luogo a ricovero in ospedale, si evidenzia una certa variabilità tra i diversi istituti provinciali: si passa, infatti, dal 20,1% osservato presso l'Ospedale di Bolzano, al 5,2% di soggetti entrati in Pronto Soccorso a Brunico (sia traumatologico che chirurgico) e successivamente ospedalizzati. Tali differenze sono imputabili in parte alla diversa procedura organizzativa di ricovero e in parte alle diverse modalità di rilevazione degli accessi complessivi e di quelli esitati in ricovero.

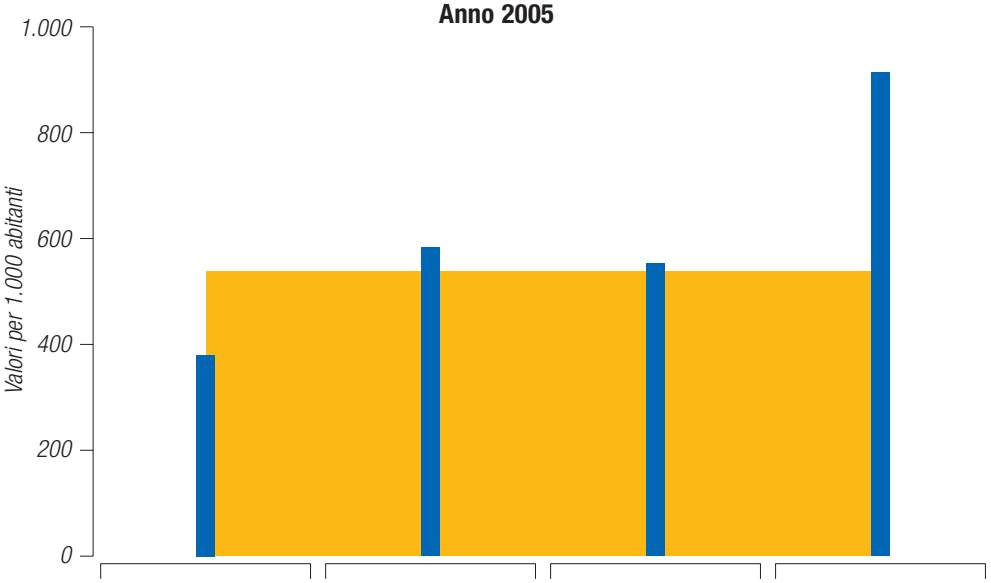
Figura 1: **Percentuale di pazienti ricoverati provenienti dal pronto soccorso nelle regioni italiane - Anno 2004**



Fonte: Annuario Statistico del SSN 2004 - Ministero della Salute

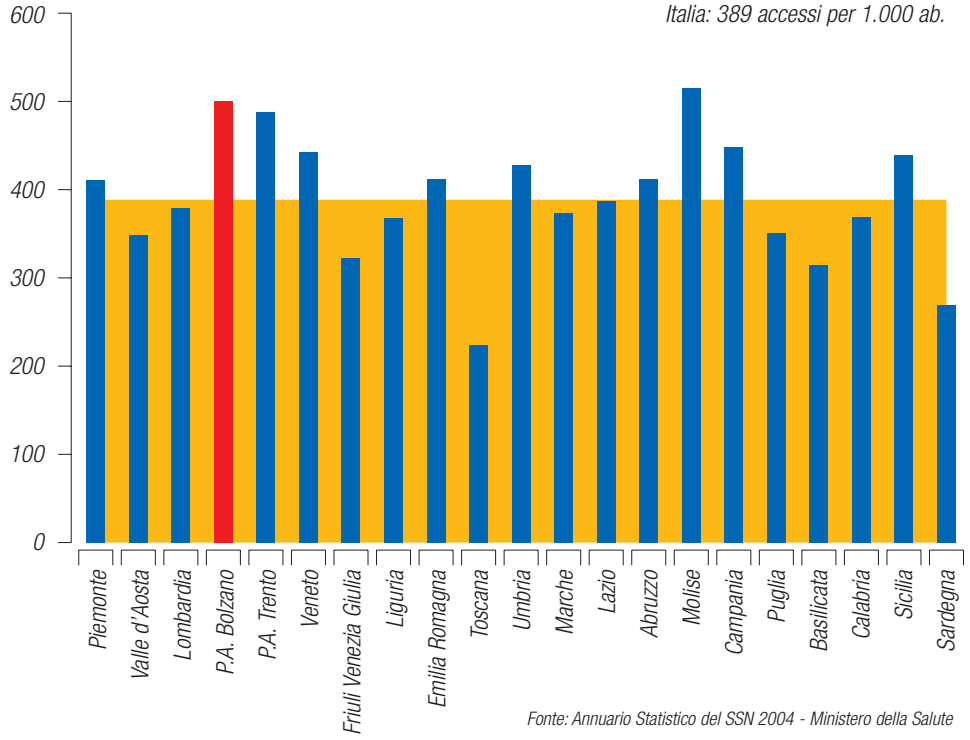
Rapportando gli accessi di pronto soccorso di persone residenti agli abitanti della provincia, si ottiene un indicatore che permette di confrontare tra le quattro aziende sanitarie la richiesta di prestazioni sanitarie di urgenza/emergenza proveniente dalla popolazione residente. Non disponendo dell'informazione relativa agli accessi per area di residenza, l'indicatore viene calcolato considerando gli accessi nel complesso. Valori elevati, quindi, riflettono anche il ricorso ai servizi di pronto soccorso da parte dei turisti.
Tale indicatore, a livello provinciale, ha assunto nel 2005 un valore pari a 538,0 accessi ogni 1.000 residenti, che risulta superiore rispetto a quanto osservato nell'anno 2004. Nei confronti con le altre regioni italiane (dati 2004 del Ministero della Salute) il numero di accessi al pronto soccorso nella Provincia di Bolzano per popolazione residente risulta superiore alla media nazionale.

Figura 2: **Numero di accessi al pronto soccorso per 1.000 residenti nelle aziende sanitarie - Anno 2005**



	ASL di Bolzano	ASL di Merano	ASL di Bressanone	ASL di Brunico
Provincia	538,0	538,0	538,0	538,0
A.S.L.	380,1	582,4	552,7	913,0

Figura 3: **Numero di accessi al pronto soccorso per 1.000 residenti nelle regioni italiane - Anno 2004**



Fonte: Annuario Statistico del SSN 2004 - Ministero della Salute

RICOVERI DI TIPO MEDICO PROVENIENTI DAL PRONTO SOCCORSO

Analizzando la banca dati provinciale SDO relativa ai ricoveri si osserva che nel 2005 sono stati rilevati 16.079 ricoveri di tipo medico urgenti e dimessi con durata della degenza inferiore o uguale a 3 giorni. Se si considera l'urgenza del ricovero come indicativa della provenienza dal pronto soccorso, la quota di questo tipo di ricoveri rispetto al totale degli accessi rappresenta, secondo il Ministero della Salute, un indice adatto ad analizzare e misurare la capacità di filtro del pronto soccorso verso i ricoveri. Tale indicatore, che a livello provinciale risulta pari a 62,1 per 1.000 accessi, presenta il valore più basso nell'Ospedale di Merano, con circa 43 ricoveri medici da pronto soccorso con durata 0-3 giorni ogni 1.000 accessi allo stesso pronto soccorso. I valori più elevati di questo indice si registrano, invece, negli ospedali di Bolzano e Silandro (rispettivamente 82,0 e 89,2 ricoveri per 1.000 accessi).

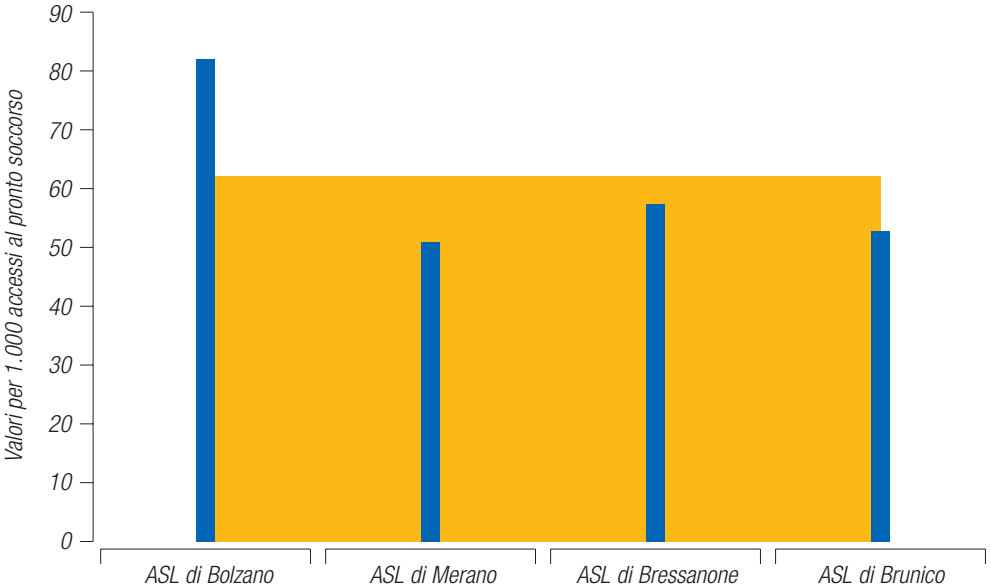
Tabella 2: **Ricoveri medici provenienti dal pronto soccorso e dimessi con durata della degenza di 0-3 giorni* - Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Silandro	Bressanone	Vipiteno	Brunico	S. Candido
Ricoveri medici provenienti dal pronto soccorso e dimessi con durata della degenza di 0-3 giorni	6.677	2.574	1.144	1.516	663	2.728	777
Percentuale di ricoveri medici provenienti dal pronto soccorso e dimessi con durata della degenza di 0-3 giorni sul totale dei ricoveri con DRG medico provenienti dal pronto soccorso	41,3%	36,9%	37,7%	48,1%	55,8%	46,7%	47,4%
Ricoveri con DRG medico provenienti dal pronto soccorso e dimessi con durata della degenza di 0-3 giorni sul totale di accessi al pronto soccorso (per 1.000)	82,0	42,8	89,2	60,0	51,9	51,2	59,2

** L'indicatore è stato calcolato utilizzando le informazioni contenute nella banca dati dei ricoveri (SDO), come proxy della provenienza dal pronto soccorso è stata utilizzata la variabile che identifica "l'urgenza" del ricovero*

Fonte: aziende sanitarie – archivio SDO

Figura 4: **Ricoveri medici provenienti dal pronto soccorso e dimessi con degenze di 0-3 giorni per 1.000 accessi allo stesso pronto soccorso - Anno 2005**



	ASL di Bolzano	ASL di Merano	ASL di Bressanone	ASL di Brunico
Provincia	62,1	62,1	62,1	62,1
A.S.L.	82,0	50,9	57,3	52,8

Nella Tabella seguente viene presentata infine una sintesi relativa ad alcune prestazioni erogate dai servizi di pronto soccorso nell'anno 2005. Altre prestazioni, anche se molto frequenti, non vengono riportate perché non rilevabili in maniera uniforme dai vari servizi provinciali (ad esempio prelievo di sangue arterioso e venoso, bendaggi e fasciature semplici, iniezioni o infusioni, ecc.).

Tabella 3: **Alcune prestazioni erogate dai servizi di pronto soccorso degli ospedali pubblici provinciali – Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Silandro	Bressanone	Vipiteno	Brunico (PS chirurgico e traumatologico)	San Candido
Effettuazione visita medica	81.449	69.813*	12.829	24.976	12.775	36.632+	13.117
Effettuazione trattamento anestetico periferico	3.725	5.957	920	4.403	2.350	2.566	1.217
Applicazione di apparecchi/ docce gessate	8.645	8.064**	605	4.958	857	6.180	1.324
Effettuazione suture	3.864	3.153	920	4.004	1.460	2.253	652
Effettuazione piccoli interventi chirurgici	192	9.281***	-	2.567	580	171	490
Effettuazione indagini diagnostiche strumentali:							
ECO	2.420	3.470	74°	118	850	1.266	1.380
ECG	12.435	8.765	2.668	4.091	1.825	865	69
SCOPIE	34	1.143	23	19	40	48	175
Effettuazione manovre rianimatorie di base e defibrillazione	95	30	n.d.	12	20	12	3
Vaccinazioni, profilassi antitetanica con immunoglobuline	2.324	1.353	n.d.	1.176	755	600	168
Artrocentesi	448	325****	83	43	180	834	158
Drenaggio toracico intercostale	12	20	1	-	28	52	6

** Sono incluse le visite di consulenza (non conteggiate come accessi) e sono escluse le visite neurologiche, ginecologiche, oculistiche*
*** Escluso Minerva gessata*
**** Questo dato comprende tutti i piccoli interventi su pazienti eseguiti in PS e differisce dal valore dell'anno precedente (2.305 nel 2004) per la maggiore completezza della rilevazione delle prestazioni*
***** Escluso artrocentesi per biopsia delle strutture articolari, iniezione di farmaci e artrografia*
° Dato incompleto per la mancanza del numero di ECO degli organi endogeni (addominali)
+ Inclusi gli accessi non urgenti

Fonte: servizi di pronto soccorso delle aziende sanitarie

3.2. ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI IN REGIME DI RICOVERO

Nel 2005 sono stati effettuati 103.215 ricoveri per acuti dei quali 77.515 in regime ordinario e 25.700 (24,9%) in regime diurno.

Il 94,5% dei ricoveri per acuti è avvenuto negli ospedali pubblici.

Le strutture provinciali hanno fatto fronte alla domanda di ricovero con una dotazione complessiva di 2.058 posti letto per acuti (90,0% pubblici), pari al 4,3 per mille abitanti superiore allo standard di 3,5 posti letto per acuti per mille abitanti. All'attività in day-hospital sono riservati 187 posti letto. Nelle strutture ospedaliere sono, inoltre, disponibili 86 culle, 10 delle quali presenti nelle strutture private.

Il tasso di ospedalizzazione dei residenti in Provincia Autonoma di Bolzano nel 2005 è stato di 206,6 ricoveri acuti per 1.000 abitanti (155,6 per il regime ordinario e 51,0 per il day hospital). Pur osservando una diminuzione rispetto al

2004 di 2,7 punti, il valore del tasso di ospedalizzazione rimane ancora molto al di sopra del livello di 180 ricoveri per 1.000 abitanti indicato come obiettivo per l'anno 2007 dalla programmazione nazionale.
Il saldo della mobilità attiva e passiva, cioè la differenza tra la quantità di ricoveri acuti prodotti sul territorio della Provincia di Bolzano e numero di ricoveri di residenti effettuati fuori provincia, risulta, nel 2005, come anche negli anni precedenti, positivo e pari a 3.803 (ricoveri prodotti = 103.215 e consumo di ricoveri da parte dei residenti = 99.412).
Rispetto ai parametri di efficienza ed appropriatezza si segnalano i seguenti aspetti problematici:

- un tasso di utilizzo dei posti letto provinciale (pari a 75,3% negli istituti di cura pubblici e privati, 77,4% negli ospedali pubblici) inferiore al parametro stabilito dal piano sanitario dell'80%. In alcuni istituti il valore di tale indicatore denota una dotazione dei posti letto superiore alle effettive esigenze;
- un indice di case-mix, nel complesso (0,896) e singolarmente, più basso rispetto allo standard nazionale (1,0);
- una elevata quota di inappropriatezza dell'uso del setting assistenziale, soprattutto per quanto riguarda il regime diurno, determinata da una bassa incidenza dei ricoveri "appropriati" in regime diurno (secondo DGP. 3878 del 4/11/2003).

Considerando congiuntamente i precedenti punti, emerge una situazione di possibile miglioramento adottando provvedimenti già prescritti dal Piano Sanitario Provinciale 2000-2002 per:

- adeguare coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri diminuendo i posti letto,
- promuovere il passaggio da ricovero ordinario al ricovero diurno e il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero,
- ridurre le quote di inappropriatezza anche attraverso controlli sempre più rigorosi,
- aumentare il tasso di utilizzo dei posti letto,
- ridurre la mobilità passiva attraverso l'adeguamento delle prestazioni rese e il miglioramento della qualità tecnico professionale e percepita,
- riorganizzare la produzione ospedaliera attraverso l'estensione della dipartimentalizzazione.

L'assistenza ospedaliera per acuti viene erogata nel territorio della Provincia Autonoma di Bolzano dalle quattro aziende sanitarie provinciali attraverso gli istituti di cura pubblici e privati.
La tipologia degli istituti di cura provinciali è articolata in ospedali pubblici, case di cura private alle quali va ad aggiungersi una infermeria.

OSPEDALI PUBBLICI

Gli ospedali pubblici sono finanziati dal fondo sanitario provinciale, e sono ad accesso gratuito per tutti gli aventi diritto all'assistenza.

Gli ospedali pubblici sono distribuiti tra le aziende sanitarie come segue:

Azienda Sanitaria di Bolzano:

- Ospedale Centrale di Bolzano

Azienda Sanitaria di Merano:

- Ospedale Aziendale di Merano
- Ospedale di Base di Silandro

Azienda Sanitaria di Bressanone:

- Ospedale Aziendale di Bressanone
- Ospedale di Base di Vipiteno

Azienda Sanitaria di Brunico:

- Ospedale Aziendale di Brunico
- Ospedale di Base di San Candido.

CASE DI CURA PRIVATE

Le case di cura private sono, di norma, gestite da privati. Alcune sono state provvisoriamente accreditate e sono inserite nel piano preventivo annuale della produzione sanitaria con oneri a carico del Servizio Sanitario Provinciale. In queste il degente ottiene le cure ospedaliere senza sostenere alcun onere, mentre la casa di cura viene compensata in base alla tariffa corrispondente al gruppo DRG di appartenenza del ricovero.

Nelle case di cura non accreditate i degenti pagano direttamente il costo del ricovero, ma è previsto un rimborso a tariffa che, secondo i casi, può essere totale o parziale (assistenza indiretta).

Attualmente le strutture private operanti nel territorio provinciale sono:

Azienda Sanitaria di Bolzano:

- Casa di Cura "S. Maria"
- Casa di Cura "L. Bonvicini" (provvisoriamente accreditata per la Riabilitazione e la Lungodegenza post-acuzie)
- Casa di Cura "Villa Melitta" (provvisoriamente accreditata per la Riabilitazione e la Lungodegenza post-acuzie)
- Infermeria Sarentino

Azienda Sanitaria di Merano:

- Casa di Cura "Villa S. Anna" (provvisoriamente accreditata per l'assistenza agli acuti nel reparto di Medicina)
- Casa di Cura "Fonte San Martino".

RICOVERI PER ACUTI

Sono considerati ricoveri acuti, in sintonia con la definizione adottata a livello ministeriale[1], i casi dimessi da reparti diversi dalle unità di Recupero e Riabilitazione funzionale e Lungodegenza, esclusi i neonati sani, cioè i neonati presenti in ospedale afferenti al DRG 391 "Neonato normale".

I dati presentati sono il risultato delle elaborazioni effettuate sull'archivio dei ricoveri provinciale aggiornato al 12/04/2006..

3.2.1. Posti letto per acuti

Nelle strutture provinciali sono presenti complessivamente 2.058 posti letto per acuti, pari a 4,3 per 1.000 abitanti e 86 culle

[1] *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – Ministero della Salute*

Tabella 4: **Posti letto per acuti in regime ordinario e diurno negli istituti di cura per tipo, culle nido incluse – Anno 2005**

Istituti di ricovero	Posti letto in regime ordinario			Posti letto in regime diurno	Totale
	pubblici*	privati accreditati	privati non accreditati		
Ospedale di Bolzano	771	-	-	75**	846
Ospedale di Merano	324	-	-	26	350
Ospedale di Bressanone	217	-	-	23	240
Ospedale di Brunico	208°	-	-	24	232
Ospedale di Silandro	111°°	-	-	6	117
Ospedale di Vipiteno	68	-	-	10	78
Ospedale di San Candido	66	-	-	9	75
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	**1.765**	**-**	**-**	**173**	**1.938**
Casa di C. S. Maria	-	-	98	14	112
Casa di C. Villa S. Anna	-	45	11	-	56
Casa di C. Fonte S. Martino	-	-	18	-	18
Infermeria Sarentino	-	20***	-	-	20
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	**-**	**65**	**127**	**14**	**206**
TOTALE ISTITUTI DI CURA	**1.765**	**65**	**127**	**187**	**2.144**

** Incluse le culle nido pari a 15 a Bolzano, 20 a Merano, 10 a Bressanone, 10 a Brunico, 8 a Silandro, 7 a Vipiteno, 6 a S. Candido e 10 a CC S. Maria*

° I posti letto del reparto di Oculistica non sono stati utilizzati nei fine settimana a partire dal mese di maggio

°° Dal 18.10.2005 i posti letto sono passati: da 27 a 32 in Chirurgia generale, da 16 a 14 in Ostetricia e Ginecologia, da 7 a 5 in Pediatria e da 8 a 6 nel Nido; dal 15.05.2005 i posti letto di Medicina generale sono passati da 59 a 53 e dal 18.10.2005 da 53 a 50

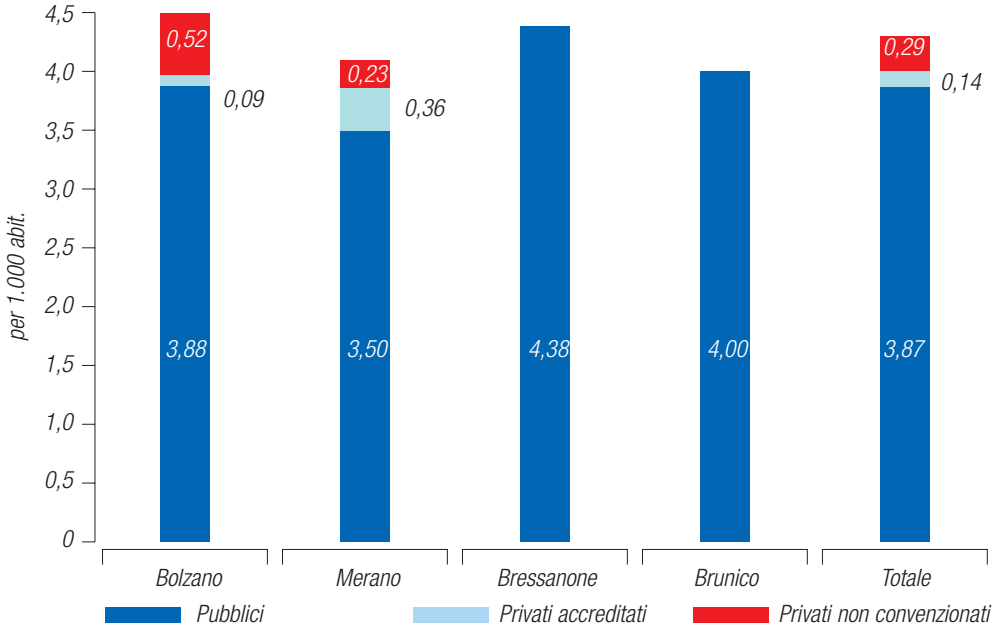
*** 1 posto letto del reparto di Cardiologia è stato attivato il 23.05.2005 e 1 posto letto del reparto di Neurochirurgia è stato attivato il 08.03.2005*

**** Ridotti a 15 posti letto da aprile 2005*

Fonte: aziende sanitarie

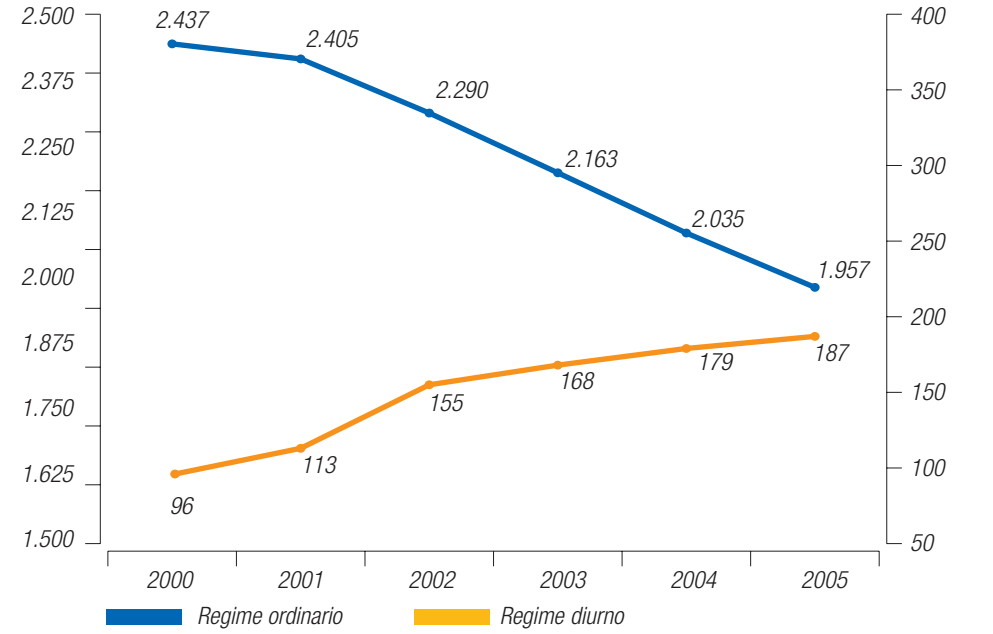
Si osserva che i dati riportati nella tabella, forniti dalle aziende sanitarie, riflettono una situazione media registrata nel corso dell'anno 2005. La dotazione di posti letto, come evidenziato dalle note, è variata nel corso dell'anno in relazione alla domanda di ricovero.

Figura 5: **Posti letto per acuti (escluse le culle) in regime ordinario diurno per mille abitanti nelle aziende sanitarie - Anno 2005**



La dotazione dei posti letto per acuti (escluse le culle nido) in Provincia di Bolzano è di 4,3 posti letto per mille abitanti e appare ancora superiore allo standard di 3,5 posti per acuti per 1.000 abitanti, valore che si raccomanda di raggiungere entro l'anno 2007[2].

Figura 6: **Posti letto per acuti (incluse le culle) in regime ordinario e diurno per mille abitanti negli istituti di cura - Anni 2000-2005**



[2] *Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano – Marzo 2005*

I posti letto per acuti in regime ordinario (comprese le culle) sono 1.957, 90,2% dei quali sono in strutture pubbliche. I posti letto per acuti in regime ordinario (comprese le culle) in strutture private sono complessivamente 192, pari al 9,8% del totale, e dislocati esclusivamente nelle aziende sanitarie di Bolzano e Merano. Nelle strutture pubbliche e private sono disponibili complessivamente 187 posti letto per acuti per l'attività diurna, corrispondenti al 8,7% del totale dei letti per acuti in Provincia Autonoma di Bolzano e pari a 0,39 ogni 1.000 abitanti.
Escludendo le culle, per ogni 1.000 abitanti sono disponibili 3,9 letti per acuti in strutture pubbliche e 0,41 letti in strutture private.

Tabella 5: **Posti letto per acuti in regime ordinario nei reparti degli ospedali pubblici, culle nido incluse – Anno 2005**

Cod.	Reparto	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Silandro	Vipiteno	San Candido	Totale
5100	Astanteria	18	-	-	-	-	-	-	18
800	Cardiologia	21	10	-	-	-	-	-	31
900	Chirurgia generale	-	37	10	38	27	24	24	160
901	Chirurgia 1	36	-	-	-	-	-	-	36
902	Chirurgia 2	35	-	-	-	-	-	-	35
1100	Chirurgia pediatrica	12	-	-	-	-	-	-	12
1400	Chirurgia vascolare	31	-	8	-	-	-	-	39
5200	Dermatologia	14	3	-	4	-	-	-	21
1800	Ematologia	18	-	-	-	-	-	-	18
5800	Gastroenterologia	22	-	-	-	-	-	-	22
2100	Geriatria	62	37	-	-	-	-	-	99
2400	Malattie infettive e tropicali	17	-	-	-	-	-	-	17
2600	Medicina generale	-	48	-	47	53	21	20	189
2601	Medicina 1	71	-	36	-	-	-	-	107
2602	Medicina 2	61	-	19	-	-	-	-	80
2900	Nefrologia	15	-	-	-	-	-	-	15
3000	Neurochirurgia	21	-	-	-	-	-	-	21
3200	Neurologia	24	14	-	-	-	-	-	38
3100	Nido	15	20	10	10	8	7	6	76
3400	Oculistica	6	5	-	9	-	-	-	20
3600	Ortopedia e Traumatologia	62	50	51	47	-	-	-	210
3700	Ostetricia e Ginecologia	40	37	22	22	16	11	11	159
3800	Otorinolaringoiatria	24	11	14	-	-	-	-	49
3900	Pediatria	23	14	13	12	7	5	5	79
6800	Pneumologia	25	-	-	-	-	-	-	25
4000	Psichiatria	24	9	16	13	-	-		62
4900	Terapia intensiva	17	8	6	6	-	-	-	37
7300	Terapia intensiva neonatale	24	-	-	-	-	-	-	24
5000	Unità coronarica	8	5	-	-	-	-	-	13
4300	Urologia	25	16	12	-	-	-	-	53
TOTALE LETTI PER ACUTI		**771**	**324**	**217**	**208°**	**111°°**	**68**	**66**	**1.765**

** Il posti letto del reparto di Oculistica non sono stati utilizzati nei fine settimana a partire dal mese di maggio*
°° Dal 18.10.2005 i posti letto sono passati: da 27 a 32 in Chirurgia generale, da 16 a 14 in Ostetricia e Ginecologia, da 7 a 5 in Pediatria e da 8 a 6 nel Nido; dal 15.05.2005 i posti letto di Medicina generale sono passati da 59 a 53 e dal 18.10.2005 da 53 a 50

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 6: **Posti letto per acuti in regime diurno nei reparti degli ospedali pubblici – Anno 2005**

Cod.	Reparto	Bolzano	Merano	Bressa-none	Brunico	Silandro	Vipiteno	San Candido	Totale
00900	Chirurgia generale	-	4	4	2	2	4	3	19
0901	Chirurgia 1	1	-	-	-	-	-	-	1
0902	Chirurgia 2	3	-	-	-	-	-	-	3
1100	Chirurgia pediatrica	2	-	-	-	-	-	-	2
1400	Chirurgia vascolare	1	-	2	-	-	-	-	3
5200	Dermatologia	2	1	-	1	-	-	-	4
1800	Ematologia	1	-	-	-	-	-	-	1
5800	Gastroenterologia	4	-	-	-	-	-	-	4
2100	Geriatria	15	-	-	-	-	-	-	15
1900	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	3	-	-	-	-	-	-	3
2400	Malattie infettive e tropicali	1	-	-	-	-	-	-	1
2600	Medicina generale	-	2	-	4	2	3	4	15
2601	Medicina 1	1	-	5	-	-	-	-	6
2602	Medicina 2	1	-	-	-	-	-	-	1
2900	Nefrologia	1	-	-	-	-	-	-	1
3200	Neurologia	5	1	-	1	-	-	-	7
3400	Oculistica	6	4	-	4	-	-	-	14
6400	Oncologia	4	-	-	-	-	-	-	4
3600	Ortopedia e Traumatologia	1	4	4	2	-	-	-	11
3700	Ostetricia e Ginecologia	4	3	3	7	1	1	1	20
3800	Otorinolaringoiatria	2	2	1	-	-	-	-	5
3900	Pediatria	6	2	1	2	1	2	1	15
6800	Pneumologia	1	-	-	-	-	-	-	1
4000	Psichiatria	6	1	1	1	-	-	-	9
5000	Unità coronarica	-	1	-	-	-	-	-	1
4300	Urologia	2	1	2	-	-	-	-	5
800	Cardiologia	1	-	-	-	-		-	1
3000	Neurochirurgia	1	-	-	-	-		-	1
TOTALE LETTI PER ACUTI		**75***	**26**	**23**	**24**	**6**	**10**	**9**	**173**

* 1 posto letto del reparto di Cardiologia è stato attivato il 23.05.2005 e 1 posto letto del reparto di Neurochirurgia è stato attivato il 08.03.2005

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 7: **Posti letto per acuti in regime ordinario e diurno nei reparti delle case di cura private – Anno 2005**

Cod.	Reparto	Infermeria Sarentino accreditati	Casa di C. S. Maria non accreditati		Casa di C. Villa S.Anna		Casa di C. Fonte S. Martino non accr	Totale	
			ordinario	diurno	accr	non accr		accr	non accr
0900	Chirurgia generale	-	9	1	-	11	-	-	21
1400	Chirurgia vascolare	-	6	2	-	-	-	-	8
2600	Medicina generale	20	28	1	45	-	18	65	47
3100	Nido	-	10	-	-	-	-	-	10
3400	Oculistica	-	1	5	-	-	-	-	6
3500	Odontoiatria e Stomatologia	-	3	-	-	-	-	-	3
3600	Ortopedia e Traumatologia	-	24	1	-	-	-	-	25
3700	Ostetricia e Ginecologia	-	8	2	-	-	-	-	10
3800	Otorinolaringoiatria	-	3	1	-	-	-	-	4
4300	Urologia	-	6	1	-	-	-	-	7
TOTALE LETTI PER ACUTI		**20***	**98**	**14**	**45**	**11**	**18**	**65**	**141**

* Ridotti a 15 posti letto da aprile 2005

Fonte: istituti di cura privati

3.2.2. Ricoveri di neonati sani

RICOVERI NEONATALI

La rilevazione dei neonati ricoverati in ospedale avviene fin dall'inizio attraverso la SDO, tuttavia dall'obbligo furono esclusi i neonati sani ospitati nel nido. Con il d.m. 30/06/1997 è stata stabilita l'estensione dell'obbligo di rilevazione anche ai neonati sani ospitati nel nido.

Sono considerati neonati sani, i neonati presenti in ospedale ed afferenti al DRG 391 "Neonato normale". Inoltre, sono stati identificati i nati sani ospitati nei nidi, come sottogruppo dei neonati sani, di età 0 giorni (data di nascita uguale alla data di ricovero) e nati nell'istituto di ricovero.

Tabella 8: **Neonati sani (età 0-28 giorni) nelle strutture pubbliche e private della Provincia Autonoma di Bolzano – Anno 2005**

Istituti di cura	*Nati 0 giorni*	*Neonati 1-28 g.*	*Giornate di degenza*
Ospedale di Bolzano	*1.234*	*14*	*4.104*
Ospedale di Merano	*517*	*12*	*2.018*
Ospedale di Bressanone	*463*	*9*	*1.872*
Ospedale di Brunico	*419*	*5*	*2.012*
Ospedale di Silandro	*299*	*4*	*1.428*
Ospedale di Vipiteno	*485*	*-*	*1.945*
Ospedale di San Candido	*181*	*1*	*943*
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	***3.598***	***45***	***14.322***
Casa di Cura S. Maria	*248*	*1*	*1.273*
Casa di Cura Villa S. Anna	*-*	*-*	*-*
Casa di Cura Fonte S. Martino	*-*	*-*	*-*
Infermeria Sarentino	*-*	*-*	*-*
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	***248***	***1***	***1.273***
TOTALE ISTITUTI DI CURA	***3.846***	***46***	***15.595***

Fonte: aziende sanitarie

Nelle strutture della Provincia Autonoma di Bolzano nel 2005 sono nati complessivamente 5.603 bambini, dei quali 3.846, pari al 68,5% (Italia 2003 72,4%) sono nati sani (compresi anche i nati che sono stati sottoposti ad indagini diagnostiche che hanno comunque portato ad una diagnosi di neonato normale e l'attribuzione al DRG 391 "Neonato normale"). I ricoveri di neonati in età 1-28 giorni che sono risultati sani sono stati 46.

3.2.3. Ricoveri per acuti in regime ordinario

In questo capitolo viene descritta l'attività assistenziale degli ospedali pubblici e delle case di cura private della Provincia Autonoma di Bolzano, rivolta ad acuti in regime ordinario.

Vengono utilizzati sia indicatori classici (degenza media, tasso di utilizzo dei posti letto, intervallo di turn-over, indice di rotazione dei posti letto), che fanno riferimento solo alla numerosità degli eventi considerati, sia indicatori basati sul criterio di classificazione dei ricoveri DRG (degenza media per unità DRG equivalente di ricovero, peso medio DRG per ricovero, tariffa media provinciale per ricovero, indice di case mix e indice comparativo di performance), che tengono conto anche della complessità della casistica trattata, valutata secondo il criterio DRG.

Le unità di rilevazione utilizzate sono:

RICOVERO OSPEDALE E RICOVERO REPARTO

a) **ricovero ospedale** (o dimissione), definito come evento complessivo di ricovero, dal momento della accettazione del soggetto alla sua dimissione dall'istituto di cura.
b) **ricovero reparto**, definito come evento di ricovero specifico ad un reparto, dal

momento dell'entrata del soggetto nel reparto per accettazione o per trasferimento da altro reparto all'uscita dal reparto per trasferimento ad altro reparto o per dimissione.

Nel caso di ricoveri senza trasferimento interno le due unità coincidono; se si verificano trasferimenti interni per lo stesso evento di ricovero ospedale, all'unità ricovero ospedale corrispondono due o più unità di ricovero reparto, a seconda del numero di trasferimenti effettuati. L'utilità del ricorso all'unità ricovero reparto è legata alle applicazioni interne dell'azienda, ai fini della programmazione operativa delle attività e al controllo di gestione (applicazione della metodica del budget).

In riferimento all'attività ospedaliera in regime ordinario è possibile consultare i dati relativi ai singoli istituti di cura provinciali nel CD Rom allegato alla seguente pubblicazione.

Il calcolo di indicatori di tipo classico in base ai dati sui ricoveri definiti secondo le due unità di rilevazione non comporta problemi. L'interpretazione dei risultati va naturalmente collegata con il tipo di unità considerata.

DEGENZA MEDIA

La degenza media esprime il tempo di permanenza media di un paziente nel reparto o nella struttura di riferimento, ottenuta dividendo i giorni di permanenza dei pazienti per il numero di ricoveri.

TASSO DI UTILIZZO DEI POSTI LETTO

Il tasso di utilizzo dei posti letto rappresenta su base annua la quota di tempo durante il quale in media un posto letto è stato utilizzato nel corso dell'anno.

INTERVALLO DI TURN-OVER

L'intervallo di turn-over esprime l'intervallo di tempo medio tra la dimissione di un paziente da un posto letto e l'accoglimento di quello successivo.

INDICE DI ROTAZIONE

L'indice di rotazione dei posti letto rappresenta il numero medio di ricoveri per posto letto nel corso dell'anno.

Gli indicatori basati sulla classificazione DRG dei ricoveri utilizzano sistemi di pesi e tariffari definiti per l'unità ricovero ospedale (dimissione). Tali indicatori sono perciò sempre riferiti ai ricoveri ospedale.

PRODUZIONE DRG EQUIVALENTE

Pesando i ricoveri ospedale prodotti ciascuno con il peso corrispondente al DRG[3] di appartenenza si ottiene la produzione DRG equivalente dei ricoveri ospedale.

DEGENZA MEDIA

Dividendo il numero totale di giornate di degenza per la produzione DRG equivalente di ricoveri ospedale si ottiene la degenza media per ricovero DRG equivalente.

PESO MEDIO DRG

Dividendo la produzione DRG equivalente di ricoveri per il numero effettivo di ricoveri prodotti si ottiene il peso medio DRG per ricovero ospedale.

VALORE TARIFFARIO DELLA PRODUZIONE DI RICOVERI OSPEDALE

Applicando ai singoli ricoveri ospedale la tariffa corrispondente al DRG di appartenenza del ricovero in base al tariffario provinciale, si ottiene il valore tariffario complessivo della produzione di ricoveri ospedale effettuata.

Dividendo il valore tariffario della produzione per il numero di ricoveri ospedale effettuati si perviene al valore della tariffa media provinciale per ricovero ospedale.

INDICE DI CASE-MIX

L'indice di case-mix si ottiene dividendo il peso medio DRG equivalente del ricovero ospedale dell'unità operativa considerata per il peso medio equivalente del ricovero ospedale di una popolazione tipo di ricoveri, ad esempio quella nazionale[4].

L'indice comparativo di performance è definito come rapporto tra degenza media DRG

[3] Il sistema dei pesi è quello adottato ufficialmente dal tariffario provinciale (deliberazione della G.P. n. 2797 del 27.08.01)

[4] I sistemi di pesi DRG adottato dalla provincia e quello nazionale non corrispondono. Tuttavia, è possibile confrontare l'indice di case mix, ottenuto dividendo il peso medio DRG della struttura ospedaliera dell'unità operativa provinciale per il peso medio della produzione nazionale, considerata come popolazione tipo.

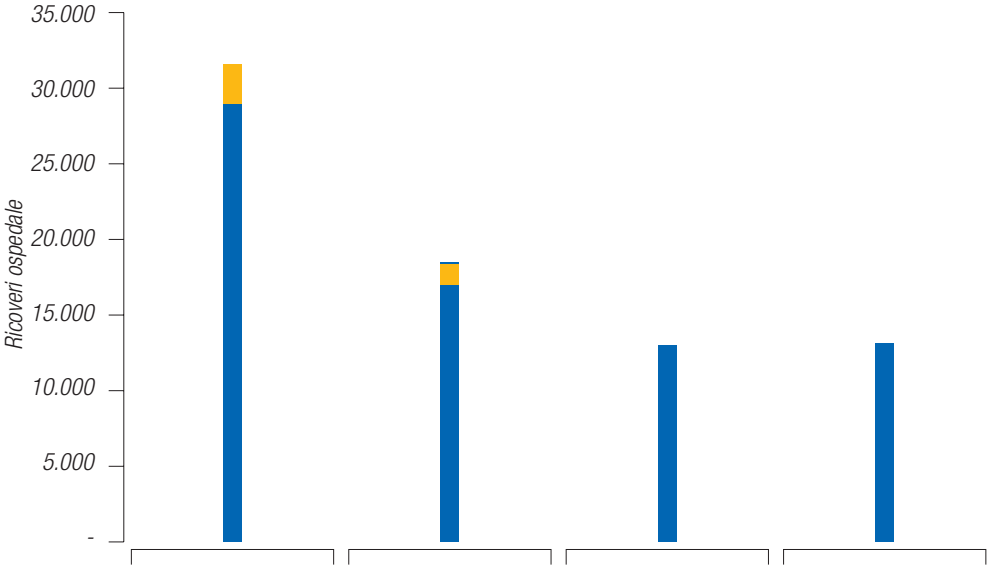
equivalente di una unità produttiva e il corrispondente valore di degenza media DRG equivalente di una popolazione tipo di ricoveri, ad esempio quella nazionale.
Nel corso del 2005 sono stati effettuati 77.515 ricoveri ospedale in regime ordinario dagli istituti di cura della Provincia Autonoma di Bolzano, per un consumo complessivo di 521.732 giornate di degenza. Il 94,9% dei ricoveri è avvenuto in ospedali pubblici, per un consumo di giornate di degenza pari al 92,8% del totale. Il 40,8% dei ricoveri ospedale complessivi è avvenuto in istituti di cura presenti nel territorio dell'Azienda Sanitaria di Bolzano, ed in particolare il 37,4% dei ricoveri ospedale complessivi è stato effettuato presso l'Ospedale Centrale di Bolzano.

Tabella 9: **Ricoveri ospedale (esclusi neonati sani) e giornate di degenza in regime ordinario per istituto di cura provinciale – Anno 2005**

Istituti di cura	*Ricoveri ospedale*	*Giornate di degenza*
Ospedale di Bolzano	*28.961*	*212.310*
Ospedale di Merano	*14.203*	*94.526*
Ospedale di Bressanone	*9.979*	*61.438*
Ospedale di Brunico	*10.413*	*58.865*
Ospedale di Silandro	*4.278*	*28.063*
Ospedale di Vipiteno	*3.018*	*14.255*
Ospedale di San Candido	*2.693*	*14.883*
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	***73.545***	***484.340***
Casa di Cura S. Maria	*2.449*	*16.127*
Casa di Cura Villa S. Anna	*1.241*	*14.337*
Casa di Cura Fonte S. Martino	*97*	*1.758*
Infermeria Sarentino	*183*	*5.170*
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	***3.970***	***37.392***
TOTALE ISTITUTI DI CURA	***77.515***	***521.732***

Fonte: aziende sanitarie

Figura 7: **Ricoveri ospedale in regime ordinario in istituti di cura pubblici e privati per azienda sanitaria - Anno 2005**

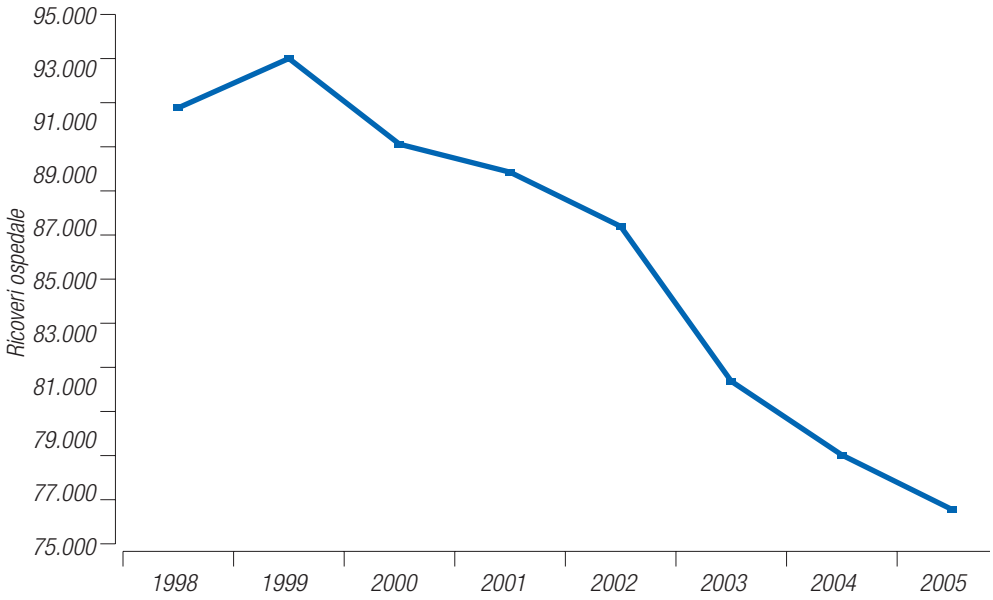


	ASL di Bolzano	*ASL di Merano*	*ASL di Bressanone*	*ASL di Brunico*
privati	*2.632*	*1.338*	*-*	*-*
pubblici	*28.961*	*18.481*	*12.997*	*13.106*

RICOVERI OSPEDALE E DEGENZA MEDIA NEGLI ANNI 1998-2005

L'attività di ricovero in regime ordinario per acuti degli ospedali pubblici è risultata in crescita fino al 1999 (anno in cui sono stati registrati 94.004 ricoveri ospedale), dal 2000, invece, il numero di ricoveri ospedale nelle strutture pubbliche si è progressivamente ridotto. Negli ultimi anni la diminuzione è stata pari a circa 4,0%, in particolare tra il 2004 e il 2005 è stata del 3,3%.

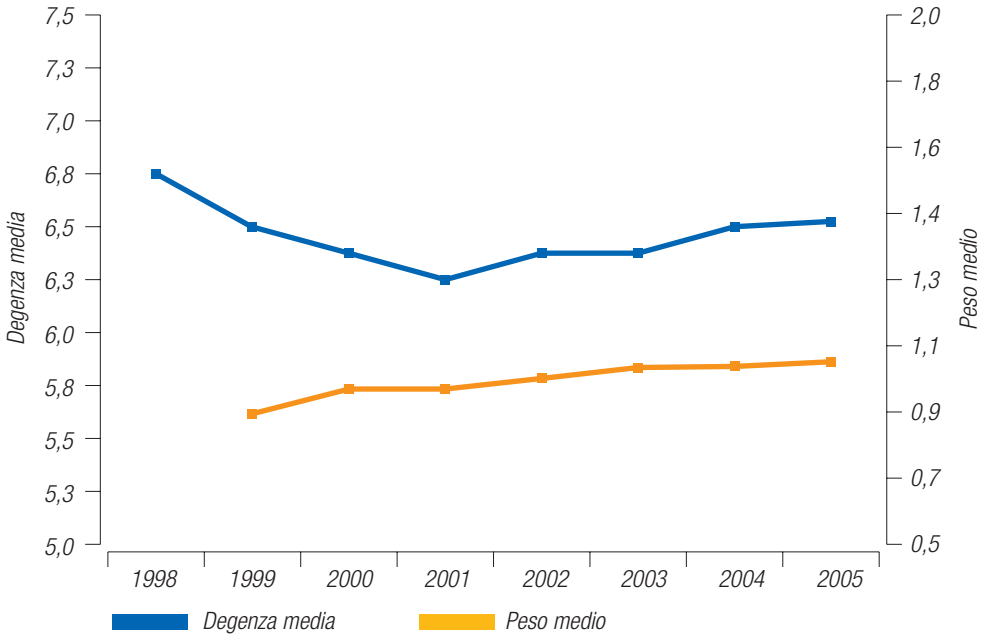
Figura 8: **Ricoveri ospedale in regime ordinario negli istituti di cura pubblici, Anni 1998-2005**



Dal 2003 non sono inclusi i neonati sani

La degenza media negli istituti pubblici provinciali, calcolata considerando anche i neonati sani per permettere i confronti con gli anni precedenti, ha registrato una lieve diminuzione, passando dai 6,8 giorni del 1998 ai 6,4 del 2003, e aumentando a 6,6 nel 2005.

Figura 9: **Degenza media e peso medio in regime ordinario negli istituti di cura pubblici, Anni 1998-2005**



Si osserva che la degenza media della provincia, calcolata non considerando i neonati sani, risulta nel 2005 pari a 6,7 in linea con l'anno precedente e con i valori nazionali del 2003 (6,7 giorni).

INDICATORI DI EFFICIENZA

Complessivamente sono stati utilizzati posti letto per il 75,3% del tempo disponibile; ciascun letto, infatti, nel corso dell'anno è stato occupato da 41,7 pazienti diversi, mediamente quindi sono passati 2,2 giorni durante i quali il singolo letto è rimasto libero tra la dimissione di un paziente ed il ricovero del successivo.

Tabella 10: **Indicatori di efficienza dell'attività in regime ordinario degli istituti di cura provinciali, ricoveri ospedale – Anno 2005**

Istituti di cura	Degenza media	Tasso di utilizzo%*	Intervallo di turn over*	Indice di rotazione*
Ospedale di Bolzano	7,3	76,9	2,2	39,2
Ospedale di Merano	6,7	81,6	1,5	45,5
Ospedale di Bressanone	6,2	79,9	1,5	48,2
Ospedale di Brunico	5,7	80,3	1,4	52,2
Ospedale di Silandro	6,6	72,1	2,5	40,9
Ospedale di Vipiteno	4,7	65,3	2,5	51,5
Ospedale di San Candido	5,5	65,7	2,9	43,6
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	**6,6**	**77,4**	**1,9**	**43,7**
Casa di Cura S. Maria	6,6	48,6	6,8	27,5
Casa di Cura Villa S. Anna	11,6	70,1	4,9	22,2
Casa di Cura Fonte S. Martino	18,1	26,8	49,6	5,4
Infermeria Sarentino	28,3	87,2	4,1	11,3
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	**9,4**	**56,3**	**7,1**	**22,4**
TOTALE ISTITUTI DI CURA	**6,7**	**75,3**	**2,2**	**41,7**

** Calcolati considerando i ricoveri e le giornate di degenza inclusi quelli dei neonati sani e i posti letto utilizzati per il periodo effettivo di attività incluse le culle nido; i ricoveri dei neonati sani ammontano a 3.892*

Fonte: aziende sanitarie

TRASFERIMENTI DI REPARTO

Ai 77.515 ricoveri ospedale corrispondono 82.427 ricoveri reparto in regime ordinario, dei quali il 95,2% avviene negli ospedali pubblici. La differenza è costituita dai 4.912 trasferimenti di reparto effettuati negli ospedali pubblici. In 3.431 ricoveri ospedale si è quindi verificato almeno 1 trasferimento di reparto.

Tabella 11: **Trasferimenti di reparto e numero di ricoveri ospedale con trasferimenti in regime ordinario negli ospedali pubblici provinciali – Anno 2005**

Numero di trasferimenti	Numero di ricoveri ospedale con trasferimenti	Numero complessivo di trasferimenti	% di ricoveri con trasferimenti
1	2.277	2.277	3,096
2	946	1.892	1,286
3	131	393	0,178
4	53	212	0,072
5	12	60	0,016
6	9	54	0,012
7	1	7	0,001
8	1	8	0,001
9	1	9	0,001
TOTALE	**3.431**	**4.912**	**4,665**

Fonte: aziende sanitarie

In base al sistema DRG che classifica i ricoveri in gruppi isorisorse è possibile valutare e confrontare la produzione ospedaliera di ricoveri in unità equivalenti, associando a ciascun ricovero il relativo peso.

Tabella 12: **Indicatori basati sul criterio DRG di classificazione dei ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) degli ospedali pubblici provinciali – Anno 2005**

Ospedali	Ricoveri DRG equivalenti	Degenza media equivalente	Peso medio per ricovero	Tariffa media provinciale (Euro)	Indice di case mix*	Indice comparativo di performance**
Ospedale di Bolzano	34.949	6,1	1,21	3.283,77	0,989	1,11
Ospedale di Merano	15.661	6,0	1,10	2.729,70	0,904	1,10
Ospedale di Bressanone	11.187	5,5	1,12	2.786,77	0,919	1,00
Ospedale di Brunico	9.888	6,0	0,95	2.348,86	0,778	1,08
Ospedale di Silandro	3.820	7,3	0,89	2.083,39	0,732	1,34
Ospedale di Vipiteno	2.492	5,7	0,83	1.926,40	0,677	1,04
Ospedale di San Candido	2.378	6,3	0,88	2.059,30	0,724	1,14
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	**80.375**	**6,0**	**1,09**	**2.806,60**	**0,896**	**1,10**

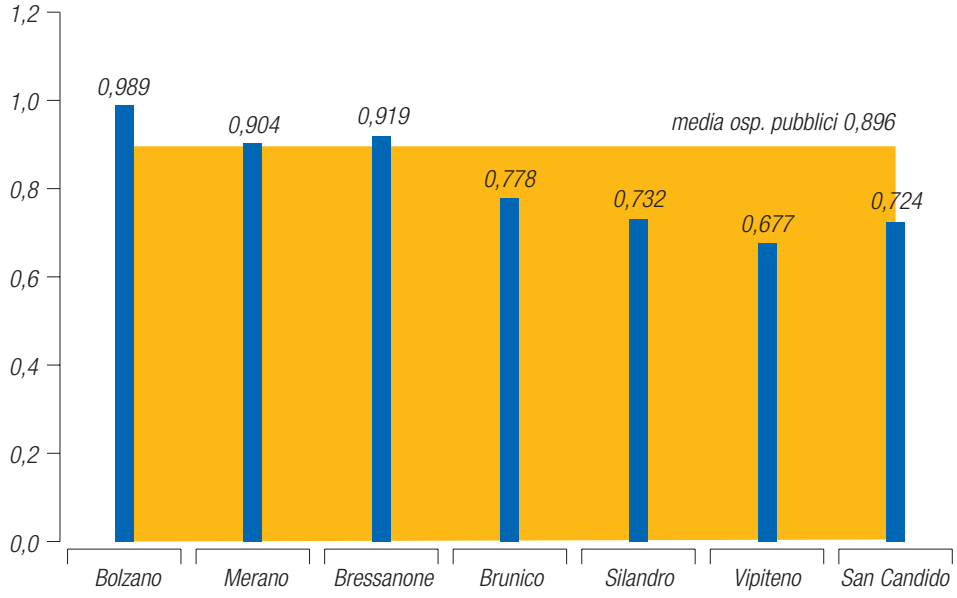
* Calcolato considerando il valore del peso medio dell'Italia nel 2003 pari a 1,22
** Calcolato considerando la degenza media equivalente dell'Italia nel 2003 pari a 5,5

Fonte: aziende sanitarie

INDICE DI CASE-MIX

L'indice di case-mix esprime la complessità della casistica trattata da un determinato ospedale rispetto allo standard di riferimento.
Un valore superiore all'unità è indicativo di una casistica più complessa rispetto allo standard di riferimento, mentre viceversa valori inferiori implicano un livello più basso di complessità.

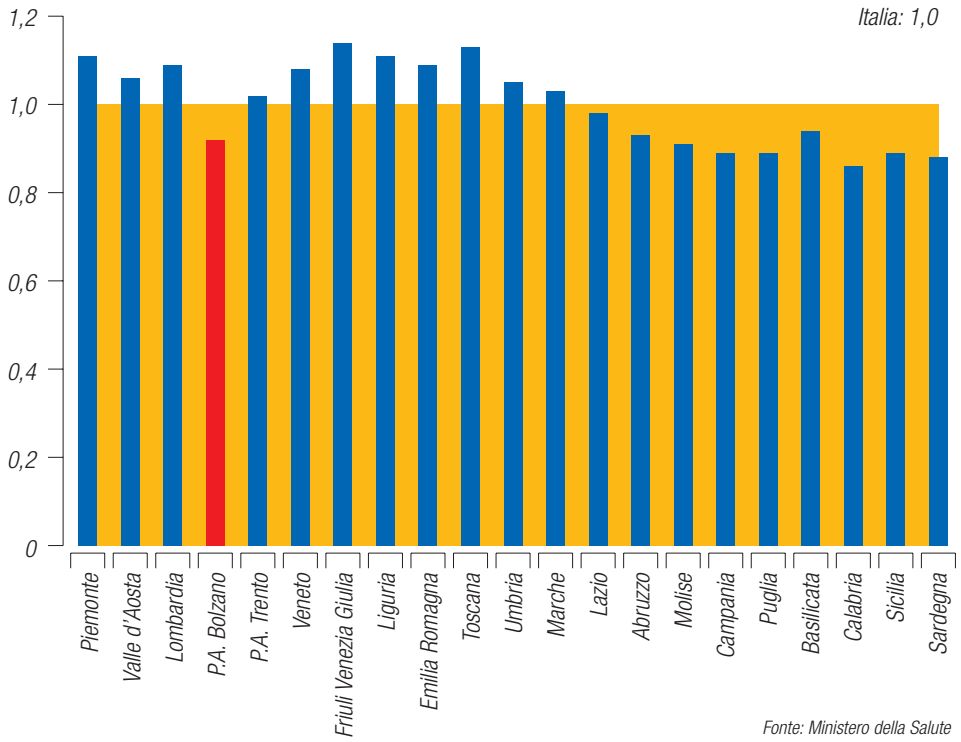
Figura 10: **Indice di case-mix per gli ospedali pubblici in regime ordinario - Anno 2005**



Gli ospedali pubblici provinciali, nel complesso, hanno un grado di complessità calcolato con il sistema di pesi DRG (peso medio degli ospedali pubblici della provincia pari a 1,09) più basso rispetto allo standard nazionale[5]; infatti, nel 2005, l'indice di case-mix è pari a 0,896 per gli ospedali pubblici, assumendo valori molto bassi negli ospedali di Brunico, Silandro, San Candido e Vipiteno.

[5] *Il peso medio della Provincia Autonoma di Bolzano calcolato con i pesi ex d.m. 30/06/1997 nel 2005 è pari a 1,19; nel 2003, secondo quanto pubblicato nel Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – Ministero della Salute, era pari a 1,11. Sempre nel 2003 il peso medio nazionale (tutti gli istituti di ricovero) era pari a 1,22.*

Figura 11: **Indice di case-mix nelle regioni italiane - Anno 2003**



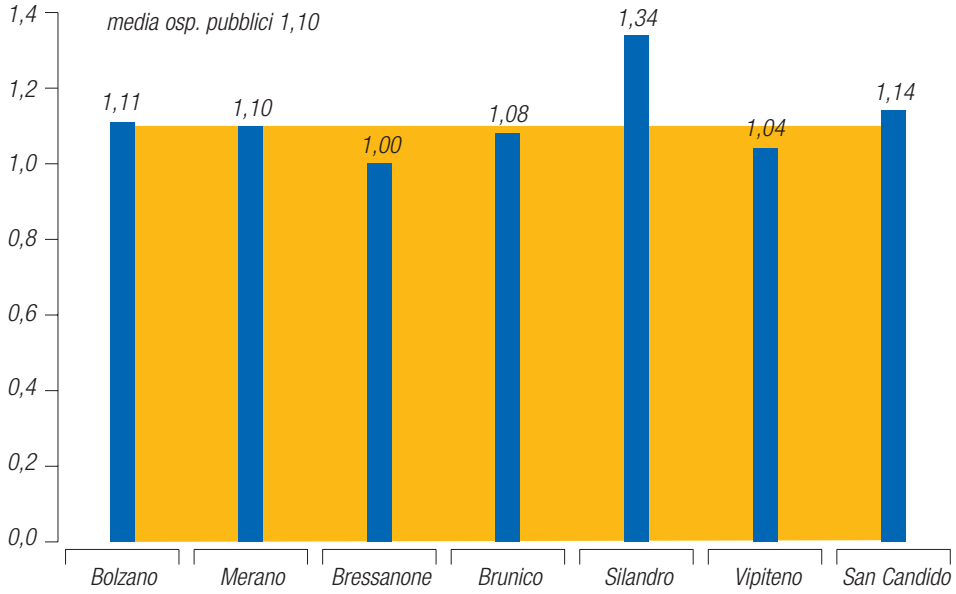
Fonte: Ministero della Salute

Sempre attraverso il sistema di classificazione DRG è possibile calcolare i valori dell'indice comparativo di performance, che esprime l'efficienza, in termini di degenza media, di un ospedale in rapporto all'efficienza media di un insieme di ospedali di riferimento. Anche in questo caso, lo standard di riferimento adottato è costituito dall'insieme delle dimissioni da tutti gli istituti nazionali nel 2003 (degenza media per unità di peso pari a 5,5 giorni).

Valori dell' indice comparativo di performance inferiori all'unità indicano che, a parità di casistica, l'efficienza di un ospedale (in termini di degenza media) è superiore a quella media nazionale, ovvero che per una unità equivalente di ricovero è stato impiegato per l'assistenza un numero minore di giornate di degenza.

Nel complesso gli ospedali pubblici della provincia mostrano una performance più bassa rispetto allo standard nazionale, in particolare nell'Ospedale di Silandro (indice comparativo di performance = 1,34) e di San Candido (indice comparativo di performance = 1,14).

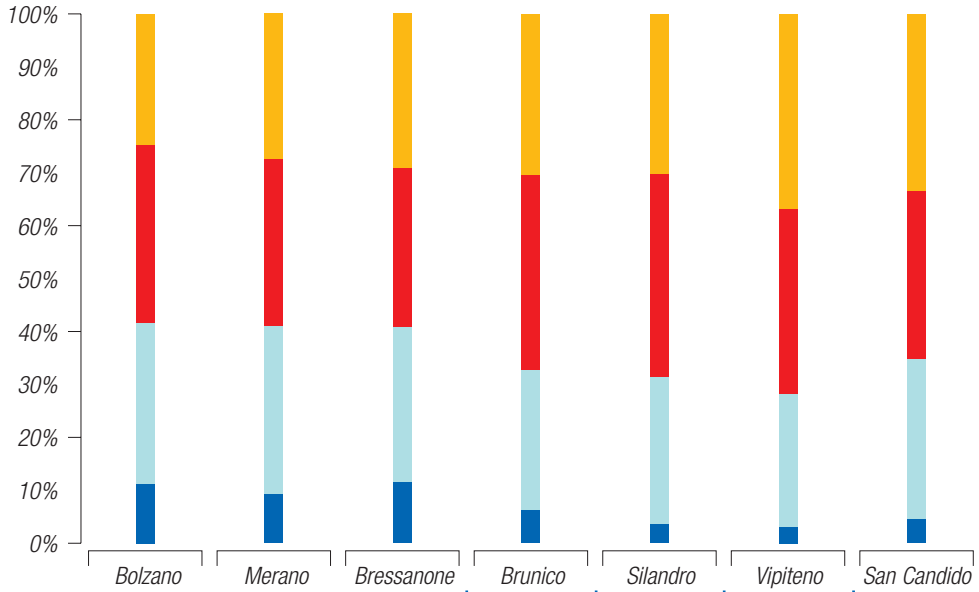
Figura 12: **Indice comparativo di performance per gli ospedali pubblici in regime ordinario - Anno 2005**



DRG PER CLASSE DI PESO

I ricoveri ai quali viene attribuito un DRG con peso medio basso (maggiore o uguale a 0,7 ed inferiore a 1,0) sono quelli maggiormente frequenti, e rappresentano il 33,5% del totale di ricoveri negli istituti di cura. Il 27,1% dei ricoveri sono caratterizzati da un peso del DRG basso (inferiore a 0,7) e il 30,3% hanno invece un peso medio (compreso tra 1,0 e 1,9). Solo il 9,1% ha un peso elevato (maggiore o uguale a 2,0).

Figura 13: **Ricoveri per classe di peso DRG negli ospedali pubblici in regime ordinario - Anno 2005**



	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Silandro	Vipiteno	San Candido
basso (0,1-0,6)	24,7%	27,4%	29,1%	30,3%	30,1%	36,8%	33,3%
medio basso (0,7-0,9)	33,,6%	31,4%	30,0%	37,0%	38,3%	34,9%	31,8%
medio (1,0-1,9)	30,5%	31,8%	29,2%	26,3%	27,8%	25,2%	30,4%
elevato (>=2,0)	11,2%	9,4%	11,7%	6,4%	3,7%	3,1%	4,5%

Il confronto tra gli ospedali pubblici rispetto alla composizione dei ricoveri per complessità della casistica evidenzia la maggior quota di ricoveri con DRG di peso basso per l'Ospedale di Vipiteno (circa 36,8% dei casi), e di DRG con peso elevato per l'Ospedale di Bolzano e Bressanone (rispettivamente 11,2% e 11,7% dei casi).

DRG MEDICI E CHIRURGICI

Al 63,7% dei ricoveri negli istituti di cura provinciali è stato attribuito un DRG medico, al 32,7% un DRG di tipo chirurgico ed al rimanente 3,6% uno dei DRG non classificabili[6]. La distribuzione dei ricoveri ordinari per tipo di DRG (medico o non classificabile e chirurgico) è in linea con i valori nazionali del 2003 rispettivamente pari a 64,2% e 35,8%, tuttavia si osserva nelle regioni del Nord Italia una quota percentuale di DRG chirurgici più elevata (40,2%).

Tabella 13: **Ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) negli istituti di cura provinciali per tipo di DRG – Anno 2005**

Istituti di cura	*DRG medico*	*DRG chirurgico*	*DRG non classificabile*	*Totale*
Ospedale di Bolzano	*19.183*	*9.024*	*754*	*28.961*
Ospedale di Merano	*8.326*	*5.136*	*741*	*14.203*
Ospedale di Bressanone	*5.422*	*4.093*	*464*	*9.979*
Ospedale di Brunico	*6.661*	*3.376*	*376*	*10.413*
Ospedale di Silandro	*3.298*	*860*	*120*	*4.278*
Ospedale di Vipiteno	*1.956*	*981*	*81*	*3.018*
Ospedale di San Candido	*1.849*	*736*	*108*	*2.693*
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	***46.695***	***24.206***	***2.644***	***73.545***
Casa di Cura S. Maria	*1.508*	*925*	*16*	*2.449*
Casa di Cura Villa S. Anna	*939*	*203*	*99*	*1.241*
Casa di Cura Fonte S. Martino	*90*	*1*	*6*	*97*
Infermeria Sarentino	*182*		*1*	*183*
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	***2.719***	***1.129***	***122***	***3.970***
TOTALE ISTITUTI DI CURA	***49.414***	***25.335***	***2.766***	***77.515***

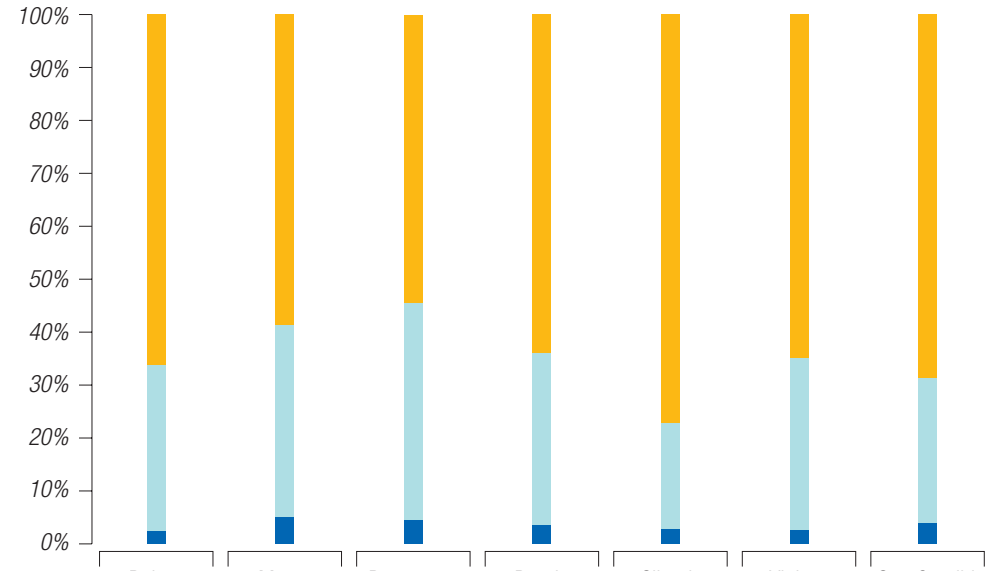
Fonte: aziende sanitarie

Negli ospedali pubblici i ricoveri ordinari con DRG medico rappresentano una quota tra il 54,3% ed il 77,1% di tutti i ricoveri, mentre la quota di DRG chirurgici varia tra il 20,1% e il 41,0%.

Nella Casa di Cura S. Maria il 37,8% dei ricoveri è di tipo chirurgico, mentre nella Casa di Cura Villa S. Anna il 75,7% è di tipo medico.

[6] *I DRG non classificabili corrispondono ai DRG appartenenti alla categoria diagnostica principale MDC 15 "Malattie e disturbi del periodo neonatale" (DRG da 385 a 391), alla categoria diagnostica principale MDC 20 "Abuso di alcol/droghe" (DRG da 433 a 438) e ai DRG anomali (DRG 469 e 470).*

Figura 14: **Ricoveri per per tipo di DRG negli ospedali pubblici in regime ordinario - Anno 2005**



	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Silandro	Vipiteno	San Candido
medico	66,2%	58,6%	54,3%	64,0%	77,1%	64,8%	68,7%
chirurgico	31,2%	36,2%	41,0%	32,4%	20,1%	32,5%	27,3%
non class	2,6%	5,2%	4,6%	3,6%	2,8%	2,7%	4,0%

Le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di degenza ordinaria possono essere suddivise in:

RICOVERI 1 GIORNO

- episodi di ricovero di una sola giornata: ricoveri con durata della degenza inferiore a due giornate, e quindi, sia i casi di pazienti entrati ed usciti nella stessa giornata, sia i casi con una notte trascorsa in ospedale;

RICOVERI ORDINARI

- episodi di ricovero ordinari normali: ricoveri la cui durata di degenza è comunque superiore o uguale a due giornate ed allo stesso tempo inferiore o uguale alla soglia specifica per il DRG del ricovero;

RICOVERI ANOMALI

- episodi di ricovero anomali: ricoveri la cui durata di degenza risulta superiore al valore della soglia stabilita nel tariffario.

Complessivamente la quota di ricoveri ordinari di 1 giorno è pari al 13,8% di tutti i ricoveri ordinari (percentuale in linea con l'anno precedente) con punte massime del 20,5% nell'Ospedale di San Candido, del 19,0% nell'Ospedale di Vipiteno e del 18,2% nell'Ospedale di Brunico. Per quanto riguarda l'incidenza di ricoveri con durata superiore alla soglia dello specifico DRG, la quota di ricoveri è in diminuzione rispetto agli anni precedenti e pari a 1,2% a livello provinciale. Più alta risulta la quota percentuale negli istituti privati (2,3%), con un valore molto elevato nell'Infermeria Sarentino.

Tabella 14: **Ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) di 1 giorno e ricoveri ospedale oltre soglia negli istituti di cura provinciali – Anno 2005**

Istituti di cura	*Ricoveri di 1 giorno*	*% ricoveri di 1 giorno sul totale*	*Ricoveri oltre soglia*	*% ricoveri oltre soglia sul totale*
Ospedale di Bolzano	3.919	13,5	458	1,6
Ospedale di Merano	1.565	11,0	115	0,8
Ospedale di Bressanone	1.246	12,5	97	1,0
Ospedale di Brunico	1.892	18,2	96	0,9
Ospedale di Silandro	606	14,2	52	1,2
Ospedale di Vipiteno	574	19,0	15	0,5
Ospedale di San Candido	551	20,5	28	1,0
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	***10.353***	***14,1***	***861***	***1,2***
Casa di Cura S. Maria	246	10,0	12	0,5
Casa di Cura Villa S. Anna	86	6,9	21	1,7
Casa di Cura Fonte S. Martino	3	3,1	8	8,2
Infermeria Sarentino	14	7,7	52	28,4
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	***349***	***8,8***	***93***	***2,3***
TOTALE ISTITUTI DI CURA	***10.702***	***13,8***	***954***	***1,2***

Fonte: aziende sanitarie

La degenza media entro soglia si riferisce alla durata media degli episodi di ricovero ordinari di tipo normale, e può essere interpretata come la degenza media in assenza di episodi anomali di ricovero (ricoveri di 1 giorno e ricoveri oltre la soglia) che incidono, abbassando od innalzando la degenza media complessiva.

Tabella 15: **Degenza media dei ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) entro soglia e degenza media complessiva negli istituti di cura provinciali – Anno 2005**

Istituti di cura	*DM ricoveri entro soglia*	*DM complessiva*
Ospedale di Bolzano	7,7	7,3
Ospedale di Merano	6,9	6,7
Ospedale di Bressanone	6,6	6,2
Ospedale di Brunico	6,4	5,7
Ospedale di Silandro	7,2	6,6
Ospedale di Vipiteno	5,5	4,7
Ospedale di San Candido	6,5	5,5
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	***7,1***	***6,6***
Casa di Cura S. Maria	7,2	6,6
Casa di Cura Villa S. Anna	11,9	11,6
Casa di Cura Fonte S. Martino	15,7	18,1
Infermeria Sarentino	16,2	28,3
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	***9,2***	***9,4***
TOTALE ISTITUTI DI CURA	***7,2***	***6,7***

Fonte: aziende sanitarie

Nonostante la minor incidenza in termini percentuali, i ricoveri con durata oltre soglia consumano un numero di giornate di degenza superiore rispetto ai ricoveri di 1 giorno. L'effetto combinato determinato dalle giornate di degenza dei ricoveri oltre soglia e dai ricoveri di 1 giorno, è quello di ridurre, la degenza media rispetto alla situazione teorica, costituita da soli ricoveri ordinari normali (0,5 giorni in meno) per quanto riguarda gli ospedali pubblici; la situazione è pressoché invariata rispetto all'anno precedente.

Tabella 16: **Ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) per DRG più frequenti, % cumulata di ricoveri e % di ricoveri oltre soglia negli istituti di cura provinciali – Anno 2005**

DRG	Descrizione DRG più frequenti	Ricoveri	% cum. ricoveri	% ricoveri oltre soglia
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	3.951	5,1	2,3
243	Affezioni mediche del dorso	1.872	7,5	0,4
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 senza cc	1.455	9,4	0,5
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	1.446	11,3	0,3
127	Insufficienza cardiaca e shock	1.440	13,1	1,9
430	Psicosi	1.324	14,8	2,0
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 senza cc	1.079	16,2	0,1
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18	1.029	17,5	0,4
371	Parto cesareo senza cc	1.019	18,9	2,6
14	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	1.009	20,2	0,7
139	Aritmia e alterazione della conduzione cardiaca, senza cc	1.000	21,4	0,2
112	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea	963	22,7	1,5
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	911	23,9	0,3
390	Neonati con altre affezioni significative	900	25,0	0,3
222	Interventi sul ginocchio, senza cc	871	26,1	0,3
89	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 con cc	859	27,3	1,3
88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	752	28,2	1,1
15	Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	683	29,1	1,0
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	680	30,0	8,7
TOTALE RICOVERI		**77.515**		**1,2**

Fonte: aziende sanitarie

DRG PIÙ FREQUENTI

Sono sufficienti 19 DRG per spiegare il 30,0% dei ricoveri ospedale effettuati in provincia, il DRG più frequente è rappresentato dal DRG 373 "Parto vaginale senza diagnosi complicanti" (5,1% del totale dei ricoveri).

RICOVERI ENTRO SOGLIA

La frequenza di episodi di ricovero oltre soglia è molto elevata per i DRG 467, 371, e 373 con quote rispettivamente dell'8,7%, 2,6% e del 2,3%.

DRG CHIRURGICI

I ricoveri con DRG chirurgico e intervento chirurgico (codice ICD9CM versione '97 di almeno un intervento in qualunque posizione inferiore a '8700'), ammontano complessivamente a 25.332 (pari al 32,7% di tutti i ricoveri ospedale). Il 95,5% dei ricoveri con DRG chirurgico e almeno un intervento chirurgico è stato effettuato in ospedali pubblici. Solo a 3 ricoveri con sole procedure diagnostiche e terapeutiche (codice ICD9CM versione '97 di tutti gli interventi superiore a '8700') è stato attribuito un DRG chirurgico.

Tabella 17: **Ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) con DRG chirurgico ed almeno un intervento chirurgico* o solo procedure diagnostiche negli istituti di cura provinciali – Anno 2005**

Istituti di cura	Interventi chirurgici	Procedure diagnostiche
Ospedale di Bolzano	9.022	2
Ospedale di Merano	5.136	-
Ospedale di Bressanone	4.092	1
Ospedale di Brunico	3.376	-
Ospedale di Silandro	860	-
Ospedale di Vipiteno	981	-
Ospedale di San Candido	736	-
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	**24.203**	**3**
Casa di Cura S. Maria	925	-
Casa di Cura Villa S. Anna	203	-
Casa di Cura Fonte S. Martino	1	-
Infermeria Sarentino	-	-
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	**1.129**	**-**
TOTALE ISTITUTI DI CURA	**25.332**	**3**

** Interventi chirurgici = interventi con codice ICD9CM (versione 1997) < '8700'; procedure diagnostiche = interventi e procedure con codice ICD9CM (versione 1997) > '8700'*

Fonte: aziende sanitarie

La degenza media pre operatoria dei ricoveri (non urgenti) con DRG chirurgico e almeno un intervento chirurgico, effettuati negli istituti di cura provinciali è pari a 1,24 giorni (negli ospedali pubblici: 1,31 giorni; negli istituti di cura privati: 0,08 giorni).

Figura 15: **Degenza media pre operatoria (non urgenti) negli ospedali pubblici in regime ordinario - Anno 2005**

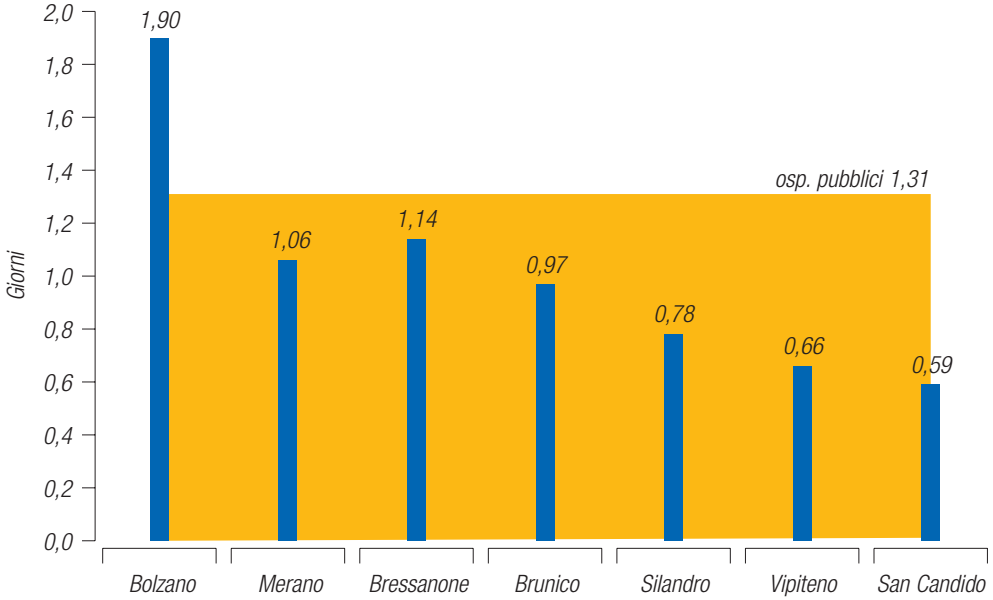


Tabella 18: **Ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) con DRG chirurgico e intervento chirurgico (codice ICD9CM versione '97 di almeno un intervento inferiore a '8700') più frequenti, % cumulata di ricoveri, degenza media e degenza media preoperatoria – Anno 2005**

DRG	Descrizione DRG	Ricoveri°	% cum. ricoveri	Degenza media	Degenza media preop.*
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	1.446	5,7	12,1	1,6
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 senza cc	1.079	10,0	6,6	0,8
371	Parto cesareo senza cc	1.019	14,0	6,5	0,7
112	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea	963	17,8	6,6	1,3
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	911	21,4	5,3	0,9
222	Interventi sul ginocchio, senza cc	871	24,8	4,2	0,6
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18	588	27,1	2,9	0,9
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	574	29,4	2,3	0,6
225	Interventi sul piede	540	31,5	4,7	0,8
167	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata, senza cc	532	33,6	3,8	0,5
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc	522	35,7	2,6	0,8
231	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore	498	37,7	3,2	0,8
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	492	39,6	3,3	0,9
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni, senza cc	489	41,5	4,0	0,9
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17, senza cc	452	43,3	9,2	1,0
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto comune senza cc	447	45,1	4,4	0,7
311	Interventi per via transuretrale, senza cc	399	46,7	3,9	1,2
215	Interventi su dorso e collo, senza cc	382	48,2	6,1	1,2
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc	374	49,7	3,1	0,8
TOTALE RICOVERI		**25.332**		**6,9**	**1,2**

** Nel calcolo della degenza media preoperatoria sono stati considerati solo i ricoveri non urgenti e come data di intervento è stata selezionata la data relativa all'intervento (codice < '8700') segnato per primo negli spazi riservati agli interventi/procedure nella SDO*

Fonte: aziende sanitarie

Occorrono 19 DRG per spiegare circa il 50% dell'attività complessiva chirurgica a livello provinciale. Il DRG chirurgico con intervento chirurgico (codice ICD9CM versione '97 di almeno un intervento inferiore a '8700') più frequente è stato il DRG 209 "Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori", attribuito in 1.446 casi, con degenza media di 12,1.

Tra i DRG chirurgici con intervento chirurgico più frequenti, la degenza media del ricovero più bassa è pari a 2,3 giorni ed è relativa al DRG 39 "Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia". L'attesa dell'intervento chirurgico dal momento del ricovero è più elevata per il DRG più frequente 209 "Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori" (1,6 giorni) e più bassa per il DRG 167 "Appendicectomia con diagnosi principale non complicata, senza cc" (pari a 0,5 giorni).

TRASFERIMENTI TRA OSPEDALI

Sono considerati trasferimenti tra ospedali provinciali i casi nei quali il paziente è stato dimesso da un ospedale e riammesso in un altro diverso dal primo, non oltre il giorno successivo a quello della sua dimissione. I dati riportati fanno riferimento all'insieme

degli eventi costituito dalle coppie di ricoveri di ordine n e n+1 di pazienti trasferiti.
Sono 1.465 gli eventi che nel 2005 risultano come trasferimenti tra gli ospedali della Provincia Autonoma di Bolzano. Nel 95,4% di casi l'ammissione presso il secondo ospedale è stata registrata nella giornata di dimissione dal primo ospedale, mentre nel rimanente 4,6% (pari a 69 casi) il ricovero è avvenuto il giorno successivo.
Dall'Ospedale centrale di Bolzano il 64,9% dei trasferimenti è avvenuto verso un ospedale aziendale; verso l'Ospedale di Bolzano, invece, sono stati indirizzati il 54,6% dei trasferimenti effettuati da ospedali aziendali, il 40,5% di quelli da ospedali di base e il 56,4% dei trasferimenti da istituti privati.

Tabella 19: **Trasferimenti di ospedale per tipo di ospedale di destinazione e provenienza del paziente – Anno 2005**

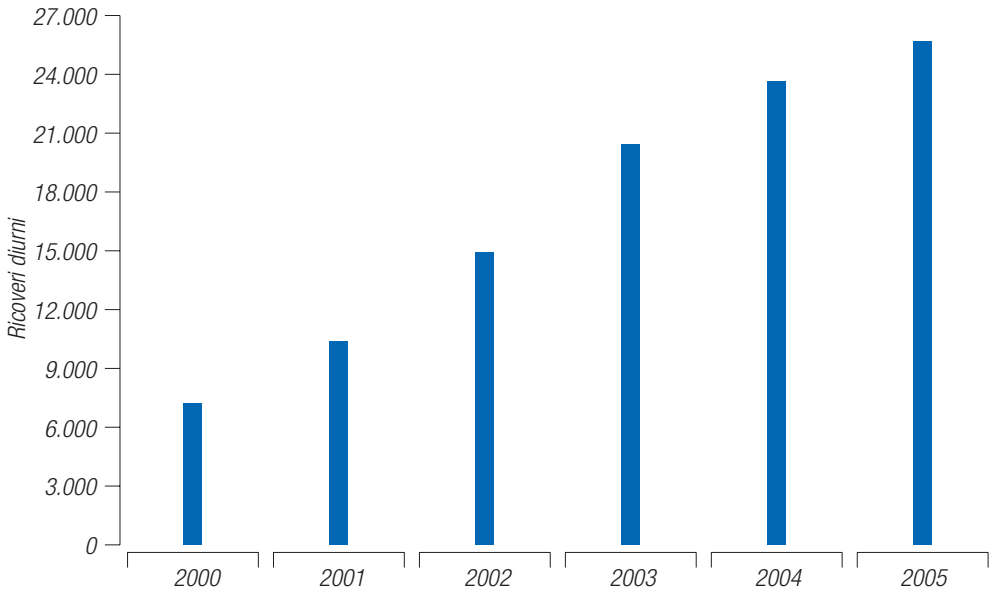
Tipo ospedale di provenienza	*Tipo ospedale di destinazione*				*Totale*
	Ospedale centrale	*Ospedale aziendale*	*Ospedale di base*	*Casa di Cura privata*	
Ospedale centrale	-	327	84	93	504
Ospedale aziendale	294	61	113	70	538
Ospedale base	124	181	-	1	306
Casa di Cura privata	66	36	6	9	117
TOTALE	***484***	***605***	***203***	***173***	***1.465***

Fonte: aziende sanitarie

3.2.4. Ricoveri per acuti in regime diurno

In questo capitolo viene descritta l'attività assistenziale in regime diurno degli ospedali pubblici e delle case di cura private della Provincia Autonoma di Bolzano, mediante l'utilizzo di indicatori classici che fanno riferimento alla numerosità degli eventi considerati (numero medio di accessi, tasso di utilizzo e indice di rotazione dei posti letto). Per il calcolo del tasso di utilizzo dei posti letto e dell'indice di rotazione medio giornaliero in regime diurno, i giorni di apertura dei reparti sono stati convenzionalmente posti pari a 250; per il calcolo del tasso di utilizzo, inoltre, è stato considerato un indice di rotazione medio giornaliero pari a 1.
I ricoveri in regime diurno possono essere caratterizzati da un singolo accesso (in generale DRG chirurgico) o da cicli programmati di accessi (ossia più accessi dello stesso paziente per la stessa patologia, tipico dei DRG medici). Nel caso del singolo accesso viene conteggiata una giornata di assistenza, nel caso di ciclo viene conteggiato un numero di giornate di degenza pari al numero complessivo degli accessi programmati ed erogati.
Nel 2005 la produzione dei ricoveri in regime diurno è stata di 25.700, 23.974 (93,3%) dei quali sono stati effettuati negli ospedali pubblici provinciali.
Rispetto al 2004, il numero di ricoveri in regime diurno è aumentato in tutti gli ospedali pubblici (+ 7,7%) e anche nella Casa di Cura S.Maria (+ 21,6%); in particolare, negli ospedali pubblici sono aumentati i ricoveri dell'Ospedale di Brunico (da 3.164 a 4.122 pari al 30,3%) e dell'Ospedale di San Candido (da 818 a 965 pari al 18,0%).

Figura 16: **Ricoveri in regime diurno negli istituti di cura provinciali - Anni 2000-2005**



DATI DI ATTIVITÀ PER SINGOLO ISTITUTO DI CURA IN REGIME DIURNO

In riferimento all'attività ospedaliera in regime diurno è possibile consultare i dati relativi ai singoli istituti di cura provinciali nel CD Rom allegato alla presente pubblicazione.

Tabella 20: **Ricoveri, giornate, numero medio di accessi ed indicatori classici dell'attività in regime diurno degli istituti di cura provinciali – Anno 2005**

Istituti di cura	Posti letto	Ricoveri	Giornate complessive	N. medio accessi	Tasso di utilizzo%**	Indice di rotazione** annuo	Indice di rotazione** giornaliero
Ospedale di Bolzano	75*	8.619	23.345	3,7	125,5	115,8	1,25
Ospedale di Merano	26	4.534	10.650	4,4	163,8	174,4	1,64
Ospedale di Bressanone	23	3.312	5.323	2,5	92,6	144,0	0,93
Ospedale di Brunico	24	4.122	6.804	2,8	113,4	171,8	1,13
Ospedale di Silandro	6	894	1.578	3,4	105,2	149,0	1,05
Ospedale di Vipiteno	10	1.528	2.125	2,0	85,0	152,8	0,85
Ospedale di San Candido	9	965	2.314	4,3	102,8	107,2	1,03
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	**173**	**23.974**	**52.139**	**3,5**	**121,0**	**139,0**	**1,21**
Casa di Cura S. Maria	14	1.503	1.506	1,0	43,0	107,4	0,43
Casa di Cura Villa S. Anna	-	223	223	1,0	-	-	-
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-	-	-	-	-
Infermeria Sarentino	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	**14**	**1.726**	**1.729**	**1,0**	**49,4**	**123,3**	**0,49**
TOTALE ISTITUTI DI CURA	**187**	**25.700**	**53.868**	**3,4**	**115,6**	**137,9**	**1,16**

** 1 posto letto del reparto di Cardiologia è stato attivato il 23.05.2005 e 1 posto letto del reparto di Neurochirurgia è stato attivato il 08.03.2005*
*** Il tasso di utilizzo e l'indice di rotazione medio giornaliero sono stati calcolati ponendo convenzionalmente i giorni di apertura su base annua pari a 250; per il calcolo del tasso di utilizzo è stato considerato un indice di rotazione medio giornaliero pari a 1*

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 21: **Ricoveri e giornate in regime diurno (DRG medico o non classificabile e DRG chirurgico) degli istituti di cura provinciali – Anno 2005**

Istituti di cura	DRG medico o non classificabile		DRG chirurgico	
	Ricoveri	Giornate complessive	Ricoveri	Giornate complessive
Ospedale di Bolzano	5.246	19.508	3.373	3.837
Ospedale di Merano	1.806	7.901	2.728	2.749
Ospedale di Bressanone	1.333	3.344	1.979	1.979
Ospedale di Brunico	1.503	4.184	2.619	2.620
Ospedale di Silandro	280	963	614	615
Ospedale di Vipiteno	587	1.179	941	946
Ospedale di San Candido	404	1.752	561	562
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	**11.159**	**38.831**	**12.815**	**13.308**
Casa di Cura S. Maria	383	386	1.120	1.120
Casa di Cura Villa S. Anna	6	6	217	217
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-	-
Infermeria Sarentino	-	-	-	-
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	**389**	**392**	**1.337**	**1.337**
TOTALE ISTITUTI DI CURA	**11.548**	**39.223**	**14.152**	**14.645**

Fonte: aziende sanitarie

Del totale dei ricoveri in regime diurno, 11.548 presentano un DRG medico o non classificabile per un numero complessivo di 39.223 accessi.
Il numero medio di accessi per ricovero in regime diurno con DRG medico varia da 2,0 dell'Ospedale di Vipiteno a 4,4 dell'Ospedale di Merano.
I ricoveri in regime diurno con DRG chirurgico, invece, sono stati 14.152 per 14.645 giornate complessive.

Tabella 22: **DRG più frequenti nei ricoveri in regime diurno con DRG medico o non classificabile degli istituti di cura provinciali – Anno 2005**

DRG	Descrizione DRG	Ricoveri	% cumulata
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.149	9,9
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	647	15,6
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	638	21,1
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	447	24,9
243	Affezioni mediche del dorso	312	27,6
131	Malattie vascolari periferiche, senza cc	286	30,1
187	Estrazioni e riparazioni dentali	285	32,6
47	Altre malattie dell'occhio, età > 17 senza cc	265	34,9
35	Altre malattie del sistema nervoso, senza cc	243	37,0
429	Disturbi organici e ritardo mentale	232	39,0
13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	230	41,0
26	Convulsioni e cefalea età < 18	227	43,0
301	Malattie endocrine, senza cc	225	44,9
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18	190	46,6
430	Psicosi	181	48,1
	TOTALE RICOVERI CON DRG MEDICO O NON CLASSIFICABILE	**11.548**	

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 23: **Diagnosi principali di dimissione più frequenti nei ricoveri in regime diurno con DRG medico o non classificabile degli istituti di cura provinciali – Anno 2005**

Codice ICD9CM	Descrizione diagnosi più frequenti	Ricoveri	% cumulata
V58	Altri e non specificati procedimenti e trattamenti ulteriori	1.316	11,4
628	Infertilità femminile	535	16,0
521	Malattie dei tessuti duri dei denti	301	18,6
331	Altre degenerazioni cerebrali	287	21,1
340	Sclerosi multipla	222	23,0
724	Altri e non specificati disturbi del dorso	206	24,8
333	Altre malattie extrapiramidali e altri disturbi del movimento	202	26,6
290	Stati psicotici organici senili e presenili	200	28,3
427	Aritmie cardiache	195	30,0
V07	Necessità di isolamento e di altre misure profilattiche	182	31,6
345	Epilessie	178	33,1
440	Aterosclerosi	154	34,4
780	Sintomi generali	152	35,8
V10	Anamnesi personale di tumore maligno	149	37,1
278	Obesità e altri stati di iperalimentazione	140	38,3
V64	Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti	136	39,4
	TOTALE RICOVERI CON DRG MEDICO O NON CLASSIFICABILE	**11.548**	

Fonte: aziende sanitarie

Nel 2005, tra i DRG medici e non classificabili, il gruppo DRG più frequente è stato il DRG 410 “Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta", con il 9,9% dei ricoveri. La diagnosi di dimissione più frequente è stata, invece, “Altri e non specificati procedimenti e trattamenti ulteriori” (11,4%).

Tabella 24: **DRG più frequenti nei ricoveri in regime diurno con DRG chirurgico degli istituti di cura provinciali – Anno 2005**

DRG	Descrizione DRG più frequenti	Ricoveri	% cumulata
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	3.038	21,5
119	Legatura e stripping di vene	1.102	29,3
222	Interventi sul ginocchio, senza cc	1.091	37,0
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1.088	44,7
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	895	51,0
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc	724	56,1
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	713	61,1
6	Decompressione del tunnel carpale	539	64,9
231	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore	505	68,5
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc	417	71,5
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella, senza cc	345	73,9
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18	316	76,1
	TOTALE RICOVERI CON DRG CHIRURGICO	**14.152**	

Fonte: aziende sanitarie

Il DRG chirurgico maggiormente rilevato è stato il DRG 039 “Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia” (21,5%) e la diagnosi di dimissione più frequente è stata, invece, “Cataratta” (21,2%).

Tabella 25: **Diagnosi principali di dimissione più frequenti nei ricoveri in regime diurno con DRG chirurgico degli istituti di cura provinciali – Anno 2005**

Codice ICD9CM	Descrizione diagnosi più frequenti	Ricoveri	% cumulata
366	Cataratta	2.998	21,2
717	Lesioni interne del ginocchio	1.152	29,3
454	Varici degli arti inferiori	1.111	37,2
628	Infertilità femminile	798	42,8
550	Ernia inguinale	758	48,2
354	Mononeuriti dell'arto superiore e mononeuriti multiple	546	52,0
635	Aborto indotto legalmente	531	55,8
V54	Altro trattamento ortopedico ulteriore	460	59,0
727	Altri disturbi delle membrane sinoviali, dei tendini e delle borse	386	61,8
474	Malattie croniche delle tonsille e delle adenoidi	367	64,4
605	Prepuzio esuberante e fimosi	306	66,5
621	Patologie dell'utero non classificate altrove	306	68,7
632	Aborto ritenuto	285	70,7
	TOTALE RICOVERI CON DRG CHIRURGICO	**14.152**	

Fonte: aziende sanitarie

3.2.5. Indicatori di qualità ed appropriatezza

3.2.5.1. Ricoveri ripetuti

RICOVERI RIPETUTI

Sono stati considerati ricoveri ripetuti i casi nei quali il paziente ha subito nell'anno almeno due ricoveri in strutture provinciali, eccetto i trasferimenti di ospedale. Per ricoveri ripetuti si intendono tutti i ricoveri successivi al primo, esclusi i ricoveri effettuati in regime diurno, i ricoveri nelle unità operative di Riabilitazione e Recupero funzionale, Lungodegenza post-acuzie e Psichiatria e i ricoveri per i DRG 409 "Radioterapia", DRG 410 "Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta" e DRG 492 "Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta".

Dei 16.120 ricoveri ripetuti rilevati nel 2005, il 42,6% ha come ospedale di provenienza l'Ospedale di Bolzano, il 40,0% un ospedale aziendale, il 11,8% un ospedale di base ed il 5,6% una casa di cura privata. Il tipo di ospedale di provenienza e di destinazione coincidono per 14.117 ricoveri pari all'87,6% dei casi.

Tabella 26: **Ricoveri ripetuti in regime ordinario per tipo di ospedale di destinazione e di provenienza del paziente – Anno 2005**

Tipo ospedale di provenienza	Tipo ospedale di destinazione				Totale
	Ospedale centrale	Ospedale aziendale	Ospedale di base	Casa di Cura privata	
Ospedale centrale	6.313	260	75	216	6.864
Ospedale aziendale	305	5.758	205	187	6.455
Ospedale base	91	225	1.560	21	1.897
Casa di Cura privata	210	181	27	486	904
TOTALE	**6.919**	**6.424**	**1.867**	**910**	**16.120**

Fonte: aziende sanitarie

3.2.5.1.1. Ricoveri ripetuti nello stesso istituto di cura e per lo stesso DRG

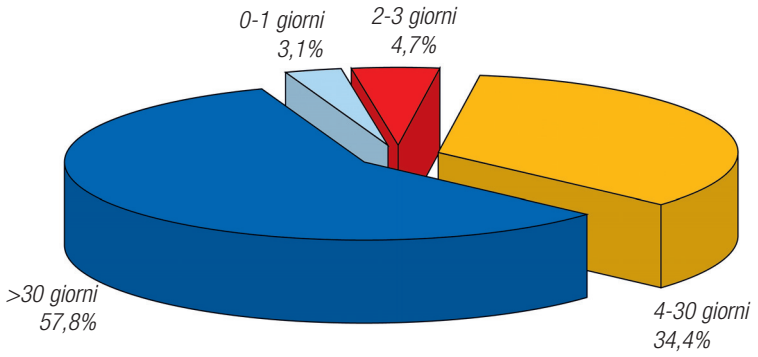
Nel 2005 nelle unità operative degli istituti di cura della provincia (escluse le unità operative di Riabilitazione e Recupero funzionale, Lungodegenza post-acuzie e Psichiatria) sono stati effettuati 3.047 ricoveri ripetuti nello stesso istituto di cura e con lo stesso DRG (esclusi i DRG 409 "Radioterapia", DRG 410 "Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta" e DRG 492 "Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta"), pari al 4,0% del totale ricoveri.
L'86,4% dei ricoveri ripetuti nello stesso istituto e per lo stesso DRG si sono conclusi con la dimissione del paziente a domicilio.

Tabella 27: **Ricoveri ripetuti in regime ordinario nello stesso istituto e per lo stesso DRG per modalità di dimissione e intervallo di tempo trascorso tra i ricoveri negli istituti di cura provinciali – Anno 2005**

Intervallo di tempo tra i ricoveri	Dimissione a domicilio del paziente	Altra modalità di dimissione	Totale
0-1 giorni	86	9	95
2-3 giorni	113	29	142
4-30 giorni	878	170	1.048
>30 giorni	1.556	206	1.762
TOTALE	**2.633**	**414**	**3.047**

Fonte: aziende sanitarie

Figura 17: **Ricoveri ripetuti in regime ordinario nello stesso istituto e per lo stesso DRG per intervallo di tempo trascorso tra i ricoveri - Anno 2005**



INTERVALLO DI TEMPO TRA I RICOVERI

L'intervallo di tempo trascorso tra un ricovero e il successivo nel 57,8% dei casi è risultato superiore ai 30 giorni, nel 34,4% è risultato compreso tra i 4 e i 30 giorni, nel 4,7% è risultato compreso tra 2 e 3 giorni e nel 3,1% dei casi il paziente è stato dimesso e poi riammesso nello stesso giorno o nel giorno successivo, nello stesso ospedale e per lo stesso DRG.

RICOVERI RIPETUTI CON INTERVALLO DI TEMPO DI 0-1 GIORNI

Dei 199 ricoveri ripetuti con intervallo di tempo compreso tra 0 e 3 giorni e con dimissione a domicilio del paziente, il 44,2% sono ricoveri effettuati presso l'Ospedale di Bolzano, il 20,6% presso l'Ospedale di Merano, il 4,5% presso l'Ospedale di Brunico e il 12,6% presso l'Ospedale di Bressanone. I ricoveri ripetuti di pazienti non residenti in provincia sono stati 15. L'importo complessivo di questi 199 ricoveri ripetuti è risultato di 451.417,94 Euro. L'importo dei 14 ricoveri ripetuti di pazienti non residenti in provincia è risultato pari a 33.685,90 Euro.

Tabella 28: **Ricoveri ripetuti in regime ordinario effettuati nello stesso istituto, con lo stesso DRG, con dimissione a domicilio e con intervallo di tempo trascorso tra i ricoveri di 0-3 giorni per istituto di cura e residenza del paziente – Anno 2005**

Istituto di cura	Azienda sanitaria di residenza				Extraprov.	Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico		
Ospedale di Bolzano	73	4	1	-	10	88
Ospedale di Merano	5	33	-	-	3	41
Ospedale di Bressanone	1	-	7	1	-	9
Ospedale di Brunico	1	-	1	22	1	25
Ospedale di Silandro	-	14	-	-	-	14
Ospedale di Vipiteno	-	-	6	-	-	6
Ospedale di San Candido	-	-	-	7	1	8
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	**80**	**51**	**15**	**30**	**15**	**191**
Casa di Cura S. Maria	4	-	-	-	-	4
Casa di Cura Villa S. Anna	2	-	-	-	-	2
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-	-	-	-
Infermeria Sarentino	2	-	-	-	-	2
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	**8**	**-**	**-**	**-**	**-**	**8**
TOTALE ISTITUTI DI CURA	**88**	**51**	**15**	**30**	**15**	**199**

Fonte: aziende sanitarie

RICOVERI RIPETUTI CON INTERVALLO DI TEMPO TRA 4-30 GIORNI

Degli 878 ricoveri ripetuti con intervallo di tempo compreso tra 4 e 30 giorni e con dimissione a domicilio del paziente, il 43,8% sono ricoveri effettuati presso l'Ospedale di Bolzano, il 16,4% presso l'Ospedale di Merano, il 10,0% presso l'Ospedale di Bressanone, il 10,8% presso quello di Brunico, il 6,4% presso quello di Silandro, il 3,8% presso quello di Vipiteno, il 4,1% presso quello di San Candido e il rimanente 4,7% presso gli istituti privati.

Tabella 29: **Ricoveri ripetuti in regime ordinario effettuati nello stesso istituto, con lo stesso DRG, con dimissione a domicilio e con intervallo di tempo trascorso tra i ricoveri compreso tra 4 e 30 giorni per istituto di cura e residenza del paziente – Anno 2005**

Istituto di cura	Azienda sanitaria di residenza				Extraprov.	Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico		
Ospedale di Bolzano	313	21	10	10	31	385
Ospedale di Merano	7	137	-	-	-	144
Ospedale di Bressanone	21	1	54	7	5	88
Ospedale di Brunico	1	-	7	86	1	95
Ospedale di Silandro	1	55	-	-	-	56
Ospedale di Vipiteno	2	-	31	-	-	33
Ospedale di San Candido	1	-	-	30	5	36
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	**346**	**214**	**102**	**133**	**42**	**837**
Casa di Cura S. Maria	20	1	1	1	-	23
Casa di Cura Villa S. Anna	5	10	-	-	-	15
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	1	-	-	-	1
Infermeria Sarentino	2	-	-	-	-	2
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	**27**	**12**	**1**	**1**	**-**	**41**
TOTALE ISTITUTI DI CURA	**373**	**226**	**103**	**134**	**42**	**878**

Fonte: aziende sanitarie

I ricoveri ripetuti con differenza tra data di dimissione e data di riammissione compresa tra i 4 e i 30 giorni di pazienti non residenti in Provincia Autonoma di Bolzano sono stati 42.

L'importo complessivo di questi 878 ricoveri ripetuti è risultato di 2.746.004,81 Euro. L'importo dei 42 ricoveri ripetuti di pazienti non residenti in provincia è risultato pari a 330.080,03 Euro.

RICOVERI RIPETUTI PER SINGOLO ISTITUTO DI CURA

In riferimento ai ricoveri ripetuti nello stesso istituto e per lo stesso DRG con dimissione del paziente a domicilio, è possibile consultare i dati relativi ai singoli istituti di cura provinciali nel CD Rom allegato alla presente pubblicazione.

3.2.5.2. Ricoveri brevi di durata di 2 o 3 giorni

RICOVERI BREVI PER MODALITÀ DI DIMISSIONE E TIPO DI DRG

Nel 2005 nelle unità operative degli istituti di cura della provincia (escluse le unità operative di Riabilitazione e Recupero funzionale, Lungodegenza post-acuzie e Psichiatria) sono stati effettuati 20.935 ricoveri ordinari di durata di 2 o 3 giorni, pari al 27,6% dei 75.899 ricoveri acuti ordinari effettuati, con esclusione di quelli effettuati in Psichiatria.

Tabella 30: **Ricoveri brevi di durata di 2 o 3 giorni in regime ordinario per modalità di dimissione e tipo di DRG negli istituti di cura provinciali – Anno 2005**

Modalità di dimissione	*DRG medico*	*DRG chirurgico*	*DRG non classificabile*	*Totale*	*%*
Dimissione a domicilio	*11.662*	*7.824*	*399*	*19.885*	*95,0*
Deceduto	*217*	*23*	*2*	*242*	*1,2*
Altra modalità di dimissione	*635*	*146*	*27*	*808*	*3,9*
TOTALE	***12.514***	***7.993***	***428***	***20.935***	***100,0***

Fonte: aziende sanitarie

Nel 95,0% dei casi (19.885 ricoveri) il paziente è stato dimesso al proprio domicilio. Al 59,8% circa dei ricoveri brevi è stato attribuito un DRG di tipo medico, al 38,2% un DRG di tipo chirurgico e al rimanente 2,0% un DRG non classificabile.

RICOVERI BREVI CON DIMISSIONE A DOMICILIO E DRG DI TIPO MEDICO

I ricoveri brevi con modalità di dimissione a domicilio del paziente e con DRG di tipo medico sono risultati 11.662 (55,7% del totale). Il 97,0% di essi sono stati effettuati negli ospedali pubblici (il 40,7% nell'Ospedale di Bolzano), il rimanente 3,0% presso gli istituti privati, in particolare nella Casa di Cura Santa Maria.

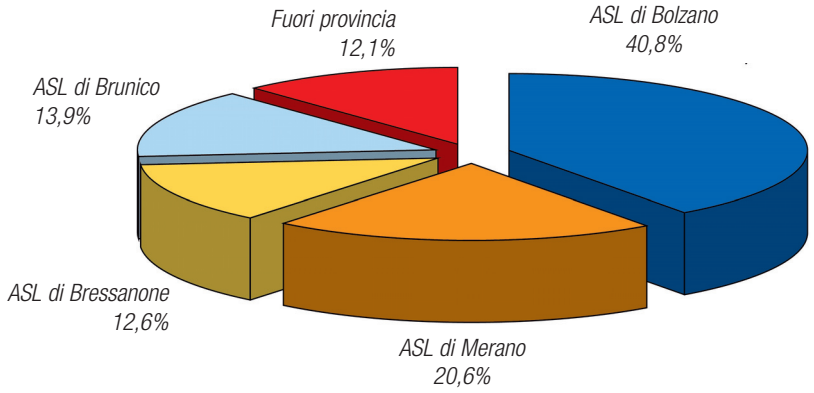
I 1.413 ricoveri pari al 12,1% degli 11.662 ricoveri brevi con dimissione a domicilio del paziente e DRG di tipo medico è stato effettuato da pazienti non residenti in provincia, il 36,0% dei quali è stato ricoverato presso l'Ospedale di Bolzano e il 19,0% presso l'Ospedale di Brunico.

Tabella 31: **Ricoveri di durata 2 o 3 giorni in regime ordinario con modalità di dimissione a domicilio e DRG di tipo medico per istituto di cura provinciale e residenza del paziente – Anno 2005**

Istituto di cura	Azienda sanitaria di residenza				Extraprov.	Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico		
Ospedale di Bolzano	3.972	169	44	53	509	4.747
Ospedale di Merano	157	1.504	4	3	182	1.850
Ospedale di Bressanone	248	12	980	84	184	1.508
Ospedale di Brunico	25	4	62	1.204	268	1.563
Ospedale di Silandro	3	633	1	1	71	709
Ospedale di Vipiteno	85	16	367	3	67	538
Ospedale di San Candido	4	2	-	260	129	395
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	**4.494**	**2.340**	**1.458**	**1.608**	**1.410**	**11.310**
Casa di Cura S. Maria	250	29	14	10	1	304
Casa di Cura Villa S. Anna	6	32	1	-	2	41
Casa di Cura Fonte S. Martino	1	2	-	-	-	3
Infermeria Sarentino	4	-	-	-	-	4
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	**261**	**63**	**15**	**10**	**3**	**352**
TOTALE ISTITUTI DI CURA	**4.755**	**2.403**	**1.473**	**1.618**	**1.413**	**11.662**

Fonte: aziende sanitarie

Figura 18: **Ricoveri brevi in regime ordinario di dimessi a domicilio con DRG medico effettuati negli istituti di cura provinciali per residenza del paziente - Anno 2005**



Relativamente ai ricoveri di altoatesini effettuati in altre regioni italiane, la durata della degenza è risultata di 2 o 3 giorni in 1.062 casi, pari al 32,9% dei ricoveri effettuati fuori provincia. Si rinvia al paragrafo dei ricoveri acuti in strutture nazionali per l'analisi in dettaglio.

In riferimento ai ricoveri brevi con dimissione a domicilio del paziente e DRG di tipo medico, è possibile consultare i dati relativi ai singoli istituti di cura provinciali nel CD Rom allegato alla presente pubblicazione.

RICOVERI BREVI PER SINGOLO ISTITUTO DI CURA

3.2.5.3. Indicatori di appropriatezza

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29/11/01 (supplemento ordinario n. 26 della G.U. 08/02/02) "Definizione dei livelli assistenziali di assistenza", oltre a definire le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal Servizio Sanitario Nazionale, individua un set di indicatori e le "aree critiche" riguardanti i livelli attualmente erogati.

Gli indicatori proposti rappresentano misure dell'appropriatezza raccomandate nell'ambito dell'implementazione di un sistema informativo finalizzato all'incremento non solo dell'efficienza ma anche della qualità. Tale prescrizione si inserisce in un quadro di rimo-

dulazione dell'area prestazionale garantita dall'assistenza ospedaliera e di promozione di una nuova fisionomia dell'ospedale attuabile attraverso programmi di riassetto strutturale, di riqualificazione tecnologica e di sviluppo della rete dei servizi territoriali.
Sempre nell'ottica della verifica della qualità dei livelli assistenziali forniti relativamente all'assistenza ospedaliera, il riferimento ad aree critiche riguarda prestazioni che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione. Vengono così definiti potenzialmente "inappropriati" i ricoveri in regime ordinario e diurno che le strutture possono trattare in un diverso assetto organizzativo ed assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse. Il controllo deve essere effettuato principalmente su un elenco di 43 DRG "ad alto rischio di inappropriatezza" se erogati in regime di degenza ordinaria riportato nel d.P.C.M.
Si precisa che l'analisi sui ricoveri relativi ai 43 DRGs "ad alto rischio di inappropriatezza" è stata condotta considerando i ricoveri dei residenti, al fine di ridurre al minimo la quota di ricoveri che potrebbero risultare appropriati per motivi logistici (distanza del domicilio dalla struttura ospedaliera).
Di seguito vengono presentati i valori assunti per la Provincia Autonoma di Bolzano dagli indicatori "di appropriatezza" che possono essere calcolati dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera.
Nei confronti tra la situazione della Provincia Autonoma di Bolzano e le altre regioni italiane (illustrati nei grafici) vengono riportati i valori pubblicati dal Ministero della Salute. Per il 2005, invece, la fonte considerata è l'archivio SDO provinciale dei dimessi nel 2005. Si precisa, inoltre, che nel calcolo dei tassi di ospedalizzazione per specifiche patologie, non sono stati inclusi i ricoveri di altoatesini effettuati in Austria e nel resto d'Italia. Le differenze, pertanto, vanno interpretate con cautela.

Tabella 32: **Indicatori di appropriatezza per il complesso degli istituti di cura pubblici e privati della Provincia Autonoma di Bolzano – Anni 2004-2005**

Indicatori di appropriatezza	*Anno 2004*	*Anno 2005*
Percentuale di parti cesarei sul totale dei parti (1)	*23,0*	*23,2*
Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dimessi da reparti chirurgici (2)	*41,5*	*43,6*
Tasso di ospedalizzazione per 100mila ab. per diabete (3)	*137,3*	*145,1*
Tasso di ospedalizzazione per 100mila ab. per asma (4)	*42,0*	*39,5*
Tasso di ospedalizzazione per 100mila ab. per scompenso cardiaco (5)	*287,2*	*281,0*
Tasso di ospedalizzazione per 100mila ab. per prostatectomia turp, maschi >49 anni (6)	*419,4*	*346,4*
Tasso di ospedalizzazione per 100mila ab. per appendicectomia (7)	*170,1*	*149,0*
Tasso di ospedalizzazione per 100mila ab. per isterectomia, femmine >45 anni (8)	*423,6*	*418,8*
Tasso di ospedalizzazione per 100mila ab. per tonsillectomia (9)	*267,3*	*262,7*
Tasso di ospedalizzazione per 100mila ab. per gastroenterite in età pediatrica	*503,1*	*329,7*
Interventi sul cristallino in day hospital	*64,3*	*84,1*
Legatura e stripping di vene in day hospital	*72,5*	*84,7*

(1) Il calcolo è stato effettuato considerando i DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375
(2) Il calcolo è stato effettuato considerando i ricoveri in regime ordinario nei reparti di Chirurgia generale, Chirurgia pediatrica, Chirurgia vascolare e toracica, Neurochirurgia, Oculistica, Odontoiatria e Stomatologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorinolaringoiatria, Ostetricia e Ginecologia e Urologia
(3) Diagnosi principale corrispondente al codice ICD9CM 250.xx
(4) Diagnosi principale corrispondente al codice ICD9CM 493.xx
(5) Diagnosi principale corrispondente al codice ICD9CM 428.xx
(6) Intervento principale corrispondente al codice ICD9CM 60.2 per ricoveri con iperplasia della prostata
(7) Intervento principale corrispondente ai codici ICD9CM 47.0 e 47.1
(8) Intervento principale corrispondente ai codici ICD9CM 68.3, 68.4, 68.5, 68.6, 68.7 e 68.9
(9) Intervento principale corrispondente ai codici ICD9CM 28.2, 28.3, 28.6 e 28.7 dei ricoveri in regime ordinario e diurno *Fonte: aziende sanitarie*

PARTI CESAREI

Uno degli obiettivi nazionali già indicato nel vecchio Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 è quello di diminuire la frequenza dei parti con taglio cesareo, e arrivare ad un valore nazionale pari al 20%. Per la Provincia Autonoma di Bolzano si registra un valore pari al 23,2% già vicino allo standard nazionale che la pone in linea con il valore medio dell'Unione Europea pari a 23,7% nel 2003[7].

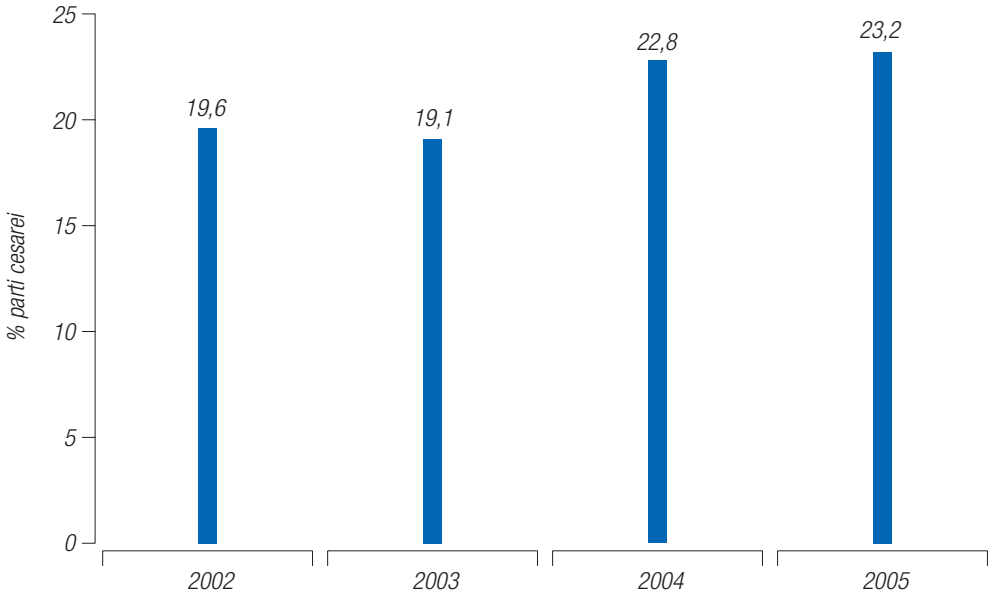
Analizzando i dati del 2005 per singolo ospedale, si osserva che la quota di parti cesarei rispetto al numero complessivo dei parti è variabile nei diversi istituti. Si rileva, inoltre, che non si sono verificati nel corso dell'anno eventi di mortalità materna.

Tabella 33: **Ricoveri ospedale per parto per istituto di cura provinciale – Anno 2005**

Istituto di cura	*Ricoveri per parto cesareo*	*Totale ricoveri per parto*	*% parti cesarei su tot. parti*
Ospedale di Bolzano	381	1.565	24,3
Ospedale di Merano	279	1.180	23,6
Ospedale di Bressanone	184	775	23,7
Ospedale di Brunico	152	596	25,5
Ospedale di Silandro	61	356	17,1
Ospedale di Vipiteno	111	523	21,2
Ospedale di San Candido	51	253	20,2
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	***1.219***	***5.248***	***23,2***
Casa di Cura S. Maria	60	258	23,3
Casa di Cura Villa S. Anna	-	-	-
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-
Infermeria Sarentino	-	-	-
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	***60***	***258***	***23,3***
TOTALE ISTITUTI DI CURA	***1.279***	***5.506***	***23,2***

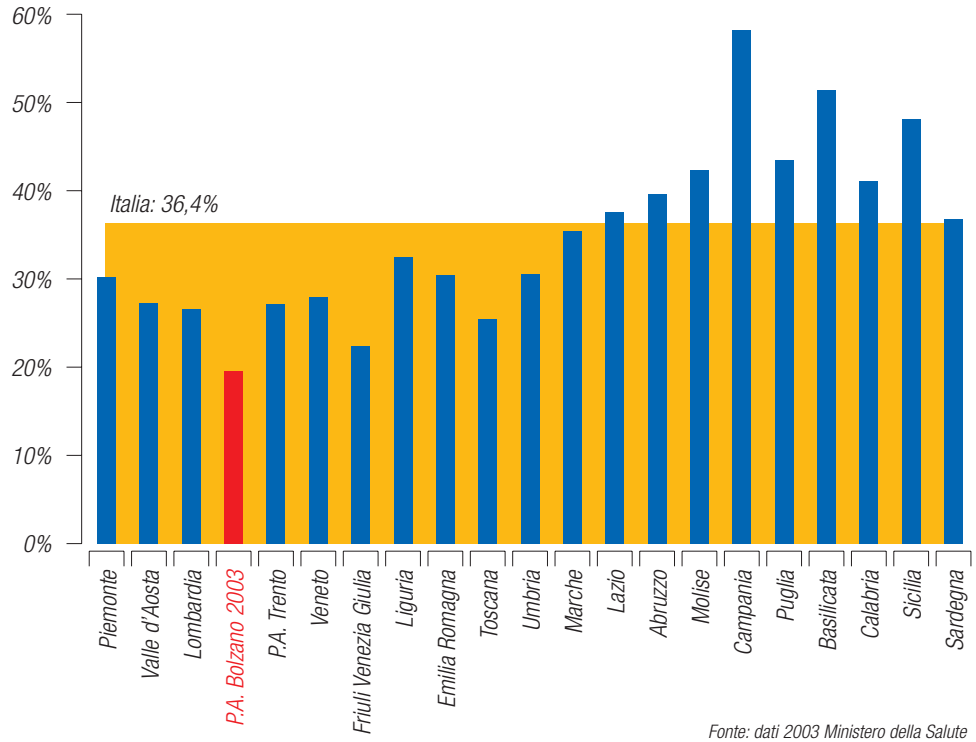
Fonte: aziende sanitarie

Figura 19: **Quota di ricoveri per parto cesareo rispetto al totale di ricoveri per parto negli ospedali pubblici - Anni 2002-2005**



[7] *Si osserva che la quota massima raccomandata dall'OMS già nel 1985 è pari al 15%*

Figura 20: **% di parti cesarei sul totale dei parti nelle regioni italiane - Anno 2003**



Fonte: dati 2003 Ministero della Salute

DRG MEDICI DA UNITA OPERATIVE CHIRURGICHE

La situazione del 2005 relativamente all'indicatore "DRG medici nelle unità operative chirurgiche" che rappresenta un indicatore "proxy" dell'inappropriato ricorso al ricovero in ambiente specialistico, rimane in linea con quella dell'anno precedente.

Tabella 34: **Dimissioni da unità operative chirurgiche* con DRG medico e totale dimissioni da unità operative chirurgiche per istituto di cura provinciale – Anno 2005**

Istituto di cura	*Dimissioni con DRG medico*	*Totale ricoveri nei reparti chirurgici*	*% dimissioni da U.O. chirurgiche con DRG medico*
Ospedale di Bolzano	*5.941*	*13.572*	*43,8*
Ospedale di Merano	*2.931*	*7.557*	*38,8*
Ospedale di Bressanone	*2.742*	*6.581*	*41,7*
Ospedale di Brunico	*2.587*	*5.717*	*45,3*
Ospedale di Silandro	*990*	*1.745*	*56,7*
Ospedale di Vipiteno	*891*	*1.770*	*50,3*
Ospedale di San Candido	*770*	*1.452*	*53,0*
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	***16.852***	***38.394***	***43,9***
Casa di Cura S. Maria	*652*	*1.569*	*41,6*
Casa di Cura Villa S. Anna	*24*	*222*	*10,8*
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-
Infermeria Sarentino	-	-	-
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	***676***	***1.791***	***37,7***
TOTALE ISTITUTI DI CURA	***17.528***	***40.185***	***43,6***

** Chirurgia generale, Chirurgia pediatrica, Chirurgia vascolare e toracica, Neurochirurgia, Oculistica, Odontoiatria e Stomatologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorinolaringoiatria, Ostetricia e Ginecologia e Urologia*

Fonte: aziende sanitarie

Tale indicatore assume un valore pari a 43,6% nel 2005, in aumento e superiore al valore nazionale pari a 38,5% del 2003.

Figura 21: **Quota di dimissioni da unità operative chirurgiche con DRG medico negli ospedali pubblici - Anni 2002-2005**

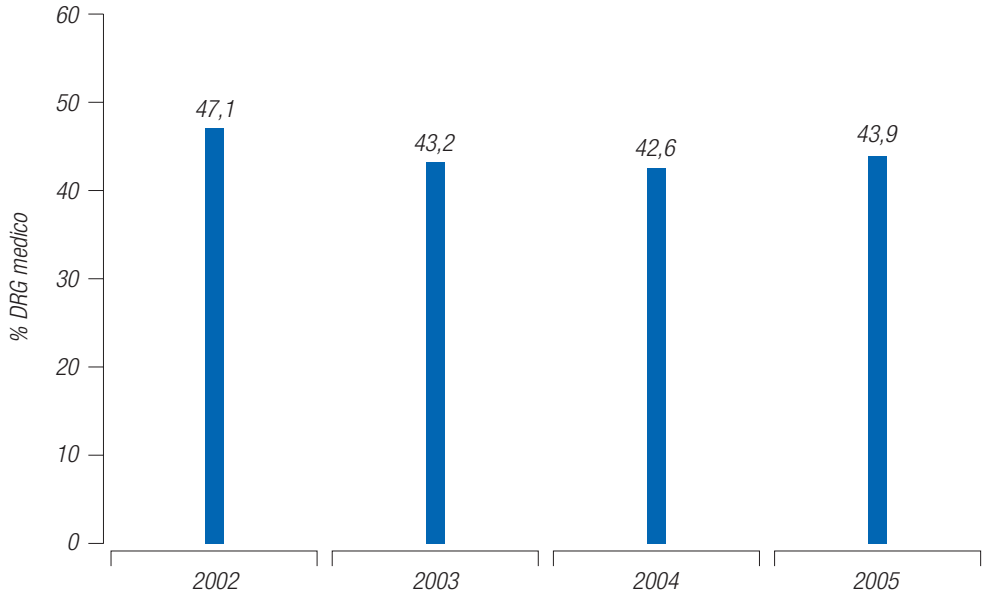
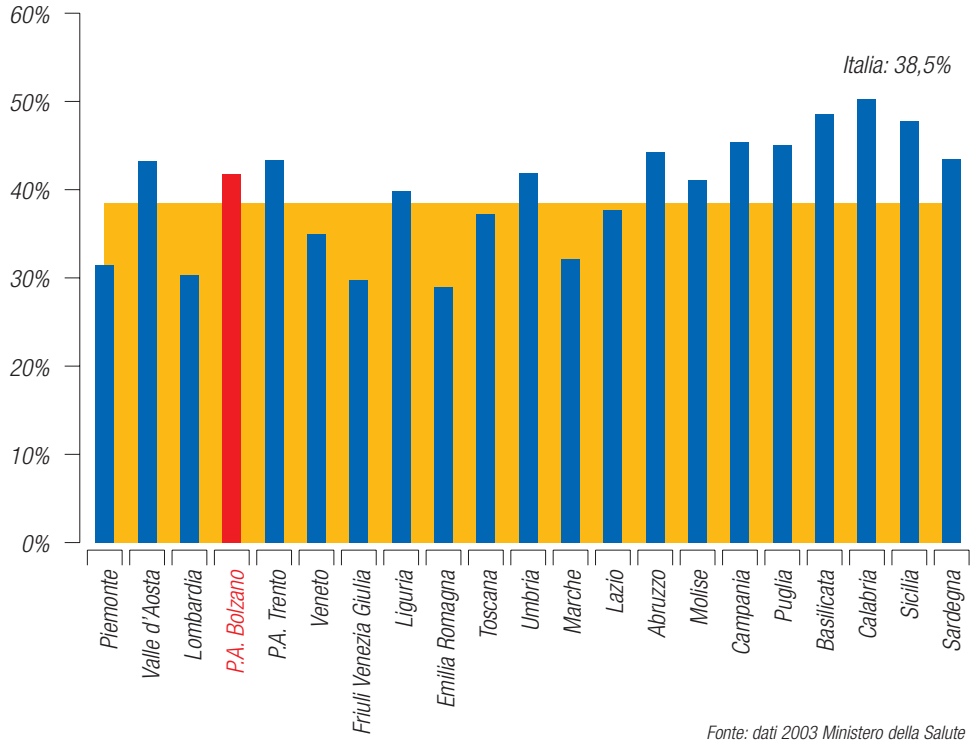


Figura 22: **% di dimessi da u.o. chirurgiche con DRG medico sul totale dimessi in u.o. chirurgiche nelle regione italiane - Anno 2003**



Fonte: dati 2003 Ministero della Salute

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER DIABETE

Nel 2005, il tasso di ospedalizzazione (ricoveri di altoatesini) per diabete nella provincia è stato pari a 145,1 ricoveri per 100mila abitanti. I ricoveri complessivi per diabete, considerando la produzione provinciale, invece, sono stati pari a 151,9 per 100mila abitanti evidenziando un aumento rispetto all'anno precedente e rimanendo sopra alla media nazionale del 2003 (Italia 114,7).

Figura 23: **Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100mila abitanti - Anni 2002-2005**

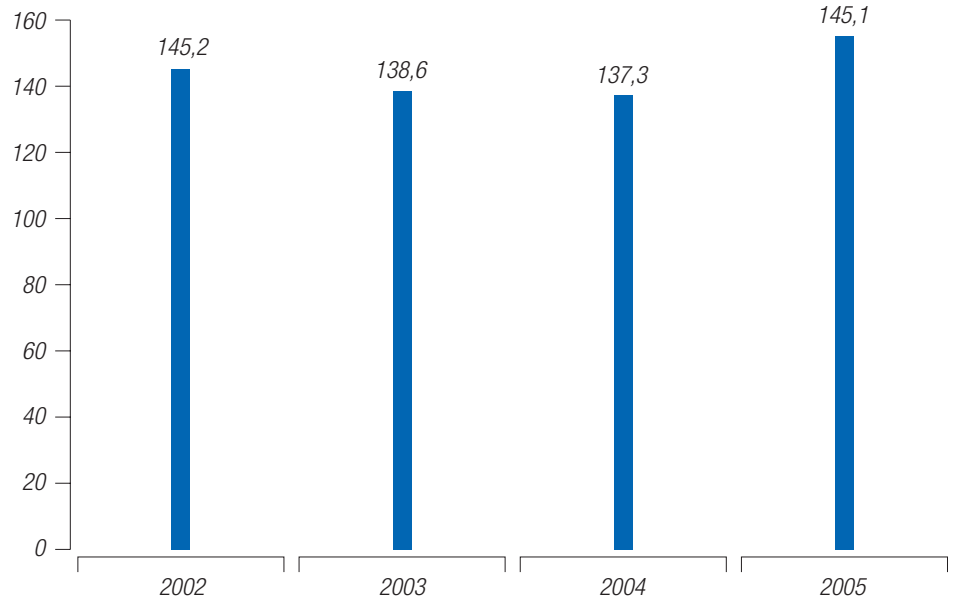
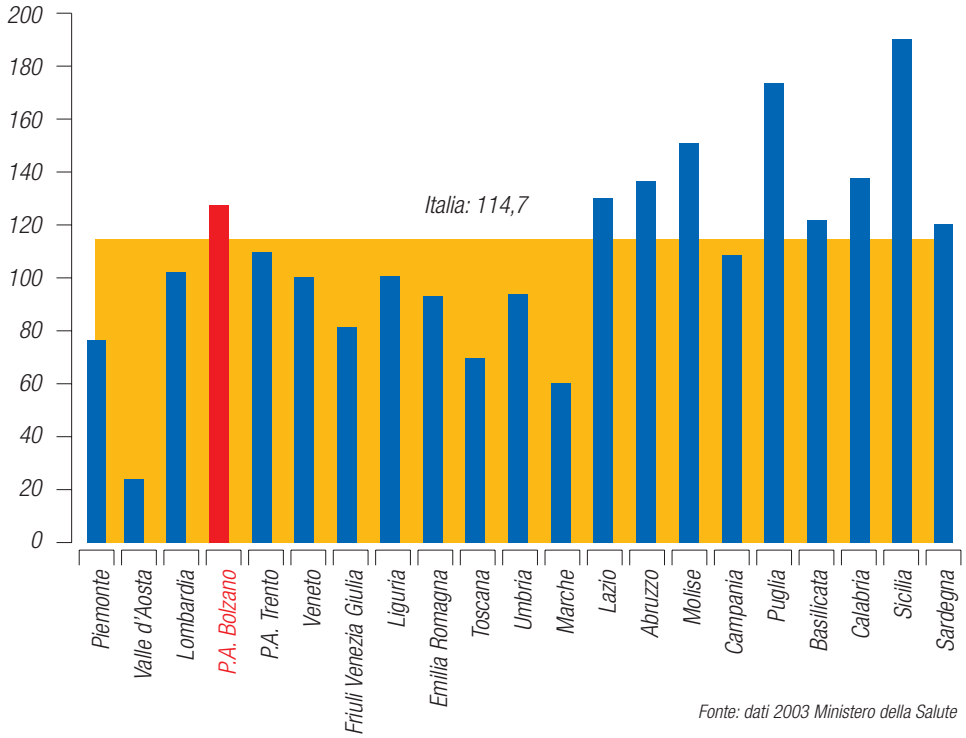


Figura 24: **Ricoveri per diabete per 100mila abitanti nelle regioni italiane - Anno 2003**



Fonte: dati 2003 Ministero della Salute

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER ASMA

Il tasso di ospedalizzazione (ricoveri di altoatesini) per asma, nel 2005, è stato pari a 39,5 ricoveri per 100mila abitanti. Il numero di ricoveri effettuati nelle strutture provinciali per asma, è risultato pari a 45,5 per 100mila abitanti mettendo in evidenza una diminuzione rispetto al 2004 e ponendosi ad un livello leggermente superiore ai valori nazionali del 2003 (Italia 44,7).

Figura 25: **Tasso di ospedalizzazione per asma per 100mila abitanti - Anni 2002-2005**

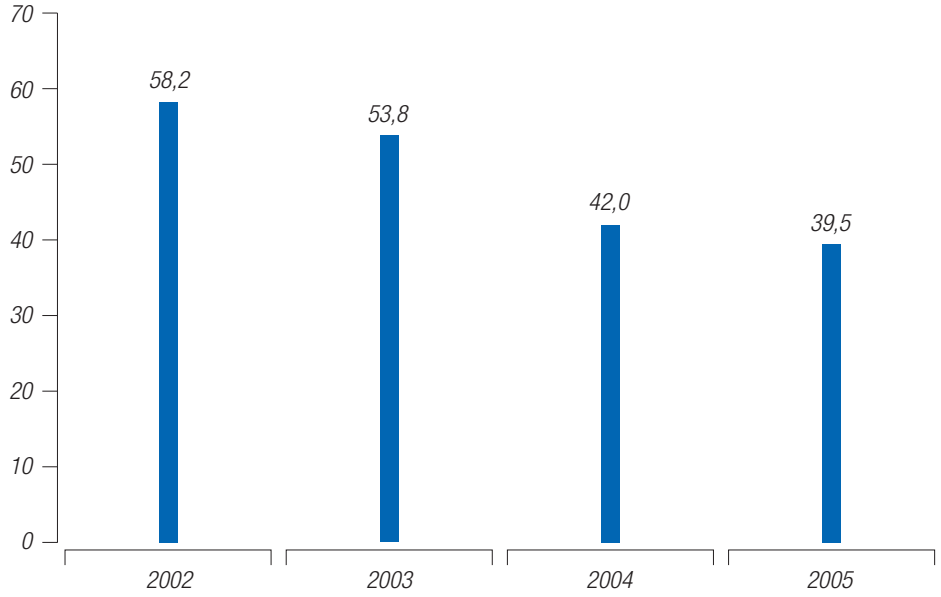
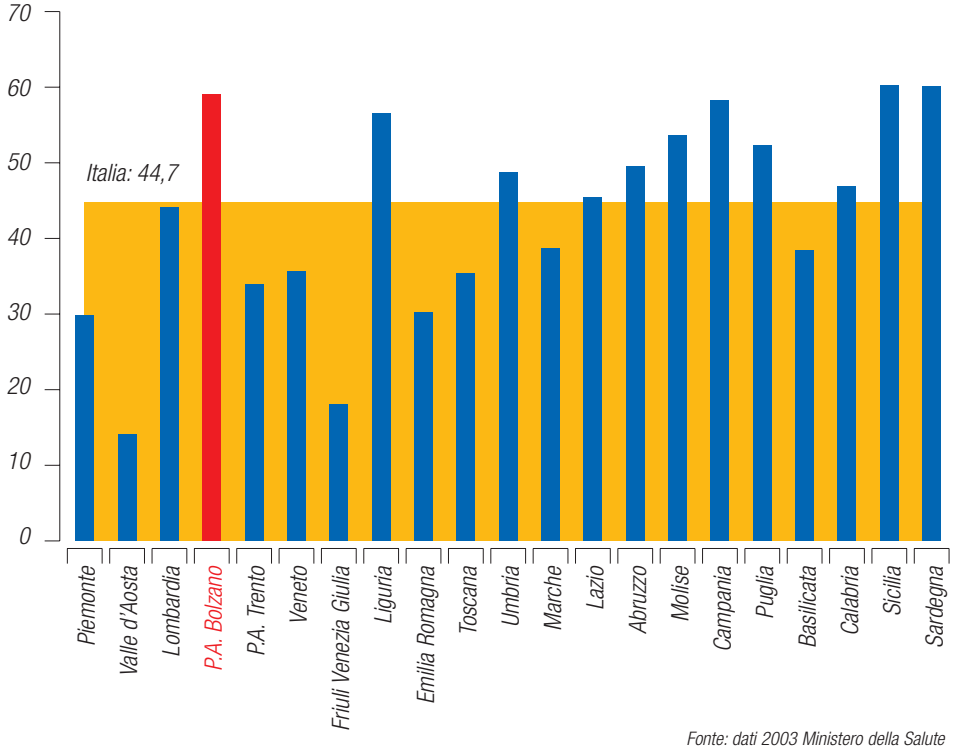


Figura 26: **Ricoveri per asma per 100mila abitanti nelle regioni italiane - Anno 2003**



Fonte: dati 2003 Ministero della Salute

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER SCOMPENSO CARDIACO

Il tasso di ospedalizzazione (ricoveri di altoatesini) per scompenso cardiaco è pari a 281,0 ricoveri per 100mila abitanti. La provincia si pone al di sotto dei livelli nazionali (Italia 314,0 nel 2003) per quanto riguarda i ricoveri effettuati nelle strutture provinciali per scompenso cardiaco per 100mila abitanti per i quali si registra un valore pari a 296,8 nel 2005, in diminuzione rispetto al 2004.

Figura 27: **Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100mila abitanti - Anni 2002-2005**

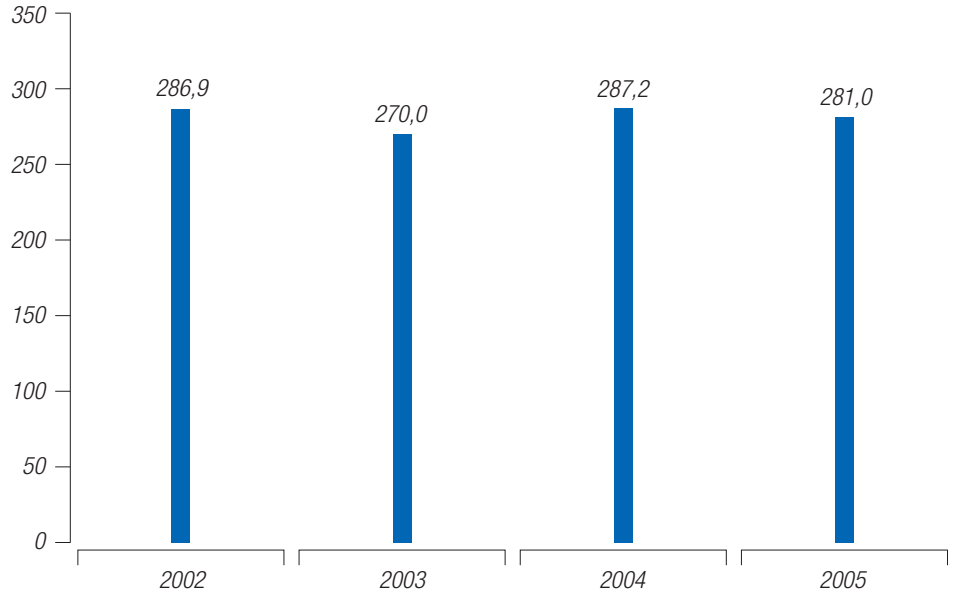
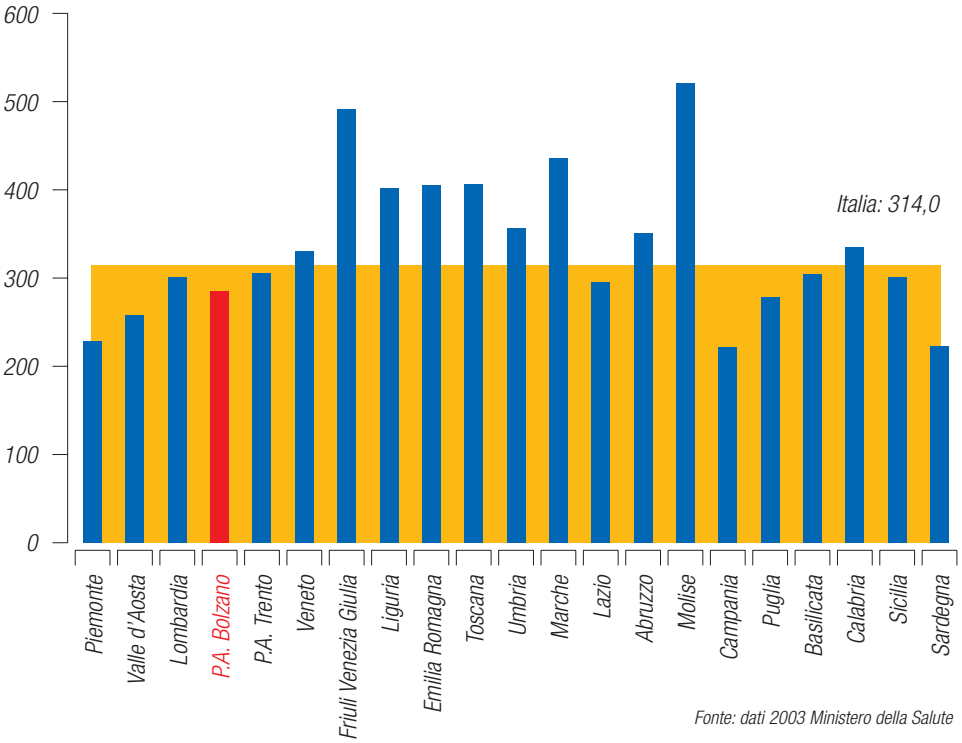


Figura 28: **Ricoveri per scompenso cardiaco per 100mila abitanti nelle regioni italiane – Anno 2003**



Fonte: dati 2003 Ministero della Salute

Nella Provincia Autonoma di Bolzano le prostatectomie associate a diagnosi di iperplasia sono complessivamente 287, di cui 264 (92,0%) effettuate per via transuretrale (turp) evidenziando un uso appropriato della tecnica turp rispetto a quella superata per via laparatomica.

Il tasso di ospedalizzazione di prostatectomia turp, associata a diagnosi di iperplasia, nei maschi di etá superiore a 49 anni, é pari a 346,4 ricoveri per 100.000 abitanti.

Figura 29: **Tasso di ospedalizzazione per prostatectomia turp per iperplasia della prostata (maschi >49 anni) per 100mila abitanti - Anni 2002-2005**

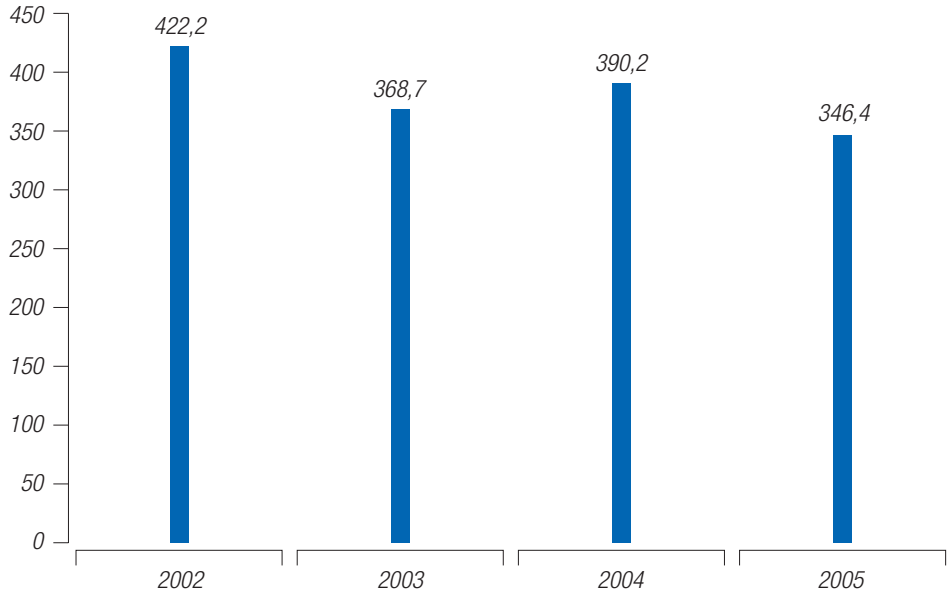
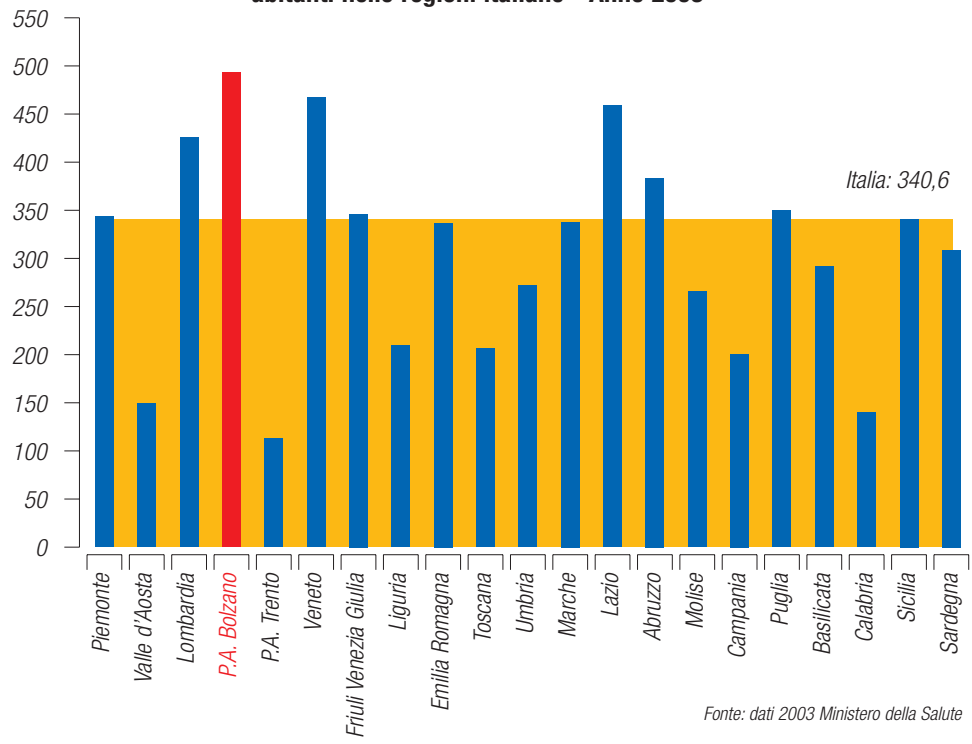


Figura 30: **Tasso di ospedalizzazione per prostatectomia turp (maschi >49 anni) per 100mila abitanti nelle regioni italiane - Anno 2003**



Fonte: dati 2003 Ministero della Salute

Considerando l'intervento di prostatectomia turp, nel complesso delle diagnosi, nella Provincia Autonoma di Bolzano il tasso di ospedalizzazione di prostatectomia turp, nei maschi di etá superiore a 49 anni, é risultato pari a 388,7 ricoveri per 100.000 abitanti, mettendo in evidenza una riduzione rispetto al 2004 e ponendosi ad un livello superiore rispetto al valore nazionale del 2003, pari a 340,6.

TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE: APPENDICECTOMIA, ISTERECTOMIA, TONSILLECTOMIA

Al fine di verificare la limitazione del ricorso ad interventi chirurgici evitabili, con riferimento al 2005, sono stati calcolati: il tasso di ospedalizzazione di appendicectomia che è risultato pari a 149,0 ricoveri per 100mila abitanti (Italia 108,2), il tasso di ospedalizzazione per isterectomia in donne con età superiore a 45 anni, risultato pari a 418,8 ricoveri per 100mila abitanti (Italia 382,4) e il tasso di ospedalizzazione per tonsillectomia in regime ordinario e diurno, risultato pari a 262,7 ricoveri per 100mila abitanti (Italia 134,8).

Si osserva che, rispetto a tali indicatori, nel 2005 la provincia continua ad essere al di sopra del livello nazionale del 2003, in modo particolare per il tasso di ospedalizzazione per appendicectomia e per il tasso di ospedalizzazione per tonsillectomia.

TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER GASTROENTERITE IN ETÀ PEDIATRICA

Il tasso di ospedalizzazione per gastroenterite in età pediatrica (0-13 anni), pari a 329,7 ricoveri per 100mila abitanti nel 2005, risulta diminuito in modo rilevante rispetto al valore assunto nel 2004 (503,1).

Figura 31: **Tasso di ospedalizzazione per appendicectomia per 100mila abitanti - Anni 2002-2005**

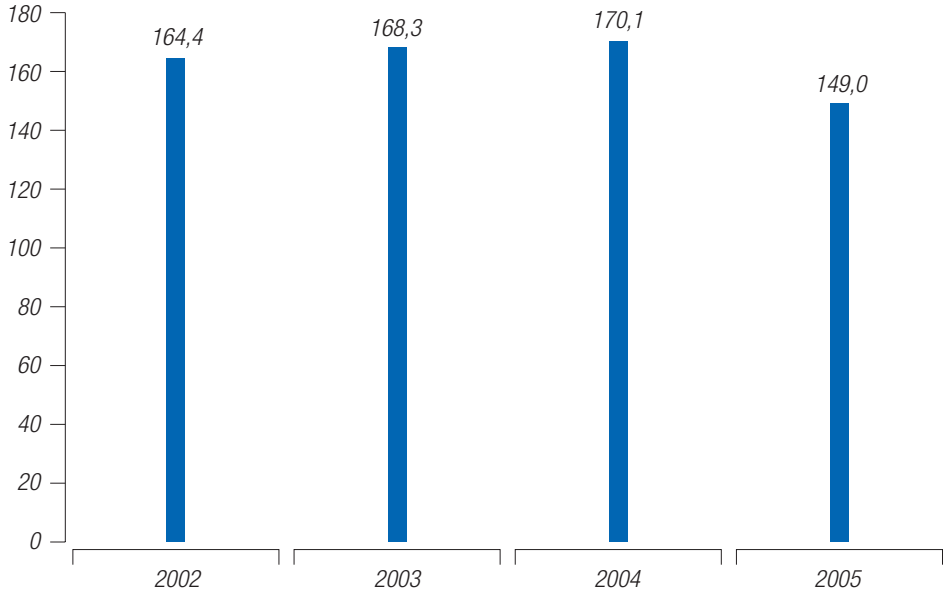
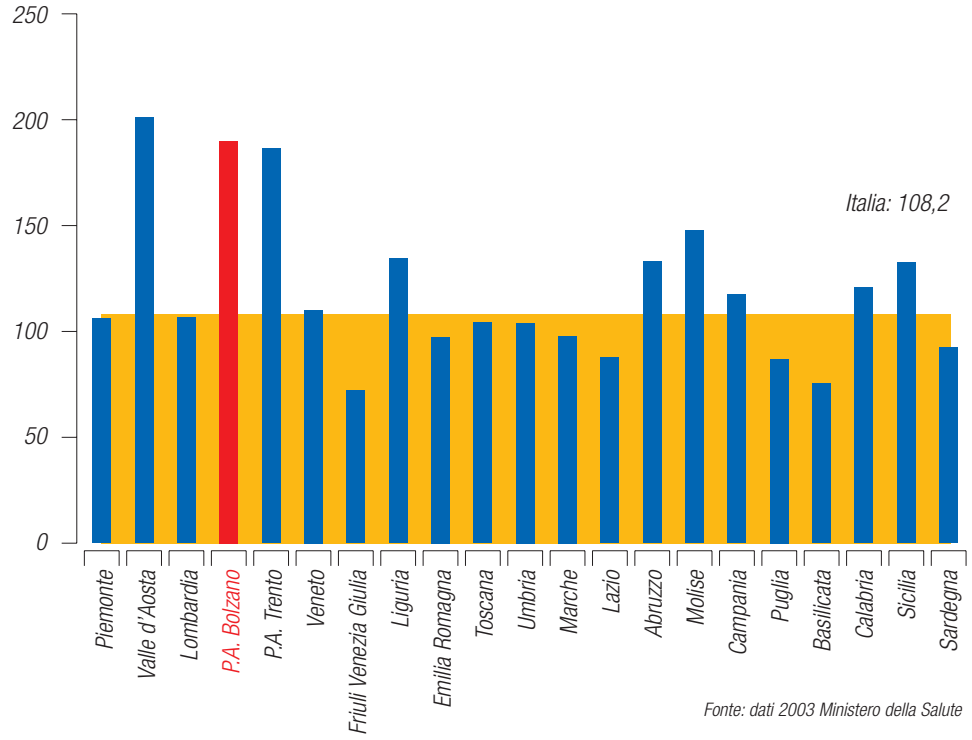


Figura 32: **Tasso di ospedalizzazione per appendicectomia per 100mila abitanti nelle regioni italiane - Anno 2003**



Fonte: dati 2003 Ministero della Salute

Figura 33: **Tasso di ospedalizzazione per isterectomia (femmine >45 anni) per 100mila abitanti - Anni 2002-2005**

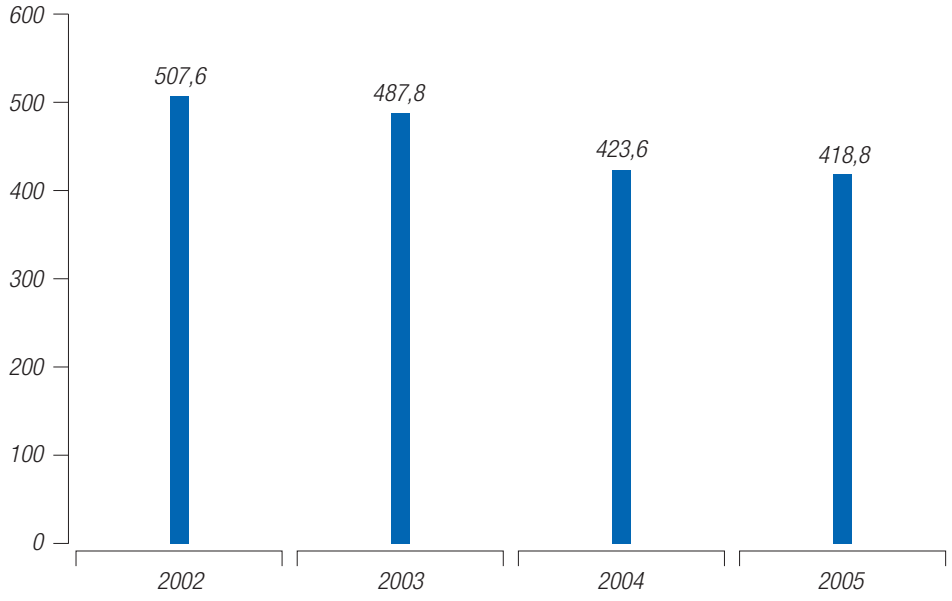
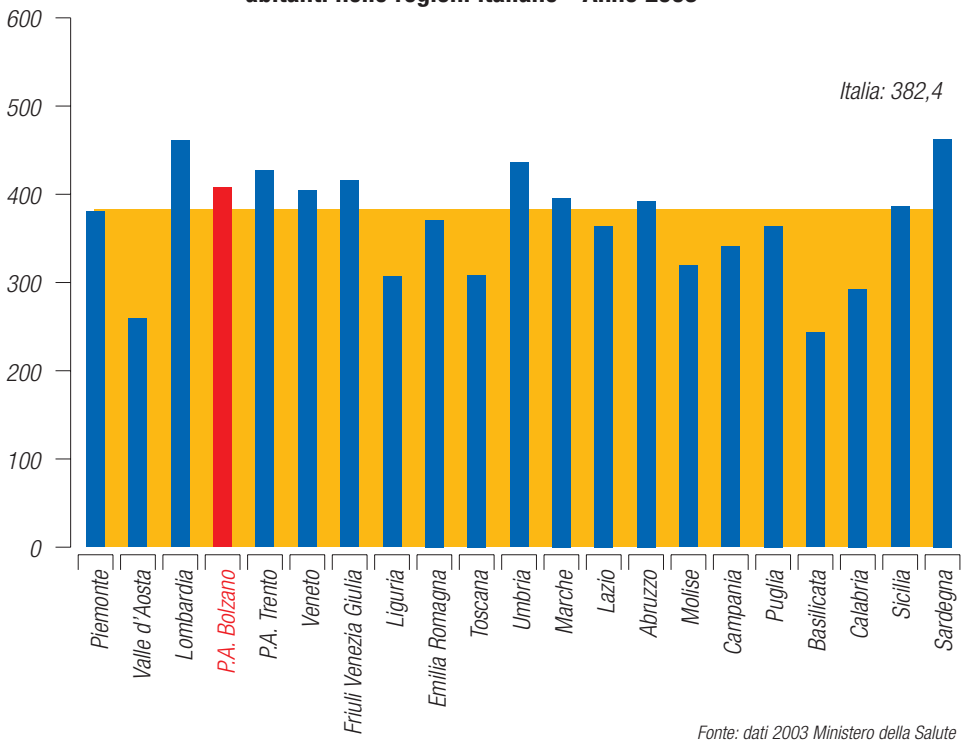


Figura 34: **Tasso di ospedalizzazione per isterectomia (femmine >45 anni) per 100mila abitanti nelle regioni italiane - Anno 2003**



Fonte: dati 2003 Ministero della Salute

Figura 35: **Tasso di ospedalizzazione per tonsillectomia per 100mila abitanti - Anni 2002-2005**

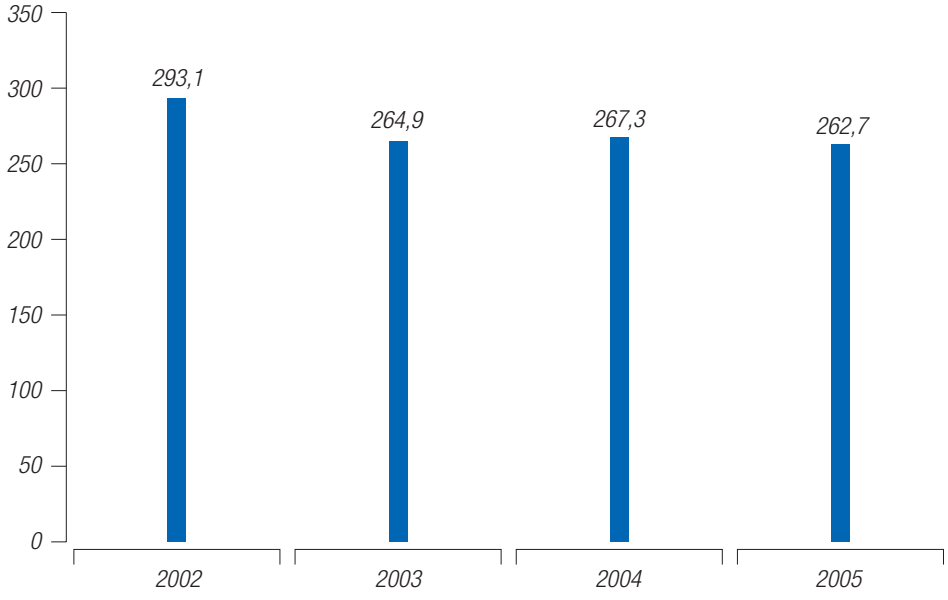
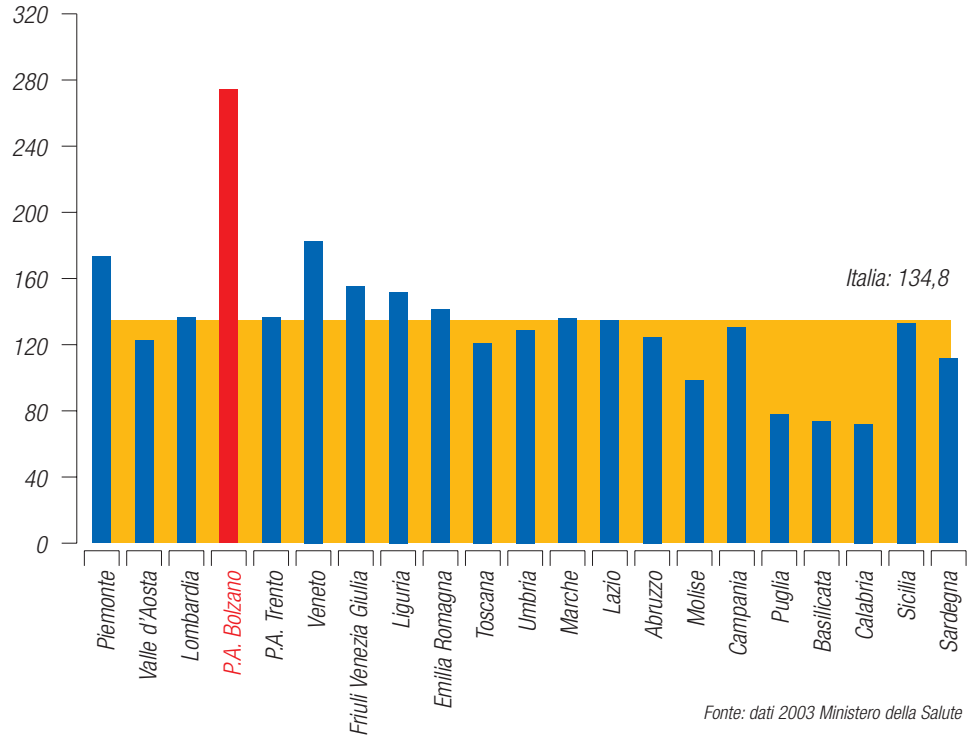


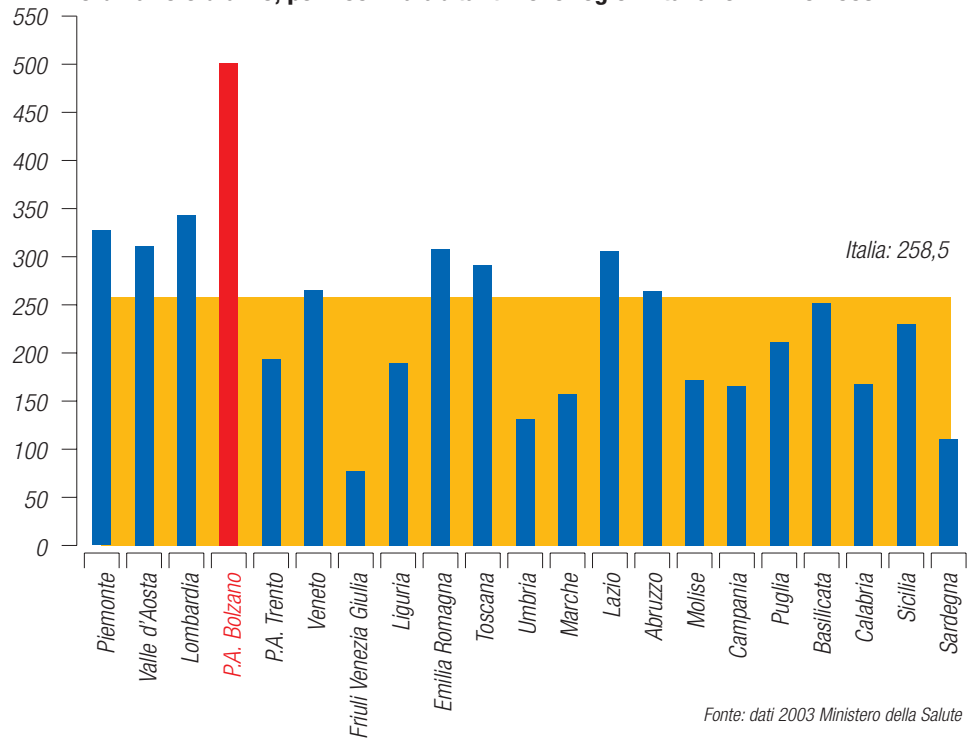
Figura 36: **Tasso di ospedalizzazione per tonsillectomia per 100mila abitanti nelle regioni italiane - Anno 2003**



Fonte: dati 2003 Ministero della Salute

Nel 2005 il tasso di ospedalizzazione per angioplastica coronarica[8] in regime ordinario e diurno, nella popolazione di età superiore o uguale a 65 anni, è pari a 709,7 ricoveri per 100mila abitanti; quest'ultimo indicatore risulta molto elevato per la Provincia di Bolzano rispetto ai valori delle altre regioni italiane (la media nazionale nel 2003 era pari a 258,5).

Figura 37: **Tasso di ospedalizzazione per angioplastica coronarica (>= 65 anni), in regime ordinario e diurno, per 100mila abitanti nelle regioni italiane - Anno 2003**



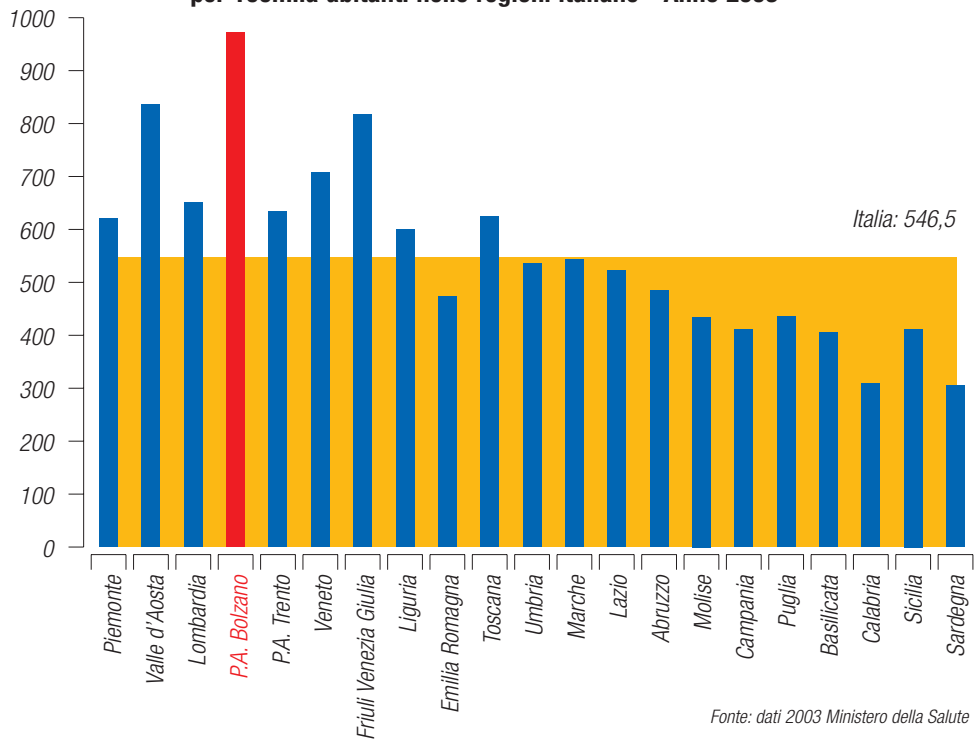
Fonte: dati 2003 Ministero della Salute

[8] *Intervento principale corrispondente al codice ICD9CM 36.XX*

TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTI DI SOSTITUZIONE DELL'ANCA

Anche il tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione dell'anca[9], nella popolazione di età superiore o uguale a 65 anni, pari a 867,4 ricoveri per 100mila abitanti, risulta molto elevato per la Provincia di Bolzano rispetto ai valori delle altre regioni italiane (la media nazionale nel 2003 era pari a 546,5).
La Provincia Autonoma di Bolzano si colloca, quindi, per queste tipologie di interventi chirurgici o procedure diagnostico-terapeutiche frequenti nella popolazione anziana (65 anni ed oltre), in linea con le regioni settentrionali dove si riscontrano generalmente valori più elevati.

Figura 38: **Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione dell'anca (>= 65 anni) per 100mila abitanti nelle regioni italiane - Anno 2003**



Fonte: dati 2003 Ministero della Salute

INTERVENTI SUL CRISTALLINO E LEGATURA E STRIPPING DI VENE

Per quanto riguarda il ricorso al regime diurno rispetto all'ordinario si manifesta, per la Provincia Autonoma di Bolzano, una tendenza positiva relativamernte agli interventi sul cristallino e legatura e stripping di vene. Per tali interventi, per i quali è riconosciuto molto più appropriato il trattamento in regime diurno rispetto a quello in regime ordinario, la percentuale di ricoveri in diurno sul totale degli interventi (ordinari e diurni) è pari a 84,1% per gli interventi sul cristallino e 84,7% per la legatura e stripping di vene. Entrambi i valori risultano superiori ai valori medi nazionali rispettivamente pari a 73,8% e 52,0%.

[9] *Intervento principale corrispondente ai codici ICD9CM 81.51, 81.52, 81.53*

Tabella 35: **Ricoveri ospedale con intervento sul cristallino o intervento di legatura e stripping di vene per istituto di cura provinciale – Anno 2005**

Istituto di cura	Interventi sul cristallino		Legatura e stripping vene	
	N. casi in regime diurno	% su totale interventi	N. casi in regime diurno	% su totale interventi
Ospedale di Bolzano	1.044	94,1	-	-
Ospedale di Merano	617	74,7	125	91,9
Ospedale di Bressanone	-	-	153	93,3
Ospedale di Brunico	972	76,9	163	90,1
Ospedale di Silandro	-	-	175	92,1
Ospedale di Vipiteno	-	-	134	96,4
Ospedale di San Candido	-	-	119	83,2
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	**2.633**	**82,3**	**869**	**84,0**
Casa di Cura S. Maria	405	98,3	169	89,9
Casa di Cura Villa S. Anna	-	-	64	81,0
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-	-
Infermeria Sarentino	-	-	-	-
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	**405**	**98,3**	**233**	**87,3**
TOTALE ISTITUTI DI CURA	**3.038**	**84,1**	**1.102**	**84,7**

Fonte: aziende sanitarie

Figura 39: **% interventi sul cristallino in day hospital - Anni 2002-2005**

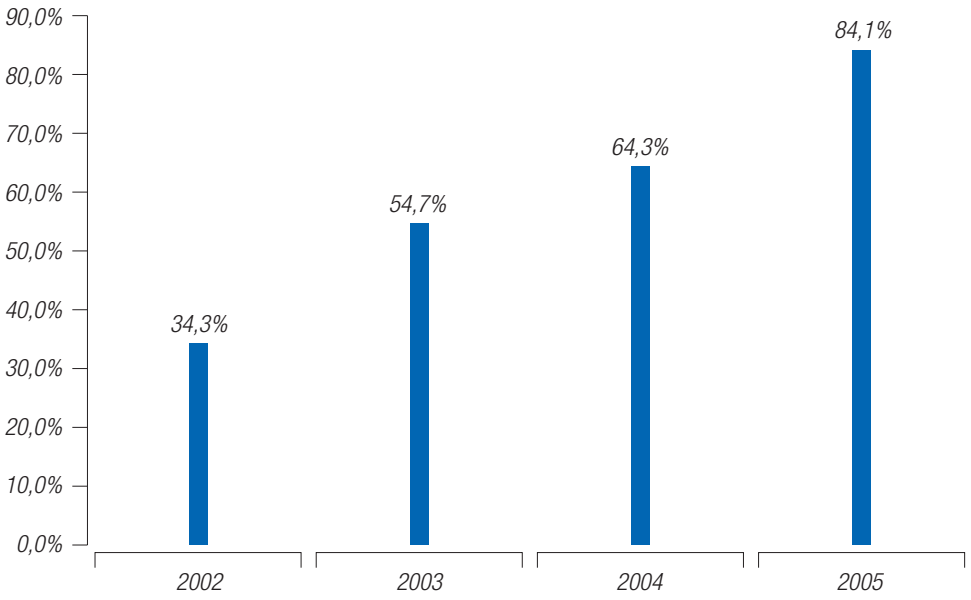
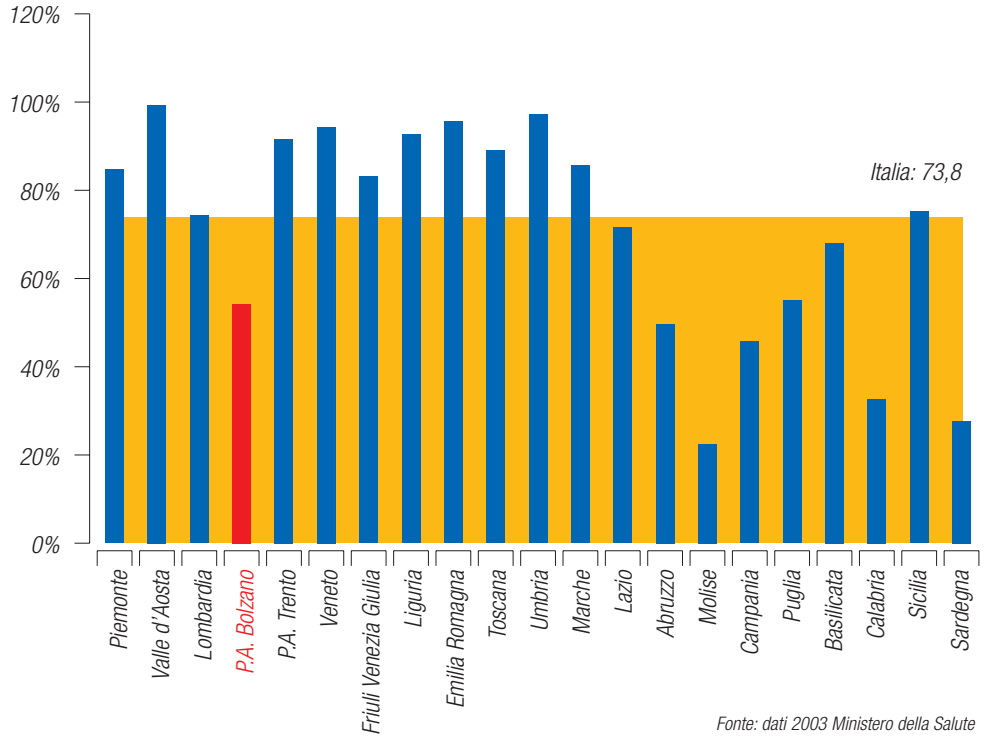


Figura 40: **% interventi sul cristallino in day hospital nelle regioni italiane - Anno 2003**



Fonte: dati 2003 Ministero della Salute

Figura 41: **% interventi di legatura e stripping di vene in day hospital - Anni 2002-2005**

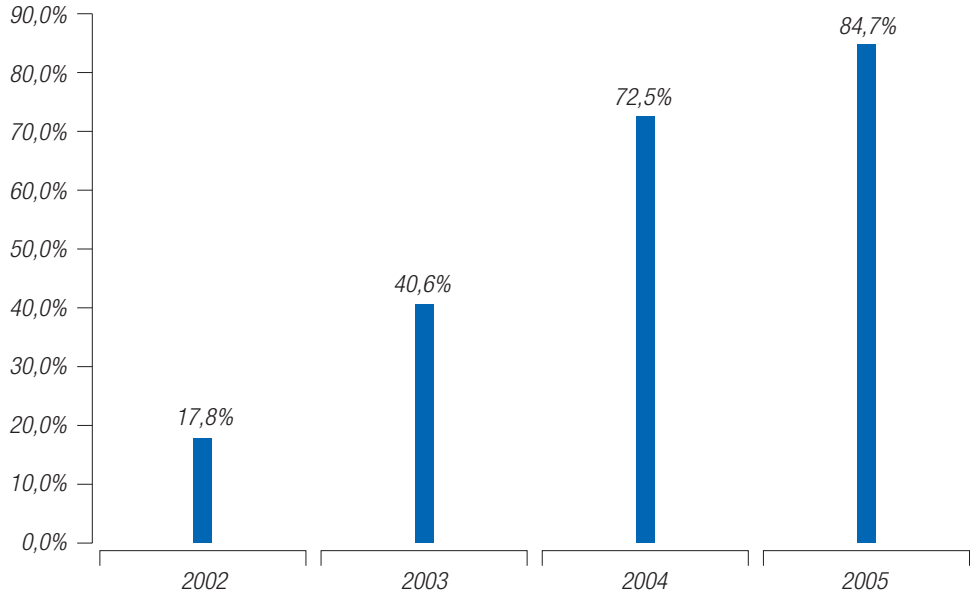
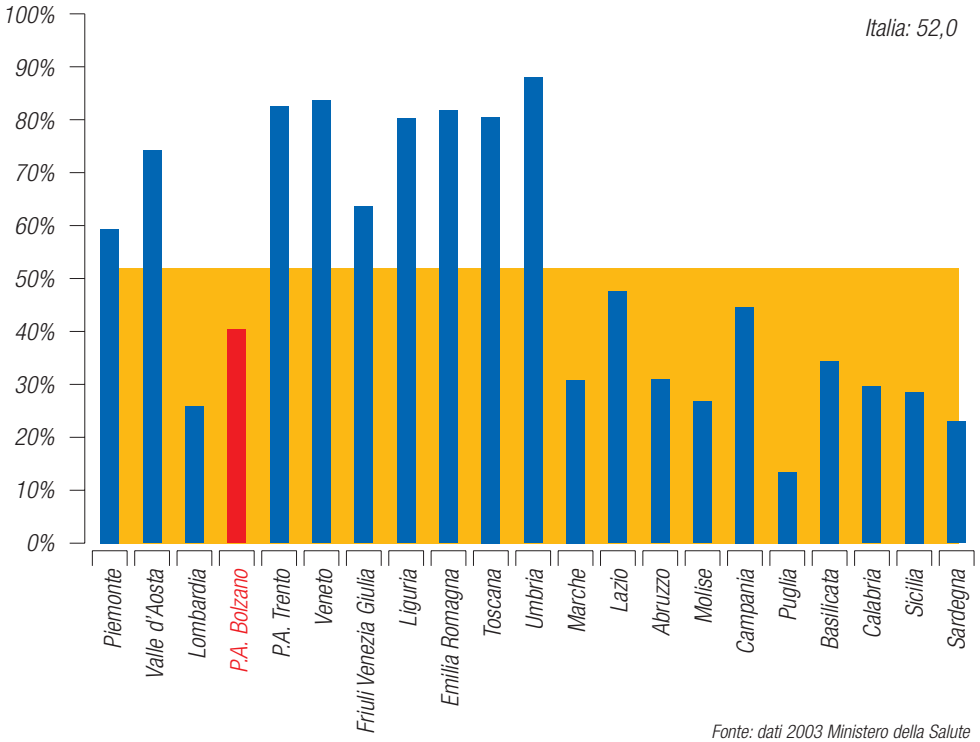


Figura 42: **% interventi di legatura e stripping di vene in day hospital nelle regioni italiane - Anno 2003**



Fonte: dati 2003 Ministero della Salute

I ricoveri ospedale che hanno riguardato pazienti in età pediatrica, ovvero di pazienti di età inferiore ai 14 anni, sono stati complessivamente 8.558, il 99,1% dei quali in ospedali pubblici.

In 947 casi (pari all'11,1% del totale) questi pazienti non sono stati assistiti da unità operative pediatriche (Nido, Pediatria, Chirurgia pediatrica, Terapia intensiva neonatale).

La quota di ricoveri in età pediatrica in unità operative non pediatriche è elevata negli ospedali di Bressanone e Bolzano, mentre è minima negli altri ospedali pubblici provinciali.

Complessivamente il 56,6% dei bambini assistiti da unità operative non pediatriche sono stati ricoverati presso le unità operative di Otorinolaringoiatria e il DRG più frequente è il DRG 060 "Tonsillectomia, età inferiore ai 18 anni" (41,8%).

Tabella 36: **Ricoveri ospedale di pazienti in età pediatrica (inferiore a 14 anni), complessivamente e in unità operative non pediatriche per istituto di cura provinciale – Anno 2005**

Istituto di cura	Ricoveri di pazienti in età pediatrica (< 14 anni) in unità operative non pediatriche	Ricoveri di pazienti in età pediatrica (< 14 anni)
Ospedale di Bolzano	480	2.997
Ospedale di Merano	113	1.970
Ospedale di Bressanone	245	1.101
Ospedale di Brunico	27	1.329
Ospedale di Silandro	17	501
Ospedale di Vipiteno	7	279
Ospedale di San Candido	3	315
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	**892**	**8.492**
Casa di Cura S. Maria	38	49
Casa di Cura Villa S. Anna	17	17
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-
Infermeria Sarentino	-	-
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	**55**	**66**
TOTALE ISTITUTI DI CURA	**947**	**8.558**

Fonte: aziende sanitarie

DECESSI IN OSPEDALE

I pazienti deceduti in ospedale sono stati complessivamente 1.696 (pari al 2,2% del totale dei ricoveri ospedale) e in 1.522 casi (pari all'89,7% dei deceduti) il decesso è avvenuto entro 30 giorni dalla data del ricovero.

La quota di deceduti entro 30 giorni dal ricovero è abbastanza costante tra i diversi ospedali pubblici, ed assume il valore più basso presso l'Ospedale di Bolzano (87,9% dei deceduti) e quello più alto presso l'Ospedale di Bressanone (95,8%).

Tabella 37: **Ricoveri ospedale con decesso del paziente, complessivamente ed entro 30 giorni dal ricovero per istituto di cura provinciale – Anno 2005**

Istituto di cura	Decessi	Decessi entro 30 giorni dal ricovero	% di decessi entro 30 giorni sul totale dei decessi
Ospedale di Bolzano	901	792	87,9
Ospedale di Merano	280	251	89,6
Ospedale di Bressanone	119	114	95,8
Ospedale di Brunico	175	156	89,1
Ospedale di Silandro	60	55	91,7
Ospedale di Vipiteno	36	34	94,4
Ospedale di San Candido	51	48	94,1
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	**1.622**	**1.450**	**89,4**
Casa di Cura S. Maria	38	38	100,0
Casa di Cura Villa S. Anna	19	18	94,7
Casa di Cura Fonte S. Martino	2	2	100,0
Infermeria Sarentino	15	14	93,3
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	**74**	**72**	**97,3**
TOTALE ISTITUTI DI CURA	**1.696**	**1.522**	**89,7**

Fonte: aziende sanitarie

INFARTO MIOCARDICO ACUTO

I ricoveri ospedale per infarto miocardico acuto sono stati complessivamente 924, ed in 112 casi (pari al 12,1%) si è verificato il decesso del paziente; per 45 pazienti il decesso è avvenuto entro due giorni dalla data di ricovero. I decessi per infarto miocardico acuto rappresentano il 6,6% dei decessi in ospedale.

Tabella 38: **Decessi per infarto miocardico acuto complessivi ed entro 2 giorni dal ricovero e ricoveri ospedale per infarto per istituto di cura provinciale – Anno 2005**

Istituto di cura	Decessi complessivi per infarto	Decessi per infarto entro 2 giorni dal ricovero	Ricoveri ospedale complessivi per infarto
Ospedale di Bolzano	74	30	500
Ospedale di Merano	23	7	169
Ospedale di Bressanone	3	-	90
Ospedale di Brunico	5	4	81
Ospedale di Silandro	4	2	44
Ospedale di Vipiteno	-	-	17
Ospedale di San Candido	1	1	17
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	**110**	**44**	**918**
Casa di Cura S. Maria	2	1	6
Casa di Cura Villa S. Anna	-	-	-
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-
Infermeria Sarentino	-	-	-
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	**2**	**1**	**6**
TOTALE ISTITUTI DI CURA	**112**	**45**	**924**

Fonte: aziende sanitarie

COLECISTECTOMIA

I ricoveri ospedale per colecistectomia sono stati complessivamente 724, ed in 575 casi (pari al 79,4%) è stata effettuata una colecistectomia per via laparoscopica.

Tabella 39: **Percentuale di colecistectomie* per via laparoscopica sul totale delle colecistectomie per istituto di cura provinciale – Anno 2005**

Istituto di cura	Colecistectomie per via laparoscopica	% colecistectomie per via laparoscopica sul totale
Ospedale di Bolzano	175	65,3
Ospedale di Merano	92	80,7
Ospedale di Bressanone	81	84,4
Ospedale di Brunico	89	90,8
Ospedale di Silandro	50	96,2
Ospedale di Vipiteno	40	97,6
Ospedale di San Candido	26	89,7
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	**553**	**79,2**
Casa di Cura S. Maria	13	76,5
Casa di Cura Villa S. Anna	9	100,0
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-
Infermeria Sarentino	-	-
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	**22**	**84,6**
TOTALE ISTITUTI DI CURA	**575**	**79,4**

** Almeno un codice di intervento ICD9CM 51.21, 51.22, 51.23, 51.24 negli spazi riservati agli interventi/procedure; gli ultimi due codici si riferiscono alle colecistectomie per via laparoscopica*

Fonte: aziende sanitarie

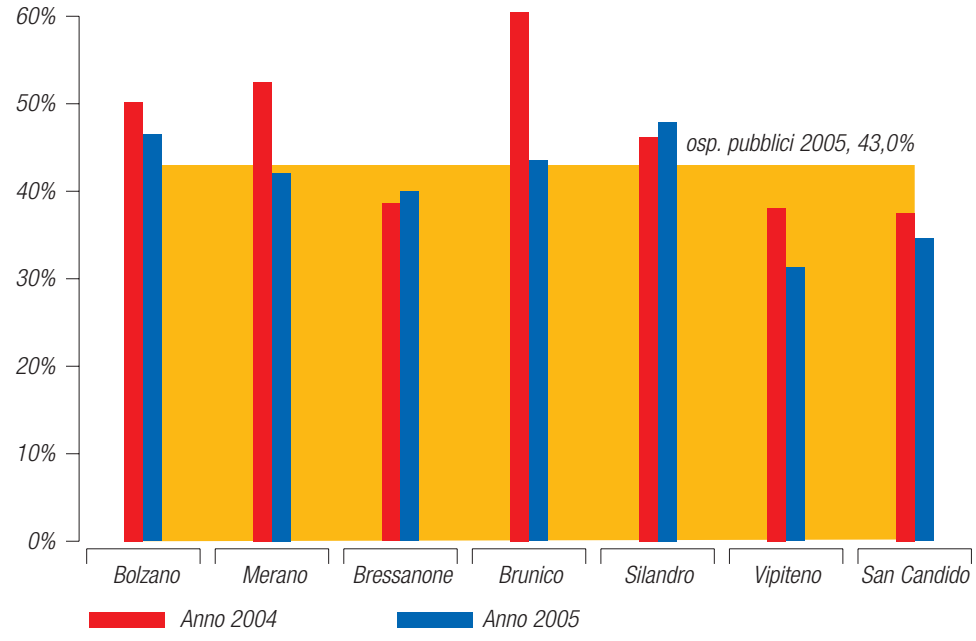
DRGs A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA

Su indicazione ministeriale (d.P.C.M. 29/11/01) l'eventuale inappropriatezza organizzativa nel trattare i casi clinici viene monitorata mediante l'individuazione di "aree a rischio" rappresentate principalmente da 43 DRGs per i quali si ritiene che il ricorso al ricovero sia da considerarsi "potenzialmente inappropriato". Si tratta di ricoveri per i quali il problema clinico potrebbe essere trattato con la stessa efficacia ad un livello di assistenza meno intensivo con un conseguente minor impegno di risorse.

Risulta, pertanto, importante che la provincia effettui un costante monitoraggio dei ricoveri "a rischio" verificando che la quota vada progressivamente diminuendo, fino ad attestarsi su valori compatibili con la presenza di condizioni eccezionali che li giustificano. Va tenuto presente, infatti, che non per tutti i ricoveri classificati nei DRGs "a rischio" sarà possibile attuare forme diverse di assistenza per tutti i ricoveri.

Il miglioramento di efficienza, a parità di efficacia, deve essere perseguito nel trattamento della casistica a gravità minima di durata maggiore di 1 giorno. Quote di ricoveri ordinari con durata della degenza maggiore di 1 giorno potranno essere "tollerate" in relazione alla particolare gravità delle condizioni cliniche e al livello di autosufficienza o a fattori sociali quali condizioni familiari e supporto di caregivers, nonchè in relazione a situazioni logistiche (distanza della struttura assistenziale di ricovero dal domicilio del paziente).
A tal riguardo la Provincia Autonoma di Bolzano con la deliberazione della G.P. n. 4434 del 09/12/2003, ha definito le soglie di ammissibilità per l'erogazione in regime di ricovero ordinario nelle strutture di ricovero pubbliche e private dei 43 DRGs a rischio di inappropriatezza secondo l'Allegato 2C del d.P.C.M. n. 26 del 29/11/2001.
I dati riportati di seguito costituiscono, quindi, il risultato dell'analisi sulle "aree a rischio di inappropriatezza" con selezione della casistica secondo i criteri del d.P.C.M. 29/11/01 e hanno lo scopo di segnalare le zone di maggiore criticità in relazione alle soglie provinciali e anche alla situazione nel resto d'Italia. Tale analisi ha l'obiettivo di promuovere all'interno di ogni azienda sanitaria la valutazione della performance in termini di appropriatezza utile a contenere il ricorso e l'erogazione di prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nell'utilizzazione delle risorse, come prescritto dal d.P.C.M. sui livelli assistenziali, incentivando lo sviluppo di modelli organizzativi assistenziali efficaci ed efficienti.
Complessivamente nel 2005, i ricoveri di residenti in regime ordinario e in day hospital appartenenti ai 43 DRGs considerati "area a rischio" sono stati 17.481 e rappresentano il 16,9% dei ricoveri ospedale totali. Di questi il 57,4% è stato trattato in regime diurno.

Figura 43: **Percentuale di ricoveri ospedale in regime ordinario di residenti attribuiti a DRGs a "rischio di inappropriatezza" negli ospedali pubblici - Anni 2004-2005**



Quote elevate di ricoveri "a rischio di inappropriatezza" di residenti trattati in regime ordinario negli ospedali pubblici sono state registrate per l'Ospedale di Silandro (47,9%) e per l'Ospedale di Bolzano (46,5%), mentre il valore più basso è stato riscontrato per l'Ospedale di Vipiteno (31,3%). Nel complesso delle aziende sanitarie, la percentuale di

ricoveri attribuiti ai 43 DRGs a “rischio” è molto elevata nell’Azienda Sanitaria di Bolzano (46,5%), mentre è bassa nell’Azienda Sanitaria di Bressanone (37,0%).
Nell’interpretazione dei risultati bisognerebbe tener conto anche della quota parte di attività erogata a livello ambulatoriale, soprattutto per alcuni DRGs quali ad esempio “Decompressione del tunnel carpale”, “Legatura e stripping di vene”, “Interventi sul cristallino”, dati attualmente non disponibili.
Il tasso di ospedalizzazione calcolato relativamente ai ricoveri negli ospedali pubblici rispetto ai 43 DRGs "a rischio" è stato nel complesso nel 2005 pari a 324,0, inferiore rispetto al valore di 352,3 del 2004; valori più alti rispetto alla media provinciale si osservano per l'Azienda Sanitaria di Brunico e per l'Azienda Sanitaria di Bressanone, azienda quest’ultima che presenta comunque una notevole diminuzione dell’indicatore rispetto all’anno 2003 (-62,2%).
A livello provinciale il valore della percentuale dei ricoveri ordinari oltre le soglie di ammissibilità è risultata pari nel 2005 a 9,6%. In modo particolare si osserva che l’Ospedale di Silandro ha registrato un valore elevato pari al 22,1%. Tuttavia, in vista anche della introduzione di nuove soglie provinciali, anche gli ospedali di Merano, Bressanone, Brunico e Vipiteno dovranno attivarsi per ridurre le quote di ricoveri effettuate in regime ordinario attribuiti ai 43 DRGs. Tali ospedali, infatti, presentavano un superamento delle soglie di ammissibilità per circa il 10% dei ricoveri ordinari.
In riferimento ai ricoveri di residenti in regime ordinario e in day hospital appartenenti ai 43 DRGs considerati “area a rischio”, è possibile consultare i dati relativi ai singoli istituti di cura provinciali nel CD Rom allegato alla presente pubblicazione.

Figura 44: **Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri per 10mila residenti attribuiti a DRGs a „rischio di inappropriatezza“ negli ospedali pubblici - Anni 2004-2005**

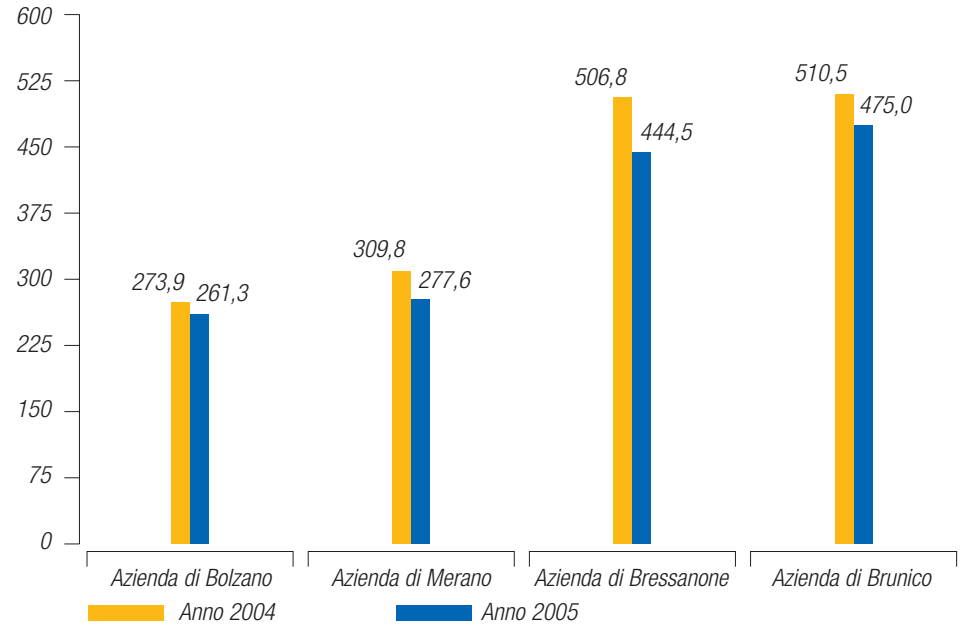


Tabella 40: **Ricoveri di residenti relativi a DRGs a "rischio" di inappropriatezza negli ospedali pubblici della Provincia Autonoma di Bolzano – Anno 2005**

Istituti di cura	Regime ordinario	Regime diurno	% ricoveri ordinari	% ricoveri oltre soglia sul totale ordinari	var. della % ricoveri oltre soglia rispetto 2004
Ospedale di Bolzano	2.603	2.997	46,5	5,0	-2,1
Ospedale di Merano	1.162	1.599	42,1	12,4	2,7
Ospedale di Bressanone	801	1.201	40,0	11,4	0,3
Ospedale di Brunico	1.286	1.672	43,5	11,9	-0,9
Ospedale di Silandro	344	374	47,9	22,1	3,9
Ospedale di Vipiteno	331	725	31,3	10,9	1,7
Ospedale di San Candido	171	323	34,6	8,8	0,4
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	**6.698**	**8.891**	**43,0**	**9,6**	**-0,4**

Fonte: aziende sanitarie

Si presenta, infine, un altro indicatore calcolabile dai dati contenuti nella SDO, costituito dalla quota parte dei DRG atipici (DRG 468 "Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale", DRG 476 "Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale" e DRG 477 "Intervento chirurgico non esteso, non correlato con la diagnosi principale") e anomali (DRG 469 "Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione" e DRG 470 "Non attribuibile ad altro DRG") sul totale dei ricoveri che, sebbene fornisca indicazioni più sulla qualità delle informazioni che sulla qualità delle prestazioni, rappresenta comunque un valore che deve essere monitorato.
I ricoveri classificati in DRGs atipici e DRGs anomali sono pari complessivamente a poco più dello 0,17% (177 casi) dei ricoveri ordinari e diurni negli istituti di cura provinciali, valore più basso rispetto a quello nazionale del 2003 (Italia 0,29).

Tabella 41: **DRGs atipici e anomali (regime ordinario e diurno) per istituto di cura provinciale – Anno 2005**

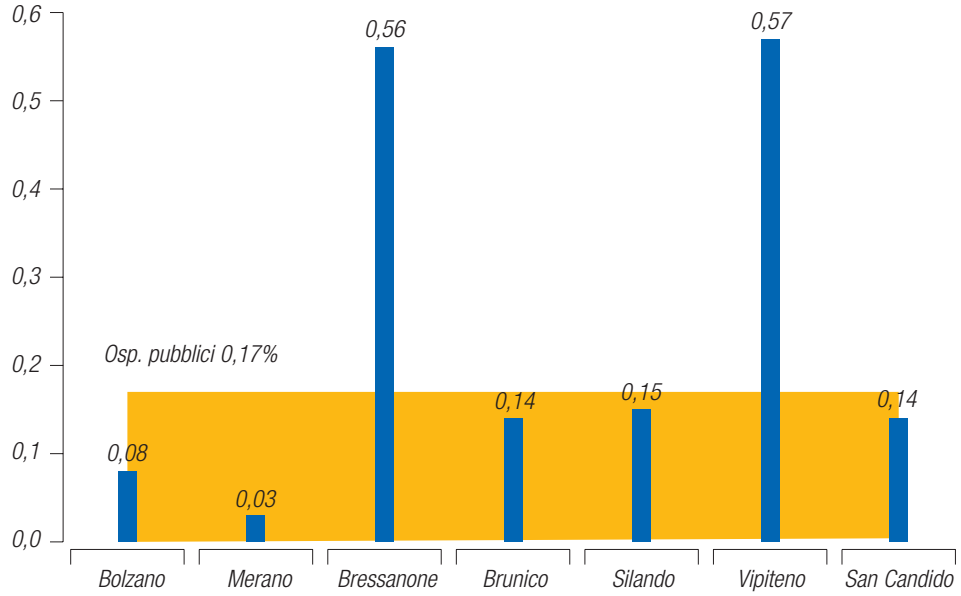
Istituti di cura	DRGS atipici (DRGs 468, 476, 477)		DRGs anomali (DRGs 469, 470)	
	ricoveri	% ricoveri	ricoveri	% ricoveri
Ospedale di Bolzano	30*	0,08	-	-
Ospedale di Merano	5	0,03	-	-
Ospedale di Bressanone	71	0,53	3	0,02
Ospedale di Brunico	16	0,11	5	0,03
Ospedale di Silandro	8	0,15	-	-
Ospedale di Vipiteno	20	0,44	6	0,13
Ospedale di San Candido	5	0,14	-	-
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	**155**	**0,16**	**14**	**0,01**
Casa di Cura S. Maria	8	0,20	-	-
Casa di Cura Villa S. Anna	-	-	-	-
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-	-
Infermeria Sarentino	-	-	-	-
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	**8**	**0,14**	**-**	**-**
TOTALE ISTITUTI DI CURA	**163**	**0,16**	**14**	**0,01**

** 23 casi con DRG 468 dell'Ospedale di Bolzano sono stati corretti dopo la chiusura amministrativa dell'archivio provinciale; considerando tale correzione la percentuale del DRG 468 nell'Ospedale di Bolzano risulterebbe pari a 0,02%*

Fonte: aziende sanitarie

Quote relativamente più elevate, comunque contenute nei valori assoluti, di DRGs atipici e anomali rispetto al totale dei ricoveri ordinari e diurni si registrano a nell'Ospedale di Bressanone e nell'Ospedale di Vipiteno.

Figura 45: **Quota di ricoveri con DRGs atipici (DRG 468, 476, 477) e DRGs anomali (DRG 469, 470) negli ospedali pubblici - Anno 2005**



3.2.6. Mobilità ospedaliera

I dati sull'assistenza ospedaliera per acuti in strutture extra provinciali qui riportati fanno riferimento ai ricoveri di residenti nel resto d'Italia, rispetto ai quali viene effettuata la compensazione della mobilità interregionale, ed ai ricoveri in strutture convenzionate austriache. Sia per la mobilità interregionale che per l'Austria viene illustrata la situazione dell'anno 2005.

3.2.6.1. Ricoveri per acuti in strutture nazionali

RICOVERI IN STRUTTURE NAZIONALI

Nell'anno 2005 i ricoveri acuti, in regime ordinario e diurno, effettuati da altoatesini in strutture nazionali extra provinciali sono stati 4.402 (20 ricoveri in più rispetto al 2004). In particolare, i ricoveri in regime ordinario sono stati 3.225 (6,7 ogni 1.000 abitanti), per un consumo complessivo di 21.565 giornate di degenza e una degenza media pari a 6,7 giorni. I ricoveri in regime diurno sono stati 1.177, per un numero di accessi pari a 2.079. Presso i reparti riabilitativi (codice reparto 56.00), sono stati, inoltre, effettuati altri 271 ricoveri e 48 ricoveri presso i reparti di Lungodegenza (codice reparto 60.00).

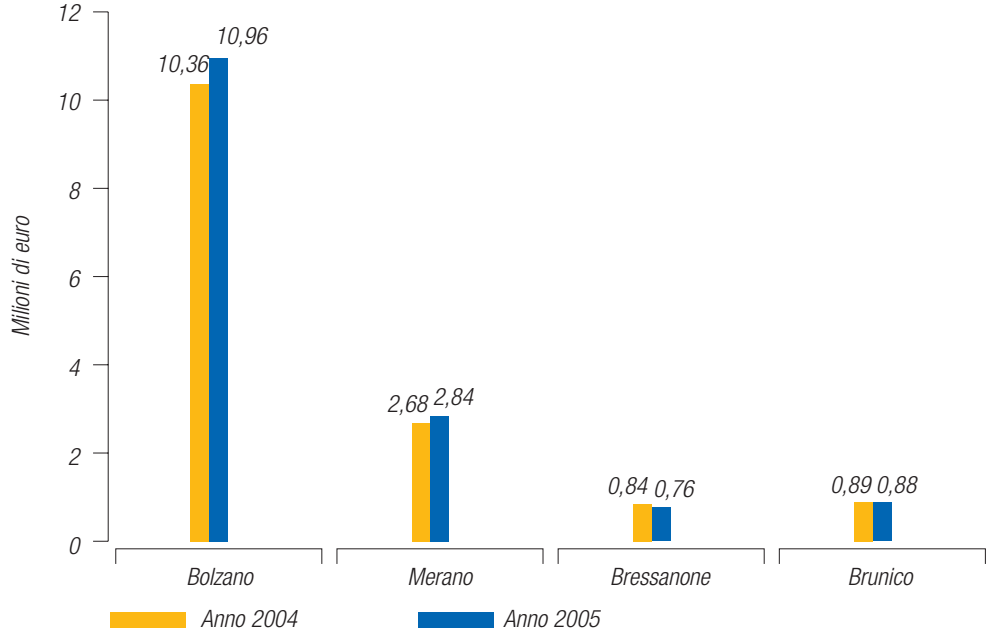
Tabella 42: **Ricoveri, giornate di degenza, degenza media, tariffa media (Euro) e importo totale (Euro) per regime di ricovero nelle strutture nazionali extraprovinciali per azienda sanitaria di residenza – Anno 2005**

Azienda sanitaria di residenza	Ricoveri	Giornate di degenza	Degenza media/ Accessi medi	Tariffa media (Euro)	Importo totale (Euro)
			Regime ordinario		
Bolzano	2.279	14.685	6,4	4.254,47	9.695.943,09
Merano	592	4.296	7,3	4.527,69	2.680.394,58
Bressanone	163	1.161	7,1	4.302,97	701.383,51
Brunico	191	1.423	7,5	4.136,11	789.997,69
TOTALE IN REGIME ORDINARIO	**3.225**	**21.565**	**6,7**	**4.300,07**	**13.867.718,87**
			Regime diurno		
Bolzano	922	1.575	1,7	1.370,73	1.263.814.93
Merano	128	256	2,0	1.262,92	161.654,05
Bressanone	58	102	1,8	1.071,65	62.155,88
Brunico	69	146	2,1	1.374,74	94.857,13
TOTALE IN REGIME DIURNO	**1.177**	**2.079**	**1,8**	**1.344,50**	**1.582.481,99**
TOTALE RICOVERI STRUTTURE NAZIONALI	**4.402**	**23.644**		**3.509,81**	**15.450.200,86**

Fonte: PAB – ufficio Economia Sanitaria

L'azienda sanitaria di provenienza del paziente è stata nel 72,7% dei casi quella di Bolzano e nel 16,4% quella di Merano. Più limitato è stato il ricorso a strutture nazionali dei pazienti delle altre due aziende sanitarie: 5,0% per Bressanone e 5,9% per Brunico.
Nel 2005, l'importo complessivo per ricoveri, in regime ordinario e diurno, in altre regioni italiane è stato pari a 15,450 milioni di Euro, il 70,9% dei quali per residenti nell'Azienda Sanitaria di Bolzano, il 18,4% per residenti nell'Azienda Sanitaria di Merano, il 4,9% per quella di Bressanone ed il 5,7% per quella di Brunico.

Figura 46: **Importo totale (milioni di Euro) per ricoveri (ordinari e diurni) di altoatesini in strutture nazionali per azienda sanitaria di residenza - Anni 2004-2005**



Il Veneto (35,8%) e la Provincia Autonoma di Trento (28,5%) sono le destinazioni più frequenti. Rispetto all'anno 2004, si è verificato un aumento dei ricoveri in regime ordinario (99 ricoveri), in particolare per le strutture di destinazione della Lombardia, del Veneto e dell'Emilia Romagna. C'è stata, invece, una riduzione dei ricoveri in regime diurno (79 ricoveri), in particolare per le strutture di destinazione della Provincia Autonoma di Trento, dell'Emilia Romagna e della Sicilia.

Tabella 43: **Ricoveri in regime ordinario e diurno di residenti in Provincia di Bolzano effettuati in istituti di cura del resto d'Italia per regione di ricovero – Anno 2005**

Regioni di ricovero	Regime ordinario		Regime diurno		Totale	
	Numero dimissioni	Variazione ricoveri 2004	Numero dimissioni	Variazione ricoveri 2004	Numero dimissioni	Percentuale
Veneto	1.265	58	313	34	1.578	35,8
P.A. Trento	735	-7	518	-72	1.253	28,5
Lombardia	426	69	98	-7	524	11,9
Emilia Romagna	307	46	97	-30	404	9,2
Lazio	82	1	17	-5	99	2,2
Toscana	64	-18	25	9	89	2,0
Friuli Venezia Giulia	48	-18	22	8	70	1,6
Puglia	64	7	6	-5	70	1,6
Calabria	37	2	10	1	47	1,1
Campania	36	-8	7	-	43	1,0
Liguria	20	4	18	-	38	0,9
Sicilia	23	-7	11	-10	34	0,8
Piemonte	23	-17	8	-9	31	0,7
Marche	22	-1	7	1	29	0,7
Sardegna	25	-11	4	2	29	0,7
Abruzzo	25	-4	3	-	28	0,6
Umbria	11	-3	4	2	15	0,3
Ospedale Bambin Gesù	5	4	6	1	11	0,2
Basilicata	4	2	2	2	6	0,1
Molise	3	1	1	1	4	0,1
Valle d'Aosta	-	-1	-	-	-	-
TOTALE	**3.225**	**99**	**1.177**	**-79**	**4.402**	**100,0**

Fonte: PAB – ufficio Economia Sanitaria

Tabella 44: **Ricoveri in regime ordinario di residenti in Provincia di Bolzano effettuati in istituti di cura del resto d'Italia per MDC e relativo importo (Euro) – Anno 2005**

MDC	Descrizione MDC	N. ricoveri	%	Importo totale (Euro)
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	724	22,4	2.679.117,17
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	526	16,3	4.216.521,89
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	201	6,2	871.714,60
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	182	5,6	453.557,59
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	175	5,4	533.438,93
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	173	5,4	869.471,62
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	168	5,2	725.960,28
14	Gravidanza, parto e puerperio	135	4,2	221.692,18
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	122	3,8	308.907,67
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	100	3,1	235.127,03
19	Malattie e disturbi mentali	97	3,0	239.997,19
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	92	2,9	376.118,82
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	90	2,8	250.351,87
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	90	2,8	256.846,80
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	81	2,5	203.523,30
2	Malattie e disturbi dell'occhio	69	2,1	147.333,04
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	47	1,5	186.274,26
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai Servizi sanitari	40	1,2	58.710,02
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	30	0,9	86.057,97
-	Altri DRGs	27	0,8	703.484,02
18	Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	20	0,6	64.882,82
20	Abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	14	0,4	18.336,70
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	10	0,3	36.130,08
22	Ustioni	5	0,2	50.020,24
24	Traumatismi multipli rilevanti	4	0,1	48.960,54
25	Infezioni da H.I.V.	3	0,1	25.182,24
TOTALE RICOVERI ORDINARI		**3.225**	**100,0**	**13.867.718,87**

Fonte: PAB - Ufficio Economia Sanitaria

Il motivo principale per il quale i residenti della Provincia Autonoma di Bolzano si rivolgono presso strutture presenti nel resto d'Italia per i ricoveri ordinari è rappresentato da malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo (22,4%) e da malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (16,3%).

In particolare si osserva che il 3,1% dei pazienti viene dimesso con DRG 209 "Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori", il 2,9% con il DRG 222 "Interventi sul ginocchio, senza cc" e il 2,4% con DRG 215 "Interventi su dorso e collo, senza cc".

Tabella 45: **Ricoveri in regime ordinario di residenti in Provincia di Bolzano effettuati in istituti di cura del resto d'Italia per DRG più frequente e relativo importo (Euro) – Anno 2005**

DRG	Descrizione DRG	N. ricoveri	% cumulata	Importo totale (Euro)
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	100	3,1	901.102,51
222	Interventi sul ginocchio, senza cc	93	6,0	200.160,77
215	Interventi su dorso e collo, senza cc	79	8,4	326.794,74
107	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco	70	10,6	1.082.166,35
231	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore	66	12,7	155.347,44
408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	63	14,6	366.399,42
105	Interventi sulle valvole cardiache senza cateterismo cardiaco	62	16,5	1.163.428,64
112	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea	62	18,4	417.185,61
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	59	20,3	82.122,14
391	Neonato normale	56	22,0	29.457,28
63	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	46	23,4	163.205,80
430	Psicosi	45	24,8	106.448,95
409	Radioterapia	43	26,2	264.199,29
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	37	27,3	70.126,78
225	Interventi sul piede	35	28,4	76.085,26
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	35	29,5	88.850,67
127	Insufficienza cardiaca e shock	33	30,5	97.704,44
1	Craniotomia età > 17, eccetto per traumatismo	31	31,5	313.626,77
139	Aritmia e alterazione della conduzione cardiaca, senza cc	31	32,4	48.586,97
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni, senza cc	30	33,4	58.483,52
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 senza cc	28	34,2	80.246,75
428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	28	35,1	80.874,71
243	Affezioni mediche del dorso	26	35,9	27.457,79
75	Interventi maggiori sul torace	25	36,7	280.630,76
241	Malattie del tessuto connettivo, senza cc	25	37,5	74.027,86
36	Interventi sulla retina	24	38,2	66.020,78
371	Parto cesareo senza cc	24	38,9	61.277,81
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 senza cc	23	39,7	24.736,98
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	22	40,3	40.676,61
119	Legatura e stripping di vene	22	41,0	34.248,24
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	22	41,7	42.795,21
260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne, senza cc	21	42,4	53.817,75
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	21	43,0	18.663,54
203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	20	43,6	64.841,50
223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore, con cc	20	44,2	46.990,88
227	Interventi sui tessuti molli, senza cc	20	44,9	37.840,18
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite, senza cc	20	45,5	59.321,41
297	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 senza cc	20	46,1	50.060,87
169	Interventi sulla bocca, senza cc	19	46,7	46.753,65
261	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	19	47,3	34.552,40
14	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	18	47,8	67.818,26
88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	18	48,4	42.865,48
108	Altri interventi sul sistema cardiovascolare	18	49,0	303.850,21
158	Interventi su ano e stoma, senza cc	18	49,5	25.307,90
234	Altri interventi su sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo, senza cc	18	50,1	58.426,43
TOTALE RICOVERI ORDINARI		**3.225**		**13.867.718,87**

Fonte: PAB – ufficio Economia Sanitaria

RICOVERI BREVI DI 2 O 3 GIORNI

In 1.062 ricoveri ordinari di altoatesini fuori provincia, effettuati nel 2005, la durata della degenza è risultata di 2 o 3 giorni (ad esclusione dei ricoveri nei reparti di Riabilitazione, Lungodegenza e Psichiatria), pari al 32,9% dei ricoveri ordinari per acuti effettuati in strutture nazionali fuori provincia. I ricoveri brevi con modalità di dimissione a domicilio del paziente sono stati 1.007, quelli con un'altra modalità di dimissione 55.
Il 39,8% dei ricoveri brevi con dimissione a domicilio sono stati effettuati in istituti di cura del Veneto, il 23,7% in istituti di cura della Provincia Autonoma di Trento.

Tabella 46: **Ricoveri in regime ordinario di 2 o 3 giorni di residenti in Provincia di Bolzano effettuati in istituti di cura del resto d'Italia per regione di ricovero e modalità di dimissione – Anno 2005**

Regione di ricovero	*Dimissioni a domicilio del paziente*	*Altra modalitá di dimissione*	*Totale*
Veneto	*401*	*13*	*414*
P.A. Trento	*239*	*16*	*255*
Lombardia	*131*	*7*	*138*
Emilia Romagna	*94*	*3*	*97*
Lazio	*25*	*3*	*28*
Toscana	*21*	*2*	*23*
Puglia	*16*	*1*	*17*
Calabria	*16*	*1*	*17*
Abruzzo	*10*	*3*	*13*
Campania	*9*	*2*	*11*
Sicilia	*9*	*-*	*9*
Friuli Venezia Giulia	*8*	*-*	*8*
Liguria	*8*	*-*	*8*
Marche	*7*	*-*	*7*
Piemonte	*6*	*-*	*6*
Sardegna	*1*	*3*	*4*
Umbria	*2*	*1*	*3*
Ospedale Bambin Gesù	*3*	*-*	*3*
Molise	*1*	*-*	*1*
Valle d'Aosta	*-*	*-*	*-*
TOTALE RICOVERI ORDINARI BREVI	***1.007***	***55***	***1.062***

Fonte: PAB - Ufficio Economia Sanitaria

I ricoveri con DRG medico di durata 2 o 3 giorni con dimissione a domicilio effettuati da residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano negli istituti di cura del resto d'Italia sono pari a 425. Il DRG più frequente è rappresentato dal DRG 373 "Parto vaginale senza diagnosi complicanti" che raccoglie 36 ricoveri, seguito dal DRG 410 "Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta" con 23 ricoveri.
Nel 2005, l'importo complessivo dei ricoveri di 2 o 3 giorni con dimissione a domicilio e DRG medico effettuati da residenti nel resto d'Italia è stato di 957.421,45 Euro.

Tabella 47: **Ricoveri in regime ordinario di 2 o 3 giorni con DRG medico e modalità di dimissione a domicilio di residenti in Provincia di Bolzano effettuati in istituti di cura del resto d'Italia per DRG più frequente e relativo importo (Euro) – Anno 2005**

DRG	Descrizione DRG più frequenti	N. ricoveri	%	Importo totale (Euro)
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	36	8,5	49.755,22
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	23	13,9	43.663,58
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	17	17,9	33.350,50
241	Malattie del tessuto connettivo, senza cc	16	21,6	47.826,30
139	Aritmia e alterazione della conduzione cardiaca, senza cc	15	25,2	27.980,87
297	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 senza cc	14	28,5	35.640,36
138	Aritmia e alterazione della conduzione cardiaca, con cc	9	30,6	31.091,21
243	Affezioni mediche del dorso	9	32,7	14.033,30
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	9	34,8	9.490,60
98	Bronchite e asma, età < 18	8	36,7	11.435,89
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	7	38,4	8.545,15
409	Radioterapia	7	40,0	24.492,55
492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	7	41,6	50.038,66
14	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	6	43,1	23.174,14
236	Fratture dell'anca e della pelvi	6	44,5	25.536,20
379	Minaccia di aborto	6	45,9	12.284,75
15	Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	5	47,1	13.329,22
35	Altre malattie del sistema nervoso, senza cc	5	48,2	11.960,85
70	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18	5	49,4	6.666,88
74	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18	5	50,6	6.845,96
TOTALE RICOVERI ORDINARI BREVI		**425**	**100,0**	**957.421,45**

Fonte: PAB - Ufficio Economia Sanitaria

3.2.6.2. Ricoveri per acuti in Austria

RICOVERI IN AUSTRIA

Ai fini di assicurare una completa assistenza ai residenti in provincia, nel rispetto delle loro caratteristiche etnico linguistiche, la Provincia Autonoma di Bolzano è convenzionata con cliniche universitarie e strutture sanitarie pubbliche o private austriache per i servizi sanitari ospedalieri per acuti e post-acuti che non possono essere garantiti dal servizio locale. Le strutture convenzionate che erogano assistenza ospedaliera per acuti sono:

a) Clinica universitaria di Innsbruck, per tutti gli interventi diagnostici e terapeutici in casi clinici che, per il loro alto contenuto scientifico tecnologico e/o per la loro complessità, richiedano la competenza di una struttura universitaria. Nei casi in cui la Clinica universitaria di Innsbruck non è in grado di fornire prestazioni di altissima specializzazione, è autorizzata a trasferire i pazienti nelle strutture universitarie situate a Vienna e Graz. In questi casi le spese di trasporto e le rette di degenza sono a carico dell'amministrazione provinciale, che provvede al pagamento diretto;
b) Istituti di cura regionali di Salisburgo, per trattamenti di forme morbose renali, per interventi cardiochirurgici e per interventi di palatoschisi;
c) "Landeskrankenhaus Natters", per cure tisiopneumologiche;
d) "Magistrat der stadt Wien – AKH", per la cura dei pazienti più gravi trasferiti dalla Clinica universitaria di Innsbruck.

Si precisa che i dati riportati in questo paragrafo devono essere interpretati con cautela in quanto i risultati risentono della qualità del dato trasmesso dalle strutture austriache e della conseguente correttezza/completezza della banca dati provinciale.
Nel corso dell'anno 2005 i ricoveri di pazienti altoatesini presso strutture convenzionate in Austria sono stati complessivamente 2.347, con un consumo di 19.400 giornate di degenza.
Distinguendo per tipologia di ricovero, i ricoveri in regime ordinario di altoatesini in strutture austriache sono stati 2.285, con un consumo complessivo di giornate di degenza pari a 19.170, per una degenza media di 8,4 giorni e un importo medio di 5.605,50 Euro. I cicli di ricovero, invece, sono stati 62; il consumo complessivo di giornate è stato di 230 giorni, con un numero medio di accessi di 3,7 giorni e un importo medio di 2.620,34 Euro.

Tabella 48: **Ricoveri ordinari e cicli di ricovero, giornate di degenza, degenza media, numero medio di accessi, importo totale (Euro) e tariffa media (Euro) in strutture austriache per acuti da parte di residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano – Anno 2005**

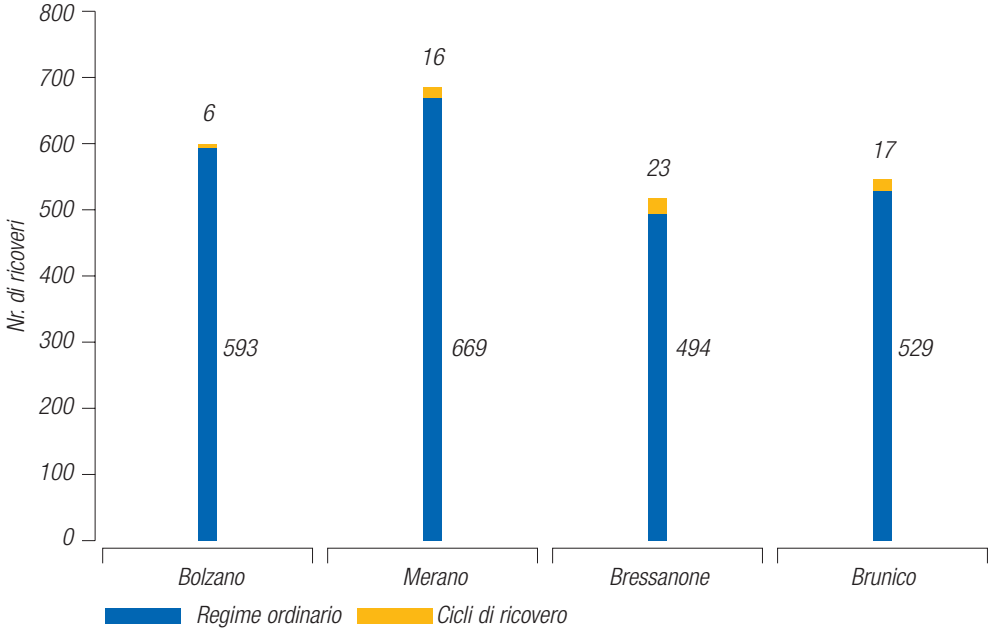
Strutture	*Ricoveri*	*Pazienti*	*Giornate di degenza*	*Degenza media/ Accessi medi*	*Importo totale (Euro)*	*Tariffa media (Euro)*
	Regime ordinario					
Universitätsklinik Innsbruck	*2.192*	*1.377*	*18.594*	*8,5*	*12.581.638,50*	*5.739,80*
Landeskrankenhaus Natters	*77*	*34*	*405*	*5,3*	*127.350,00*	*1.653,90*
Landeskrankenanstalten Salzburg	*16*	*12*	*171*	*10,7*	*99.574,80*	*6.223,43*
TOTALE RICOVERI ORDINARI	***2.285***	***1.423***	***19.170***	***8,4***	***12.808.563,30***	***5.605,50***
	Cicli di ricoveri di 1 giorno					
Universitätsklinik Innsbruck	*54*	*54*	*208*	*3,9*	*153.691,00*	*2.846,13*
Landeskrankenhaus Natters	*8*	*8*	*22*	*2,8*	*8.770,00*	*1.096,25*
TOTALE CICLI DI RICOVERO	***62***	***62***	***230***	***3,7***	***162.461,00***	***2.620,34***
TOTALE RICOVERI IN STRUTTURE AUSTRIACHE	***2.347***	***1.485***	***19.400***		***12.971.024,30***	***5.526,64***

Fonte: aziende sanitarie

AZIENDA SANITARIA DI PROVENIENZA

L'azienda sanitaria di assistenza dei pazienti che si ricoverano in Austria è nel 29,3% dei casi quella di Merano; seguono Bolzano (26,0%), Bressanone (21,6%) e Brunico (23,2%). Considerando il complesso dei ricoveri di residenti altoatesini, il ricorso alle strutture austriache è avvenuto per il 2,4% del totale dei ricoveri: per il 3,9% dei ricoveri a Bressanone, per il 3,5% a Brunico, per il 2,7% a Merano e per l'1,3% a Bolzano.

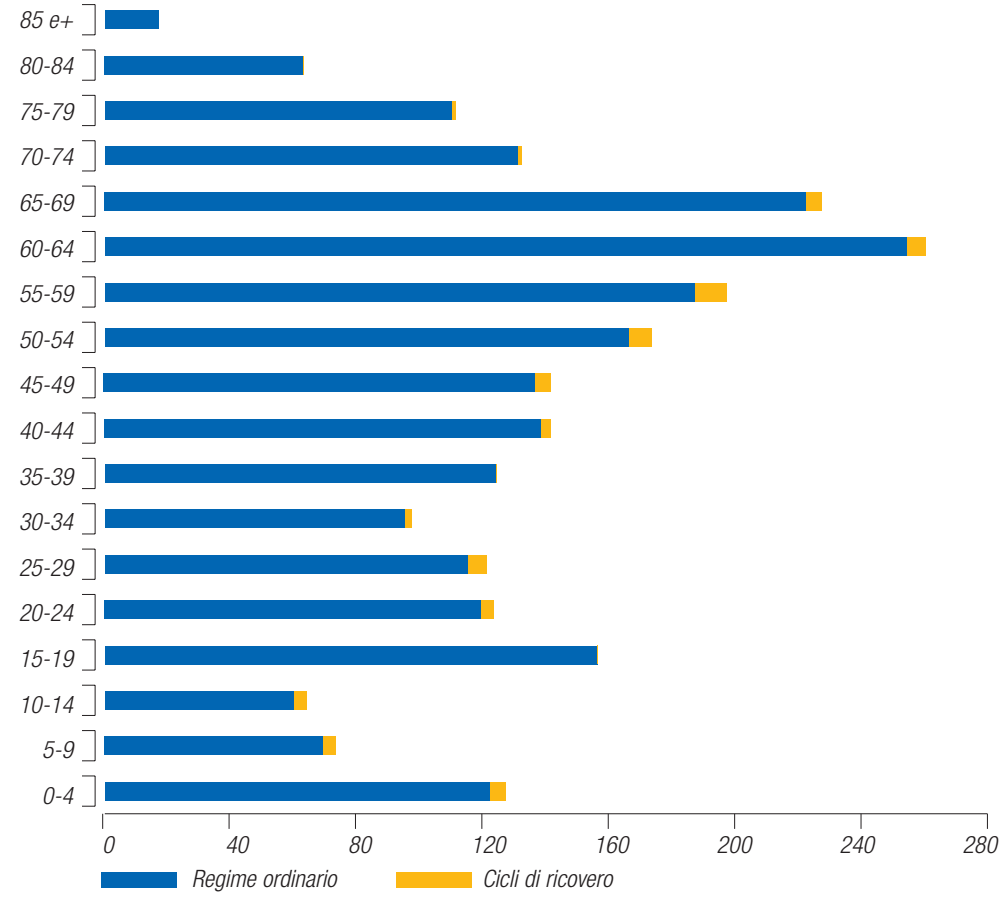
Figura 47: **Ricoveri per acuti di altoatesini in Austria per tipologia di ricovero e azienda sanitaria di provenienza - Anno 2005**



Le classi di età con maggiore frequenza di ricoveri in Austria sono quelle dei 60-64 anni (11,1%) e dei 65-69 anni (9,7%).

CLASSI D'ETÀ

Figura 48: **Ricoveri per acuti di altoatesini in Austria per tipologia di ricovero e classi d'età - Anno 2005**



DIAGNOSI

Tra le categorie di diagnosi di dimissione più frequenti dei ricoveri si trovano "Tumori maligni degli organi genitourinari" (con il 6,8% dei ricoveri ordinari e il 25,8% dei cicli di ricovero) e "Tumori maligni delle ossa, del tessuto connettivo, della cute e della mammella" (con il 16,1% dei cicli di ricovero e il 4,6% dei ricoveri ordinari).

Tabella 49: **Categorie di diagnosi di dimissione più frequenti per pazienti altoatesini ricoverati in regime ordinario in strutture austriache per acuti – Anno 2005**

ICD9CM	Descrizione categoria di diagnosi più frequenti	N. ricoveri	% cumulata
179-189	Tumori maligni degli organi genitourinari	156	6,8
190-199	Tumori maligni di altre e non specificate sedi	149	13,3
150-159	Tumori maligni dell'apparato digerente e del peritoneo	122	18,7
720-724	Dorsopatie	116	23,8
520-529	Malattie della cavità orale, delle ghiandole salivari e delle mascelle	108	28,5
170-176	Tumori maligni delle ossa, del tessuto connettivo, della cute e della mammella	106	33,1
740-759	Malformazioni congenite	104	37,7
420-429	Altre malattie del cuore	88	41,5
300-316	Disturbi nevrotici e della personalità e altri disturbi psichici non psicotici	79	45,0
360-379	Malattie dell'occhio e degli annessi	72	48,1
780-789	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	60	50,8
210-229	Tumori benigni	60	53,4
570-579	Altre malattie dell'apparato digerente	59	56,0
140-149	Tumori maligni delle labbra, della cavità orale, della faringe	55	58,4
730-739	Osteopatie, condropatie e deformità acquisite del sistema muscoloscheletrico	53	60,7
905-909	Postumi di traumatismi, avvelenamenti, effetti tossici ed altre cause esterne	48	62,8
160-165	Tumori maligni dell'apparato respiratorio e degli organi intratoracici	45	64,8
996-999	Complicazioni di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove	42	66,6
200-208	Tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico	40	68,4
800-829	Frattura	39	70,1
TOTALE RICOVERI ORDINARI		**2.285**	

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 50: **Categorie di diagnosi di dimissione più frequenti per pazienti altoatesini nei cicli di ricovero in strutture austriache per acuti – Anno 2005**

ICD9CM	Descrizione categoria di diagnosi più frequenti	N. ricoveri	% cumulata
179-189	Tumori maligni degli organi genitourinari	16	25,8
170-176	Tumori maligni delle ossa, del tessuto connettivo, della cute e della mammella	10	41,9
150-159	Tumori maligni dell'apparato digerente e del peritoneo	7	53,2
200-208	Tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico	5	61,3
510-519	Altre malattie del sistema respiratorio	4	67,7
160-165	Tumori maligni dell'apparato respiratorio e degli organi intratoracici	3	72,6
780-789	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	3	77,4
TOTALE CICLI DI RICOVERO		**62**	

Fonte: aziende sanitarie

CLINICA UNIVERSITARIA DI INNSBRUCK

La Clinica universitaria di Innsbruck ha accolto il 96,0% dei ricoveri ordinari di altoatesini in strutture convenzionate austriache, e le unità operative, corrispondenti alla classificazione nazionale, più frequentate sono state quelle di Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia plastica, Neurochirurgia, Chirurgia 1 e Odontoiatria e Stomatologia.
Per quanto riguarda invece i cicli di ricovero, la clinica copre l'87,1% dei ricoveri e le unità operative più frequentate sono state quelle di Pediatria, Ostetricia e Ginecologia e Medicina generale.

Tabella 51: **Ricoveri in regime ordinario per unità operativa nella Clinica universitaria di Innsbruck – Anno 2005**

Unità operativa di ricovero	Numero di ricoveri	% ricoveri	Giornate di degenza	% giornate
Anestesia e rianimazione	12	0,5	257	1,4
Cardiochirurgia	103	4,7	997	5,4
Cardiologia	37	1,7	166	0,9
Chirurgia	29	1,3	445	2,4
Chirurgia 1	159	7,3	1.957	10,5
Chirurgia pediatrica	17	0,8	130	0,7
Chirurgia plastica	173	7,9	1.387	7,5
Chirurgia vascolare	21	1,0	211	1,1
Dermatologia	32	1,5	436	2,3
Ematologia	33	1,5	279	1,5
Gastroenterologia	91	4,2	543	2,9
Medicina 1	1	0,0	9	0,0
Medicina 2	2	0,1	3	0,0
Medicina generale	47	2,1	316	1,7
Medicina nucleare	104	4,7	612	3,3
Nefrologia	12	0,5	180	1,0
Neurochirurgia	160	7,3	1.273	6,8
Neurologia	80	3,6	644	3,5
Neuropsichiatria infantile	32	1,5	558	3,0
Nido	2	0,1	12	0,1
Oculistica	77	3,5	382	2,1
Odontoiatria e Stomatologia	156	7,1	960	5,2
Oncologia	6	0,3	6	0,0
Ortopedia e Traumatologia	223	10,2	1.929	10,4
Ostetricia e Ginecologia	123	5,6	866	4,7
Otorinolaringoiatria	61	2,8	436	2,3
Pediatria	117	5,3	1.370	7,4
Pneumologia	1	0,0	1	0,0
Psichiatria	57	2,6	670	3,6
Radioterapia	77	3,5	538	2,9
Radioterapia oncologica	1	0,0	1	0,0
Terapia intensiva	12	0,5	359	1,9
Urologia	95	4,3	501	2,7
Urologia pediatrica	39	1,8	160	0,9
TOTALE RICOVERI ORDINARI	**2.192**	**100,0**	**18.594**	**100,0**

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 52: **Cicli di ricovero per unità operativa nella Clinica universitaria di Innsbruck – Anno 2005**

Unità operativa di ricovero	Numero di ricoveri	% ricoveri	Giornate di degenza	% giornate di degenza
Chirurgia plastica	1	1,9	2	1,0
Dermatologia	1	1,9	2	1,0
Ematologia	4	7,4	23	11,1
Gastroenterologia	2	3,7	4	1,9
Medicina generale	10	18,5	43	20,7
Oncologia	2	3,7	5	2,4
Ostetricia e Ginecologia	11	20,4	38	18,3
Pediatria	11	20,4	56	26,9
Radioterapia	4	7,4	12	5,8
Radioterapia oncologica	1	1,9	3	1,4
Urologia	6	11,1	18	8,7
Urologia pediatrica	1	1,9	2	1,0
TOTALE	**54**	**100,0**	**208**	**100,0**

Fonte: aziende sanitarie

MEDICI PRESCRITTORI

Dei 179 medici che hanno prescritto ricoveri in Austria il 41,3% appartiene all'Azienda Sanitaria di Bolzano e ha proposto circa il 25% dei ricoveri, nel 26,3% dei casi sono medici dell'Azienda Sanitaria di Merano che hanno inviato la stessa percentuale di ricoveri; 31 medici (17,3%) dell'Azienda Sanitaria di Bressanone hanno invece proposto il 22,0% dei ricoveri e infine 27 medici dell'Azienda Sanitaria di Brunico (15,1%) hanno inviato il 23,3% dei ricoveri.

Tabella 53: **Ricoveri complessivi (ordinari e cicli di ricovero) in strutture austriache per azienda sanitaria del medico prescrittore e numero di ricoveri di residenti per azienda sanitaria di residenza del paziente – Anno 2005**

Azienda sanitaria	*Totale ricoveri in Austria per azienda sanitaria del medico prescrittore*	*N. medio di ricoveri in Austria per medico*	*% ricoveri in Austria su ricoveri di residenti*	*N. ricoveri di residenti per azienda sanitaria di residenza del paziente*
Bolzano	*599*	*8,1*	*1,5*	*40.587*
Merano	*685*	*14,6*	*2,8*	*24.441*
Bressanone	*517*	*16,7*	*4,2*	*12.425*
Brunico	*546*	*20,2*	*3,7*	*14.729*

Fonte: aziende sanitarie

3.2.6.3. Mobilità ospedaliera complessiva

MOBILITÀ OSPEDALIERA

L'applicazione del criterio della libertà di scelta dell'ambito assistenziale da parte dei cittadini determina vari flussi di mobilità territoriale dei ricoveri.

La mobilità attiva è rappresentata da flussi di ricoveri nelle strutture ospedaliere di un'area da parte di residenti in altre aree, quella passiva da flussi di residenti in una certa area verso strutture ubicate in altre aree. Nei due casi conviene distinguere tra mobilità interna alla provincia (tra territori delle 4 aziende sanitarie) e mobilità esterna (tra territorio provinciale e altre aree esterne). Le aree esterne alla azienda sanitaria di residenza sono costituite da strutture ospedaliere esterne alla provincia situate nel resto d'Italia e all'estero, in modo particolare in Austria.

Per quanto riguarda la mobilità di assistiti tra le unità operative delle aziende sanitarie di Bressanone e Brunico in riferimento ad Oculistica, Dermatologia, Otorinolaringoiatria e Urologia, si rileva che, poiché le unità operative non sono presenti in entrambe le aziende, esiste una convenzione per cui le unità operative di Oculistica e di Dermatologia dell'Ospedale di Brunico erogano prestazioni anche ai residenti nel territorio della Azienda Sanitaria di Bressanone, mentre le unità operative di Otorinolaringoiatria e Urologia dell'Ospedale di Bressanone erogano prestazioni anche ai residenti nel territorio della Azienda Sanitaria di Brunico.

Di seguito vengono presentati i dati relativi alla mobilità complessiva; analisi dettagliate sulla mobilità provinciale sono riportate nel CD allegato alla presente pubblicazione.

Le strutture provinciali hanno prodotto nel corso dell'anno 77.515 ricoveri in regime ordinario. I residenti hanno consumato nell'identico periodo complessivamente 74.883 ricoveri in regime ordinario, 68.892 in strutture provinciali, 3.225 in quelle del resto d'Italia, 2.285 in quelle austriache e 481 in istituti di cura presenti in altre nazioni (anno 2004).

Tabella 54: **Ricoveri ospedale in regime ordinario negli istituti di cura presenti nel territorio delle aziende sanitarie e fuori provincia per residenza del paziente – Anno 2005**

Azienda sanitaria di ricovero	Azienda sanitaria di residenza					Extra-prov.	Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale residenti		
Bolzano	25.785	1.527	565	484	28.361	3.232°	31.593
Merano	1.728	16.755	57	40	18.580	1.239°°	19.819
Bressanone	2.526	210	7.707	847**	11.290	1.707	12.997
Brunico	345	69	508*	9.739	10.661	2.445	13.106
RICOVERI IN PROVINCIA	**30.384**	**18.561**	**8.837**	**11.110**	**68.892**	**8.623**	**77.515**
Resto Italia	2.279	592	163	191	3.225		
Austria	593	669	494	529	2.285		
Altre Nazioni (anno 2004)	196	135	62	88	481		
TOT. RICOVERI RESIDENTI	**33.452**	**19.957**	**9.556**	**11.918**	**74.883**		

** Inclusi 233 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Brunico per residenti nell'Azienda Sanitaria di Bressanone*
*** Inclusi 558 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Bressanone per residenti nell'Azienda Sanitaria di Brunico*
° Inclusi 7 ricoveri non convenzionati, effettuati dalla Casa di Cura S. Maria di pazienti non residenti
°° Inclusi 3 ricoveri non convenzionati, effettuati nel reparto di Chirurgia generale della Casa di Cura Villa S.Anna di pazienti non residenti e 2 ricoveri non convenzionati, effettuati dalla Casa di Cura Fonte San Martino di pazienti non residenti
Fonte: aziende sanitarie

Osservando la mobilità interna, si nota che l'azienda sanitaria che esercita la maggior attrazione è quella di Bressanone con 3.025 ricoveri di altoatesini residenti in altra ASL provinciale, pari al 26,8% della produzione dell'ASL di Bressanone di ricoveri per residenti.

Tabella 55: **Indici percentuali di mobilità attiva per azienda sanitaria. Regime ordinario – Anno 2005**

Azienda sanitaria di ricovero	Azienda sanitaria di residenza					Extra-prov.	Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale residenti		
Bolzano	81,6	4,8	1,8	1,5	89,8	10,2	100,0
Merano	8,7	84,5	0,3	0,2	93,7	6,3	100,0
Bressanone	19,4	1,6	59,3	6,5	86,9	13,1	100,0
Brunico	2,6	0,5	3,9	74,3	81,3	18,7	100,0
TOTALE	**39,2**	**23,9**	**11,4**	**14,3**	**88,9**	**11,1**	**100,0**

Fonte: aziende sanitarie

L'azienda sanitaria con il maggior numero di ricoveri ordinari consumati da residenti in provincia è quella di Merano, con il 93,7% della produzione consumata da residenti in provincia, di cui 84,5% di residenti nella stessa azienda.
L'azienda sanitaria con una maggior produzione di ricoveri in regime ordinario consumata da parte di residenti fuori provincia è stata quella di Brunico, nella quale l'attrazione è stata del 18,7%.

Tabella 56: **: Indici percentuali di mobilità passiva per azienda sanitaria. Regime ordinario – Anno 2005**

Azienda sanitaria di ricovero	Azienda sanitaria di residenza				
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Bolzano	77,1	7,7	5,9	4,1	37,9
Merano	5,2	84,0	0,6	0,3	24,8
Bressanone	7,6	1,1	80,7	7,1	15,1
Brunico	1,0	0,3	5,3	81,7	14,2
RICOVERI IN PROVINCIA	**90,8**	**93,0**	**92,5**	**93,2**	**92,0**
Resto Italia	6,8	3,0	1,7	1,6	4,3
Austria	1,8	3,4	5,2	4,4	3,1
Altre Nazioni (anno 2004)	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6
TOT. RICOVERI RESIDENTI	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: aziende sanitarie

I ricoveri in regime ordinario dei residenti in provincia sono stati effettuati nel 92,0% dei casi in strutture provinciali. L'azienda sanitaria con il maggior consumo di ricoveri ordinari da parte di residenti in strutture provinciali è stata quella di Brunico (93,2%), mentre l'Azienda Sanitaria di Bolzano ha il 6,8% di ricoveri ordinari di residenti effettuato in strutture nazionali extra provinciali e quella di Bressanone il 5,2% effettuato in strutture austriache. I ricoveri ordinari effettuati da parte di residenti in strutture presenti in altre nazioni nel 2004, invece, coprono una percentuale piuttosto ridotta (0,6%) dei ricoveri totali effettuati da residenti in provincia, per tutte le aziende sanitarie.

Nel 2005 nella Provincia Autonoma di Bolzano sono stati prodotti anche 25.700 ricoveri in regime diurno. Il 90,6% di tali ricoveri è stato effettuato da residenti nella provincia, mentre il 9,4% è stato effettuato da residenti fuori provincia; tra questi il 38,1% è stato ricoverato nell'Azienda Sanitaria di Bolzano.

In riferimento alla mobilità provinciale, anche per il regime diurno l'azienda sanitaria che esercita la maggior attrazione di residenti in altra ASL provinciale è quella di Bressanone con 1.571 ricoveri di altoatesini, pari al 35,1% della produzione di ricoveri per residenti dell'azienda stessa.

Tabella 57: **Ricoveri ospedale in regime diurno negli istituti di cura presenti nel territorio delle aziende sanitarie e fuori provincia per residenza del paziente – Anno 2005**

Azienda sanitaria di ricovero	Azienda sanitaria di residenza					Extra-prov.	Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale residenti		
Bolzano	7.852	819	298	234	9.203	919	10.122
Merano	611	4.776	25	21	5.433	218°	5.651
Bressanone	1.284	145	2.687	365**	4.481	359	4.840
Brunico	456	140	578*	2.999	4.173	914	5.087
RICOVERI IN PROVINCIA	**10.203**	**5.880**	**3.588**	**3.619**	**23.290**	**2.410**	**25.700**
Resto Italia	922	128	58	69	1.177		
Austria	6	16	23	17	62		
TOT. RICOVERI RESIDENTI	**11.131**	**6.024**	**3.669**	**3.705**	**24.529**		

* * Inclusi 431 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Brunico per residenti nell'Azienda Sanitaria di Bressanone
** Inclusi 233 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Bressanone per residenti nell'Azienda Sanitaria di Brunico
° Inclusi 7 ricoveri in convenzione, effettuati nel reparto di Chirurgia generale della Casa di Cura Villa S.Anna di pazienti non residenti

Fonte: aziende sanitarie

L'azienda sanitaria con il maggior numero di ricoveri diurni consumati da residenti in provincia è quella di Merano, con il 96,1% della produzione consumata da residenti in provincia, nella quale l'84,5% della produzione è stata consumata da residenti nella stessa azienda.

Tabella 58: **Indici percentuali di mobilità attiva per azienda sanitaria. Regime diurno – Anno 2005**

Azienda sanitaria di ricovero	Azienda sanitaria di residenza					Extra-prov.	Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale residenti		
Bolzano	77,6	8,1	2,9	2,3	90,9	9,1	100,0
Merano	10,8	84,5	0,4	0,4	96,1	3,9	100,0
Bressanone	26,5	3,0	55,5	7,5	92,6	7,4	100,0
Brunico	9,0	2,8	11,4	59,0	82,0	18,0	100,0
TOTALE	**39,7**	**22,9**	**14,0**	**14,1**	**90,6**	**9,4**	**100,0**

Fonte: aziende sanitarie

L'azienda sanitaria con una maggior produzione di ricoveri in regime diurno consumata da parte di residenti fuori provincia è stata quella di Brunico, nella quale l'attrazione è stata del 18,0%.

I ricoveri in regime diurno dei residenti in provincia sono stati effettuati nel 94,9% dei casi in strutture provinciali. Le aziende sanitarie di Merano, Bressanone e Brunico hanno avuto un consumo di ricoveri diurni da parte di residenti in strutture provinciali pari a circa il 98%, mentre l'Azienda Sanitaria di Bolzano ha il 8,3% di ricoveri diurni di residenti effettuato in strutture nazionali extra provinciali. I cicli di ricovero diurno effettuati da parte di residenti in strutture austriache coprono una percentuale piuttosto ridotta (0,3%) dei ricoveri totali effettuati da residenti in provincia.

Tabella 59: **Indici percentuali di mobilità passiva per azienda sanitaria. Regime diurno – Anno 2005**

Azienda sanitaria di ricovero	Azienda sanitaria di residenza				
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Bolzano	70,5	13,6	8,1	6,3	37,5
Merano	5,5	79,3	0,7	0,6	22,1
Bressanone	11,5	2,4	73,2	9,9	18,3
Brunico	4,1	2,3	15,8	80,9	17,0
RICOVERI IN PROVINCIA	**91,7**	**97,6**	**97,8**	**97,7**	**94,9**
Resto Italia	8,3	2,1	1,6	1,9	4,8
Austria	0,1	0,3	0,6	0,5	0,3
TOT. RICOVERI RESIDENTI	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: aziende sanitarie

MOBILITÀ ATTIVA REGIME ORDINARIO E DIURNO IN ALTO ADIGE

Nel 2005, le strutture ubicate sul territorio provinciale hanno prodotto 103.215 ricoveri per acuti, in regime ordinario e diurno, di cui 11.033 per residenti fuori provincia (compresi 19 ricoveri non a carico del Servizio Sanitario Provinciale). I ricoveri effettuati da altoatesini in strutture provinciali ubicati in territorio diverso da quello dell'azienda di residenza sono stati 13.882 (compresi 1.445 ricoveri effettuati in convenzione tra le aziende di Brunico e Bressanone).

L'indice di attrazione per i ricoveri per acuti, al netto dei ricoveri non a carico del Servizio Sanitario Provinciale e dei ricoveri in convenzione, in regime ordinario e diurno, è stato pari a 10,7% per la mobilità attiva extraprovinciale. La percentuale di ricoveri ordina-

ri e diurni di altoatesini non effettuati nell'azienda sanitaria di residenza è stata del 12,0% rispetto al totale dei ricoveri prodotti.
Gli indici di attrazione per singola azienda sanitaria hanno assunto nel 2005 i valori indicati in tabella: la percentuale di attrazione rispetto alla produzione complessiva di ricoveri ordinari risulta molto variabile tra le aziende sanitarie: dal 19,3% di Bolzano al 37,3% di Bressanone.

Tabella 60: **Riepilogo indicatori assoluti e percentuali di mobilità attiva in regime ordinario e diurno per azienda sanitaria – Anno 2005**

Mobilità attiva (su produzione)	Azienda sanitaria di ricovero				
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
	Valori assoluti				
Da altre aziende sanitarie	3.927	2.482	4.596**	1.432*	12.437
Da fuori Provincia	4.144°	1.445°°	2.066	3.359	11.014
TOTALE	**8.071**	**3.927**	**6.662**	**4.791**	**23.451**
TOTALE RICOVERI PRODOTTI	**41.715**	**25.470**	**17.837**	**18.193**	**103.215**
	Valori percentuali				
Da altre aziende sanitarie	9,4	9,7	25,7**	7,9*	12,0
Da fuori Provincia	9,9°	5,7°°	11,6	18,5	10,7
TOTALE	**19,3**	**15,4**	**37,3**	**26,3**	**22,7**

* Esclusi 664 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Brunico per residenti nell'Azienda Sanitaria di Bressanone
** Esclusi 781 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Bressanone per residenti nell'Azienda Sanitaria di Brunico
° Esclusi 7 ricoveri non convenzionati, effettuati dalla Casa di Cura S. Maria di pazienti non residenti
°° Esclusi 10 ricoveri non convenzionati, effettuati nel reparto di Chirurgia generale della Casa di Cura Villa S.Anna di pazienti non residenti e 2 ricoveri non convenzionati, effettuati dalla Casa di Cura Fonte San Martino di pazienti non residenti

Fonte: aziende sanitarie

MOBILITÀ PASSIVA REGIME ORDINARIO E DIURNO IN ALTO ADIGE

Nel quadro è presentato un profilo sintetico della mobilità passiva ordinaria in Alto Adige, per azienda sanitaria, con riferimento all'anno 2005.
Dei 99.412 ricoveri per acuti, in regime ordinario e diurno, di residenti in provincia, 7.230 sono stati effettuati in strutture ospedaliere fuori provincia (7,3% di fuga extraprovinciale di cui 4,4% verso il resto d'Italia, 2,4% verso l'Austria e 0,5% verso altre nazioni), altri 13.882 sono stati i ricoveri effettuati da altoatesini in strutture ubicate in territori diversi da quello della azienda di residenza (12,6%).

Tabella 61: **Riepilogo indicatori assoluti e percentuali di mobilità passiva e rapporto percentuale tra produzione e consumo di ricoveri in regime ordinario e diurno per azienda sanitaria – Anno 2005**

Mobilità passiva (su consumo ricoveri di residenti)	Azienda sanitaria di ricovero				
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
	Valori assoluti				
Verso altre aziende sanitarie	6.950	2.910	1.367*	1.210**	12.437
Verso resto Italia	3.201	720	221	260	4.402
Verso Austria	599	685	517	546	2.347
Verso altre nazioni (anno 2004)	196	135	62	88	481
TOTALE	**10.946**	**4.450**	**2.167**	**2.104**	**19.667**
TOTALE RICOVERI CONSUMATI	**44.583**	**25.981**	**13.225**	**15.623**	**99.412**
	Valori percentuali				
Verso altre aziende sanitarie	15,7	11,3	10,4*	7,8**	12,6
Verso resto Italia	7,2	2,8	1,7	1,7	4,4
Verso Austria	1,3	2,7	3,9	3,5	2,4
Verso altre nazioni (anno 2004)	0,4	0,5	0,5	0,6	0,5
TOTALE	**24,7**	**17,2**	**16,5**	**13,5**	**19,9**
RICOVERI PRODOTTI SU RICOVERI CONSUMATI (X 100)	**93,6**	**98,0**	**134,9**	**116,5**	**103,8**

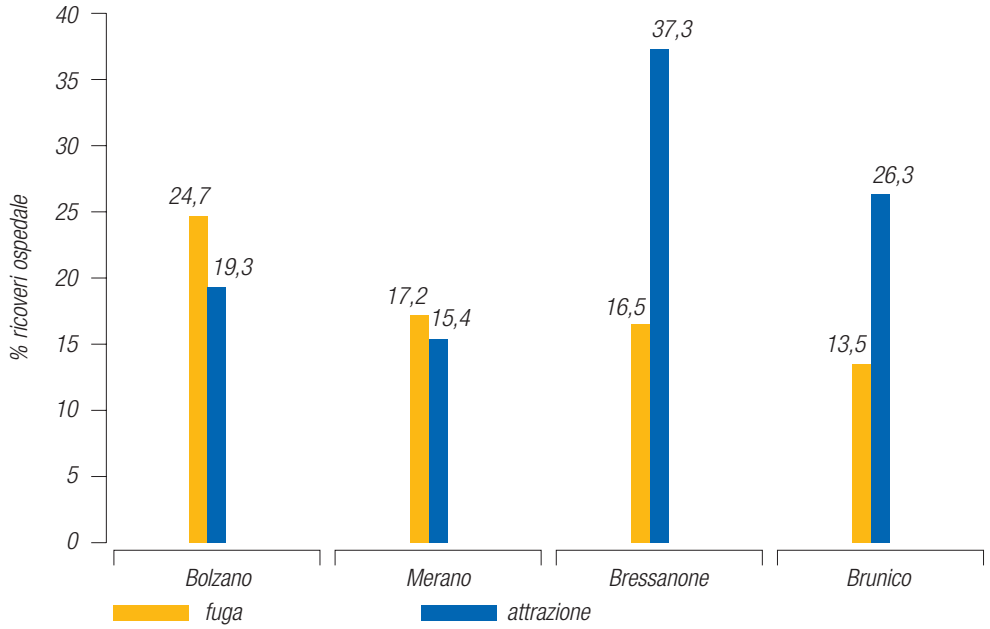
* Esclusi 664 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Brunico per residenti nell'Azienda Sanitaria di Bressanone
** Esclusi 781 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Bressanone per residenti nell'Azienda Sanitaria di Brunico

Fonte: aziende sanitarie

INDICI DI ATTRAZIONE E FUGA

Nel complesso, l'azienda sanitaria con maggiore attrazione di ricoveri di non residenti è quella di Bressanone dove il 37,3% dei ricoverati risiede al di fuori del territorio dell'azienda, mentre l'attrazione minore si rileva nell'Azienda Sanitaria di Merano (15,4%).

Figura 49: **Indici di attrazione e fuga complessivi, in regime ordinario e diurno, per azienda sanitaria di residenza - Anno 2005**



La minor mobilità passiva si registra per l'Azienda Sanitaria di Brunico con il 13,5% dei ricoveri in regime ordinario e diurno di residenti effettuati in altre strutture extra aziendali e la più alta mobilità passiva da parte dell'Azienda Sanitaria di Bolzano (24,7% di ricoveri di residenti consumati in strutture extra aziendali).

Va segnalata in particolare la forte mobilità passiva intraprovinciale e verso il resto d'Italia dei residenti sul territorio della Azienda Sanitaria di Bolzano: la fuga verso gli istituti di cura delle altre aziende della provincia è stata nel 2005 del 15,7% dei ricoveri dei residenti, mentre la fuga verso il resto d'Italia del 7,2%.

Il fenomeno della mobilità passiva va valutato positivamente per la finalità di garanzia della libertà di scelta del cittadino, ma presenta anche aspetti negativi, se considerato dal punto di vista dei disagi collegati con la lontananza del luogo di cura da quello di residenza (qualità percepita) e rispetto al sotto utilizzo delle potenzialità produttive degli istituti di cura delle aziende sanitarie, il cui tasso di occupazione dei letti è mediamente inferiore allo standard di piano dell'80% (Vipiteno, San Candido e Silandro sono al di sotto del 75%).

SALDO DELLA MOBILITÀ

Il saldo della mobilità attiva e passiva, cioè la differenza tra quantità di ricoveri, in regime ordinario e diurno, prodotti sul territorio della provincia o delle aziende sanitarie e numero di ricoveri effettuati da residenti fuori provincia o fuori dal territorio dell'azienda sanitaria di residenza, consente di rappresentare il rapporto esistente tra produzione e consumo di ricoveri a livello della provincia o della azienda sanitaria.

Con riferimento alla provincia in complesso, nel 2005 il saldo della mobilità extraprovinciale è stato positivo in quanto i ricoveri prodotti (103.215) hanno superato di 3.803 unità quelli complessivamente consumati dai residenti in Provincia (99.412).

Nelle singole aziende il rapporto tra ricoveri ordinari prodotti e ricoveri ordinari consuma-

ti dai residenti è stato nel 2005 superiore all'unità (saldo positivo) per le aziende di Bressanone (134,9%) e di Brunico (116,5%), mentre è risultato inferiore per le aziende di Merano (98,0%) e di Bolzano (93,6%).

PATOLOGIE TRACCIANTI

L'analisi della capacità di attrazione e fuga in riferimento a particolari patologie quali la neoplasia della mammella, la neoplasia di utero, ovaio o annessi uterini, l'intervento di sostituzione d'anca e l'intervento di cataratta può fornire informazioni indirette sulla qualità del sistema provinciale in risposta ai bisogni di salute dei residenti e sulle situazioni di difficoltà di accesso alle prestazioni, in termini di rapporto con le strutture sanitarie austriache e nazionali. Nel prospetto riportato di seguito vengono presentati i valori assunti relativamente al 2005.

Tabella 62: **Indici di attrazione e fuga per patologie traccianti per azienda sanitaria – Anno 2005**

	Azienda sanitaria				
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
	Mobilità attiva (su produzione)				
Neoplasia della mammella	4,9	-	1,2	6,5	2,9
Neoplasia di utero, ovaio e annessi uterini	5,9	3,4	6,9	8,3	5,6
Interventi per sostituzione d'anca	5,9	8,4	19,2	11,5	12,0
Intervento di cataratta (DRG 039)	5,9	9,8	-	6,4	7,0
	Mobilità passiva (su consumo ricoveri di residenti)				
Neoplasia della mammella	19,6	7,8	13,6	33,3	17,7
Neoplasia di utero, ovaio e annessi uterini	6,8	5,5	32,1	54,2	18,5
Interventi per sostituzione d'anca	9,7	0,8	0,7	2,5	5,3
Intervento di cataratta (DRG 039)	10,2	1,2	0,6	1,3	5,9

Fonte: aziende sanitarie

3.2.7. L'ospedalizzazione dei residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE DEI RESIDENTI

Il ricorso all'assistenza ospedaliera da parte dei residenti nel territorio provinciale è misurato dal tasso di ospedalizzazione dei residenti, ottenuto dal rapporto tra i ricoveri in ospedale dei residenti, ovunque effettuati, e la popolazione residente. Il fenomeno della ospedalizzazione dei residenti assume particolare significato per il Servizio Sanitario Provinciale, in quanto a questo (e non alla produzione di ricoveri) è commisurato il consumo di risorse a carico della Provincia.

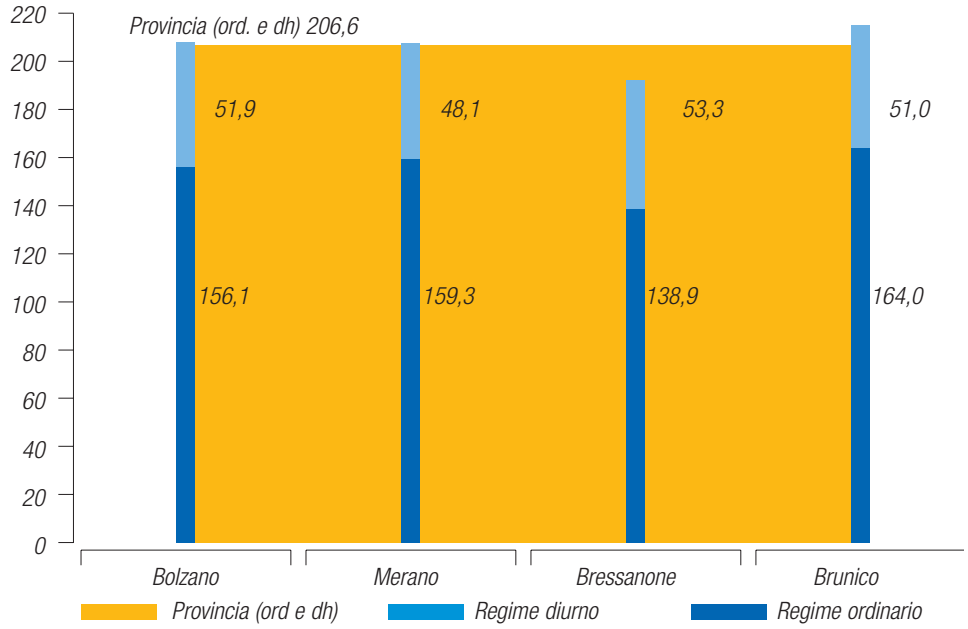
Nel 2005 gli altoatesini hanno effettuato 99.412 ricoveri, di cui 74.883 in regime ordinario e 24.529 in regime diurno, pari a 206,6 ricoveri per 1.000 abitanti residenti: 155,6 per i ricoveri in regime ordinario e 51,0 per il day hospital. Dei 99.412 ricoveri di altoatesini, 92.182 sono stati effettuati in strutture ospedaliere pubbliche e private ubicate in Provincia (92,7%), di cui 68.892 in regime ordinario e 23.290 in regime diurno.

L'OSPEDALIZZAZIONE NELLE AZIENDE

Il tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti, in regime ordinario e diurno, dell'Azienda Sanitaria di Bolzano è stato pari a 208,0, dell'Azienda Sanitaria di Merano a 207,3, quello di Bressanone a 192,2 e quello di Brunico a 215,0. Rispetto al 2004[10] si è verificata a livello provinciale una riduzione di 2,7 punti per 1.000 abitanti: 3,8 punti a Bolzano, 1,1 punti a Merano, 4,1 punti a Bressanone e 0,8 punti a Brunico.

[10] Secondo i dati del Ministero della Salute nel 2003 il tasso di ospedalizzazione (al netto della mobilità interregionale) della Provincia Autonoma di Bolzano in regime ordinario era pari a 165,87 e in regime diurno a 41,01. Il tasso di ospedalizzazione in regime ordinario standardizzato per età era pari a 176,75.

Figura 50: **Tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti dei ricoveri in regime ordinario e diurno per azienda sanitaria di residenza - Anno 2005**



Negli anni 1998-2005 il tasso di ospedalizzazione complessivo non ha subito sostanziali variazioni, pur evidenziando un passaggio di ricoveri dal regime ordinario al regime diurno. Nel 2005 rimane ancora elevato rispetto allo standard di 180 previsto a livello nazionale e come traguardo dal PSP 2000-2002 (144 per il regime ordinario e 36 per il regime diurno).

Tabella 63: **Tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti in regime ordinario e diurno e nel complesso – Anni 1998-2005***

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Regime ordinario	206,1	215,1	202,6	193,5	188,9	170,7	161,9	155,6
Regime diurno	4,4	7,9	15,6	21,2	31,1	40,8	47,4	51,0
TOTALE	**210,5**	**223,0**	**218,2**	**214,7**	**220,0**	**211,5**	**209,3**	**206,6**

* Dal 2003 non sono inclusi i neonati sani

Fonte: aziende sanitarie

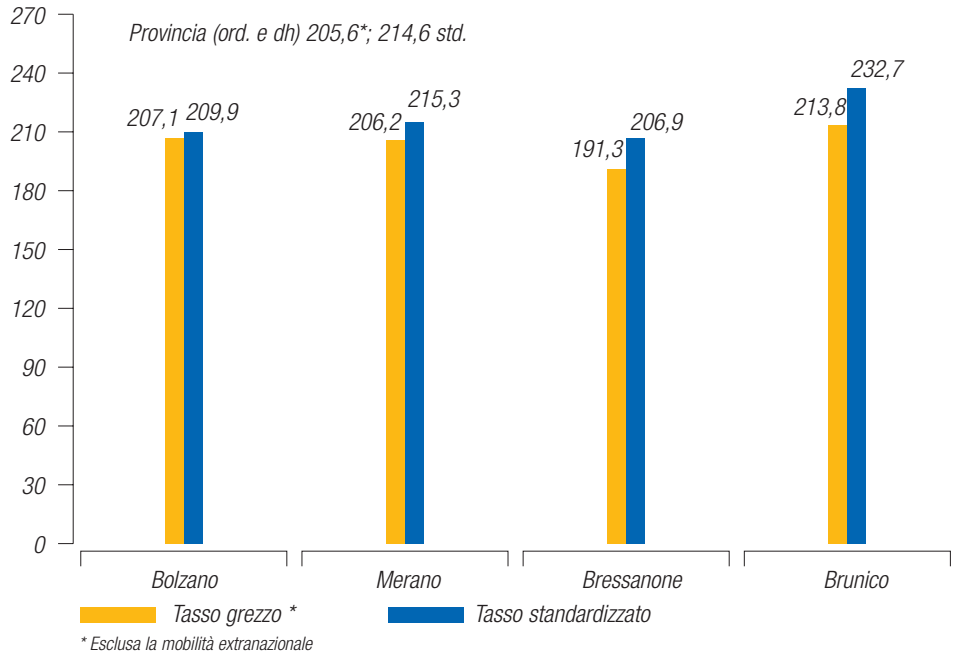
Il tasso di ospedalizzazione in Italia nel 2003 è per il regime ordinario di 146,4 e per il regime diurno di 61,9, per un totale di 208,3 ricoveri per 1.000 abitanti.

Per quanto riguarda l'attività di ricovero diurno, la Provincia di Bolzano si colloca al di sopra dello standard previsto a livello nazionale pari a 36 ricoveri per 1.000 abitanti: nel 2004 il tasso di ospedalizzazione era pari a 47,4 e nel 2005 a 51,0. Si osserva, comunque, che la situazione provinciale è simile a quella rilevata mediamente nelle altre regioni italiane. Emerge, infatti, che l'attività di ricovero diurno, se confrontata con la produzione dei ricoveri complessiva, dovrebbe essere incentivata maggiormente come attività aggiuntiva e sostitutiva dei ricoveri ordinari, mentre andrebbe limitato il ricorso non appropriato del setting assistenziale intensivo se non necessario.

Il tasso di ospedalizzazione della Provincia di Bolzano standardizzato per età rispetto alla popolazione nazionale risulta pari a 214,6 per 1.000 abitanti: il ricorso al ricovero ospedaliero da parte dei residenti in Provincia Autonoma di Bolzano risulta più elevato rispetto alla media nazionale, nonostante la popolazione residente nella Provincia di Bolzano

sia nettamente più giovane rispetto alla popolazione nazionale, in modo particolare tale affermazione vale per le aziende sanitarie di Bressanone e di Brunico.

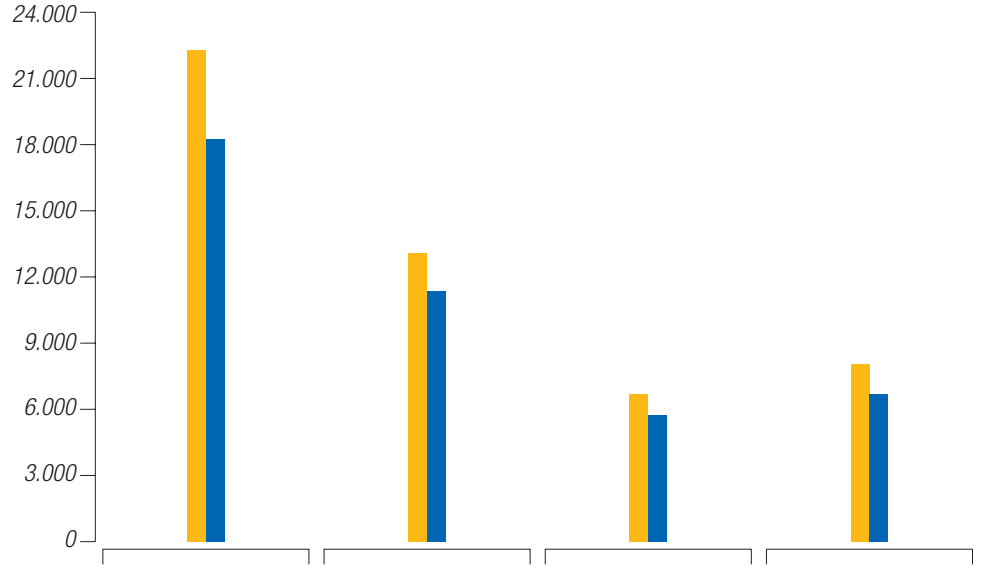
Figura 51: **Tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti grezzo e standardizzato per azienda sanitaria di residenza - Anno 2005**



RICOVERI PER SESSO

Il 54,4% dei ricoveri in regime ordinario e diurno di residenti in strutture provinciali è di pazienti di sesso femminile, con percentuali che vanno dal 53,5% dell'Azienda Sanitaria di Merano al 55,0% di quella di Bolzano.

Figura 52: **Ricoveri in regime ordinario e diurno di residenti ricoverati nelle strutture provinciali per sesso ed azienda sanitaria di residenza - Anno 2005**



	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico
Maschi	18.270	11.358	5.735	6.677
Femmine	22.317	13.083	6.690	8.052

RICOVERI PER ETÀ

L'andamento dei ricoveri per classe di età pone in rilievo il forte incremento che caratterizza il tasso di ospedalizzazione a partire dalla classe 60-64.

Tabella 64: **Ricoveri in regime ordinario e diurno di residenti per azienda sanitaria di residenza e classi d'età negli istituti provinciali – Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale	Tasso di ospedalizzazione specifico per classi d'età (x100 residenti)
0-4	2.086	2.063	980	1.292	6.421	23,9
5-9	932	811	425	446	2.614	9,3
10-14	773	638	283	344	2.038	7,5
15-19	805	630	360	395	2.190	8,4
20-24	1.003	748	499	527	2.777	10,1
25-29	1.677	1.127	685	844	4.333	14,3
30-34	2.523	1.402	943	1.002	5.870	15,5
35-39	2.428	1.444	849	975	5.696	13,4
40-44	2.018	1.224	668	820	4.730	11,6
45-49	1.774	1.061	560	695	4.090	12,3
50-54	1.786	1.168	624	736	4.314	15,7
55-59	2.322	1.285	661	783	5.051	18,4
60-64	2.996	1.667	782	1.000	6.445	24,5
65-69	3.141	1.771	795	976	6.683	28,7
70-74	3.640	2.029	904	1.145	7.718	39,7
75-79	4.237	2.105	1.042	1.156	8.540	51,7
80-84	3.790	1.826	906	935	7.457	60,2
85-89	1.464	824	240	377	2.905	63,2*
90-94	982	494	177	232	1.885	
95 e +	210	124	42	49	425	
TOTALE	**40.587**	**24.441**	**12.425**	**14.729**	**92.182**	**19,2**

** Tasso calcolato considerando globalmente le ultime tre classi d'età*

Fonte: aziende sanitarie, PAB – ufficio Economia sanitaria

3.2.8. Valutazioni conclusive sul sistema dei ricoveri ospedalieri per acuti

3.2.8.1. Motivazioni e criteri valutativi

PERCHÈ VALUTARE

A conclusione della parte sull'assistenza ospedaliera nella Provincia Autonoma di Bolzano viene proposta una sintesi valutativa. Motivazioni e criteri di riferimento della valutazione sono:

- l'assistenza ospedaliera rappresenta circa il 50% della produzione sanitaria e del consumo di risorse del Servizio Sanitario Provinciale;
- i processi produttivi e la produzione ospedaliera hanno raggiunto standard consolidati e condivisi, per cui è relativamente più facile che per altri livelli assistenziali effettuare confronti interni alla Provincia e con situazioni esterne, nazionali e internazionali;
- l'applicazione del sistema DRG di classificazione dei ricoveri facilita la valorizzazione della produzione e le valutazioni di efficienza produttiva;
- il Piano Sanitario Provinciale 2000-2002 contiene precise prescrizioni di tendenza e di traguardo per la produzione ospedaliera delle strutture provinciali e per il ricorso all'ospedale da parte dei residenti nel territorio provinciale;
- è possibile ricostruire per alcuni fenomeni ospedalieri serie storiche con dati relativamente confrontabili nel tempo, per cui la valutazione della situazione del 2005 può essere ricondotta alle tendenze evolutive in atto in Alto Adige;
- il PSP 2000-2002 prescrive che tra i contenuti della Relazione sanitaria provinciale debbano figurare anche informazioni sul processo attuativo del Piano Sanitario Provinciale.

COSA VALUTARE

Tenendo conto anche delle prescrizioni del PSP 2000-2002 conviene suddividere i fenomeni ospedalieri da valutare in tre ambiti:

1) variabili della produzione ospedaliera effettuata dalle strutture ubicate nel territorio provinciale, in particolare quelle pubbliche (sette ospedali delle quattro aziende sanitarie);
2) variabili del ricorso ai ricoveri ospedalieri ovunque effettuati da parte dei residenti in Provincia Autonoma di Bolzano, in particolare per quelli a carico del Servizio Sanitario Provinciale;
3) variabili della mobilità attiva e passiva dei ricoveri ospedalieri.

3.2.8.2. Efficienza e qualità della produzione ospedaliera dei ricoveri

Le strutture ospedaliere provinciali per acuti e post-acuti nella Provincia Autonoma di Bolzano nel 2005 avevano a disposizione 1.957 posti letto regime ordinario per acuti (comprese 86 culle), 187 posti letto per il regime diurno e 329 letti post-acuzie (di cui 10 posti letto in regime diurno). In complesso i letti, escluse 86 culle del nido, sono 2.387 (2.245 pubblici e privati accreditati), pari a 4,95 per 1.000 abitanti, di cui 4,27 per acuti e 0,68 per post-acuti. Se si escludono i posti letto delle strutture non accreditate, il valore scende a 4,67 posti letto per 1.000 abitanti di cui 0,65 per la Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie. Nel 1996 i posti letto erano 2.827 (6,2 per 1000 abitanti). In nove anni i posti letto per acuti e post-acuti sono diminuiti di 1,25 punti per 1.000 abitanti.

Lo standard dei posti letto di produzione ospedaliera per 1.000 abitanti attivi nel territorio per una provincia di 481.095 abitanti, molto aperta ai movimenti con l'esterno, non è direttamente confrontabile con i valori standard fissati a livello nazionale, essendo più appropriato il confronto con i posti letto equivalenti ai ricoveri effettivamente effettuati ovunque dai residenti. La dotazione strutturale rimane comunque a livelli superiori rispetto allo standard nazionale[11] di 3,5 posti letto per 1.000 abitanti a cui va aggiunto 1 posto letto per 1.000 abitanti riservato alla Riabilitazione ed alla Lungodegenza post-acuzie. Rimane ancora un limitato squilibrio tra posti letto per acuti e post-acuti, a favore dei primi (0,68 riservati alla post-acuzie invece di 1,0 per 1.000 abitanti).

DIMENSIONE DELLA PRODUZIONE OSPEDALIERA

Il numero dei ricoveri per acuti in regime ordinario prodotti negli ultimi nove anni è diminuito: dai 93.538 ricoveri del 1996 ai 77.515[12] del 2005. E' invece aumentata la quota di ricoveri prodotta dalle strutture pubbliche: da 93,0% a 94,9%.

In questi ultimi nove anni il tasso di ospedalizzazione non ha subito sostanziali variazioni, rimanendo ancora molto elevato (pari nel 2005 a 206,6) rispetto allo standard dei 180 ricoveri per 1000 abitanti.

Nel 2005, le strutture pubbliche e private provinciali hanno prodotto 106.997 ricoveri di cui 103.215 per acuti. I ricoveri per acuti a favore di residenti fuori provincia sono stati 11.033 (19 non a carico del SSN). L'indice di attrazione extraprovinciale nel 2005 è stato pari a 10,7%, che risulta diminuito rispetto all'anno precedente.

Nove anni prima, nel 1996, la situazione era molto simile: l'attrazione extraprovinciale era di 10,5%.

[11] Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano – Marzo 2005

[12] Sono esclusi 3.892 neonati sani

Nel 2005 i ricoveri per acuti consumati da altoatesini in strutture esterne al territorio provinciale sono stati 7.230 determinando una fuga del 7,3% dei ricoveri dei residenti in Alto-Adige di poco inferiore all'indice percentuale di fuga registrato nove anni prima, nel 1996, pari a 7,8%.

Tabella 65: **Indicatori sintetici provinciali di qualità ed efficienza della produzione di ricoveri ospedalieri, in regime ordinario e diurno – Anni 1996 e 2005**

Indicatori	*Provincia Autonoma di Bolzano*	
	1996	*2005*
Dotazione dei posti letto per acuti	*2.653*	*2.058*
Dotazione dei posti letto per post-acuti	*174*	*329*
Quota percentuale dei posti letto pubblici (acuti+post-acuti)	*82,6%*	*82,7%*
Dotazione dei posti letto x 1.000 abitanti (acuti+post-acuti)	*6,22*	*4,95*
Dotazione dei posti letto x 1.000 abitanti (post-acuti)	*0,38*	*0,68*
Tasso di utilizzo dei posti letto per acuti x 100 (ospedali pubblici)	*73,7*	*77,4*
Degenza media per unità DRG equivalente di ricovero (giorni) (ospedali pubblici)	*8,1*	*6,0*
Ricoveri per acuti e post-acuti negli istituti pubblici e privati	*95.143*	*106.997*
Ricoveri per acuti in regime ordinario negli istituti pubblici e privati	*93.538*	*77.515***
Quota percentuale di ricoveri per acuti negli ospedali pubblici	*93,0%*	*94,9%*
Peso medio DRG dei ricoveri per acuti in regime ordinario negli ospedali pubblici	*0,88*	*1,09*
Tasso di ospedalizzazione dei residenti in regime ordinario (ricoveri per acuti)	*203,0*	*155,6*
Tasso di ospedalizzazione dei residenti in regime diurno (ricoveri per acuti)	*4,4**	*51,0*
Indice di attrazione extraprovinciale (ricoveri per acuti)	*10,5*	*10,7*
Indice di fuga extraprovinciale (ricoveri per acuti)	*7,8*	*7,3*

** Dato del 1998*
*** Esclusi 3.892 neonati sani*

Fonte: aziende sanitarie

DIECI INDICATORI DI EFFICIENZA ED EFFICACIA

Sono stati scelti dieci indicatori di efficienza, efficacia ed appropriatezza, al fine di rappresentare alcuni importanti fenomeni della produzione ospedaliera pubblica di ricoveri ordinari per acuti nella Provincia Autonoma di Bolzano, quelli per i quali il PSN prescrive traguardi specifici o tendenze evolutive da perseguire.

I primi due indicatori della Tabella 66 misurano aspetti rilevanti della efficienza ospedaliera: il livello di utilizzo delle potenzialità produttive massime e dei corrispondenti costi fissi impegnati, la durata media della degenza per unità DRG equivalente di ricovero, misura empirica sintetica dell'efficienza complessiva dell'attività ospedaliera di ricovero.

Tabella 66: **Indicatori di qualità ed efficienza della produzione di ricoveri per acuti, in regime ordinario e diurno, per singolo ospedale pubblico – Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Silandro	Bressanone	Vipiteno	Brunico	San Candido
1. Tasso di utilizzo dei posti letto	76,9%	81,6%	72,8%	79,9%	65,3%	80,2%	65,7%
2. Degenza media per unità DRG equivalente di ricovero (giorni)	6,1	6,0	7,3	5,5	5,7	6,0	6,3
3. Peso medio DRG dei ricoveri	1,21	1,10	0,89	1,12	0,83	0,95	0,88
4. Percentuale di parti cesarei sul totale dei parti	24,3%	23,6%	17,1%	23,7%	21,2%	25,5%	20,2%
5. Percentuale di ricoveri di 1 giorno (comprese urgenze)	6,8%	6,3%	8,6%	7,3%	11,7%	10,6%	12,3%
6. Percentuale di ricoveri diurni approrpriati sul totale dei ricoveri (DGP n. 3878 del 4/11/2003)	16,1%	19,5%	14,7%	18,9%	22,4%	17,4%	20,4%
7. Percentuale di ricoveri diurni medici non appropriati sul totale dei ricoveri diurni medici (DGP n. 3878 del 4/11/2003)	71,0%	51,3%	56,8%	57,8%	84,8%	82,7%	71,8%
8. Percentuale di ricoveri oltre soglia ammissibilità per i 43 DRGs a rischio (DGP n. 4434 del 9/12/2003)	5,0%	12,4%	22,1%	11,4%	10,9%	11,9%	8,8%
9. Percentuale di ricoveri ordinari trasferibili in diurno sul totale dei ricoveri ordinari (secondo DGP n. 3878 del 4/11/2003)	3,2%	1,7%	1,9%	3,8%	2,2%	2,5%	3,0%
10. Indice di attrazione complessiva (al netto delle convenzioni)	19,3	16,8	7,0	40,5	35,0	26,1	31,9

Fonte: aziende sanitarie

Considerata l'importanza che l'appropriatezza organizzativa riveste nell'ambito del miglioramento continuo della qualità al fine della razionalizzazione delle risorse sono stati inseriti 7 indicatori (dall'indicatore numero 3 all'indicatore numero 9). Tali indicatori, utili per il monitoraggio e il controllo sulla qualità dell'assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese e per il confronto tra ospedali, sono definiti secondo le indicazioni previste dalla recente deliberazione provinciale n. 2464 del 3/07/06 "Controlli interni ed esterni di tipo sanitario sui ricoveri ospedalieri della Provincia Autonoma di Bolzano".
Si precisa che:

a) l'indicatore "5. Percentuale di ricoveri ordinari medici di 1 giorno (comprese urgenze)" è stato calcolato:
   - escludendo:
     - i ricoveri di pazienti deceduti, autodimessi, trasferiti ad altro istituto,
     - i ricoveri di pazienti con età inferiore a 1 anno o maggiore a 75 anni,
     - i ricoveri di pazienti non sottoposti ad intervento chirurgico per decisione del paziente o per asopraggiunta complicanza,
     - i ricoveri effettuati nelle unità operative di Psichiatria,
     - i ricoveri per chemioterapia o radioterapia,
     - i ricoveri per minaccia d'aborto o falso travaglio,
     - i ricoveri erogabili in regime diurno.
b) l'indicatore "6. Percentuale di ricoveri diurni appropriati sul totale dei ricoveri (DGP n. 3878 del 4/11/2003)", a differenza del 2004, è stato calcolato, nel 2005, considerando appropriato il 30% dei ricoveri diurni medici che non presentavano alcuna procedura della lista. Si è ritenuto, infatti, che tale quota potesse essere comprensiva dei

ricoveri effettuati in regime diurno per l'erogazione di trattamenti non effettuabili in regime ambulatoriale al fine di garantire la salvaguardia della sicurezza del paziente (somministrazione di particolari farmaci, peculiari cartatteristiche cliniche del paziente, ecc.).

c) l'indicatore "9. Percentuale di ricoveri ordinari trasferibili in diurno sul totale dei ricoveri ordinari (escluse le urgenze) (secondo DGP n. 3878 del 4/11/2003)" è stato calcolato
   - considerando:
     - i ricoveri con durata di degenza di 1 giorno con un intervento della lista del ricovero diurno e con altre procedure o interventi chirurgici,
     - i ricoveri di 2 giorni con 1 intervento della lista del ricovero diurno con eventuale presenza di procedure (codici ICD 9 CM > "8700"),
   - escludendo:
     - i ricoveri urgenti,
     - i ricoveri di pazienti deceduti, autodimessi, trasferiti ad altro istituto,
     - i ricoveri di pazienti con età inferiore a 1 anno o maggiore a 75 anni,
     - i ricoveri di pazienti non sottoposti ad intervento chirurgico per decisione del paziente,
     - i ricoveri afferenti a DRGs psichiatrici,
     - i ricoveri per chemioterapia o radioterapia.

Nel modello valutativo è stato inoltre inserito un indicatore che misura la capacità attrattiva degli ospedali, che rivela indirettamente la qualità percepita dei cittadini.

Al fine di consentire una valutazione sintetica delle performance espresse dagli ospedali pubblici della Provincia Autonoma di Bolzano, nella Tabella 67 è proposto un modello di sintesi dei livelli di qualità ed efficienza basato sui predetti 10 indicatori. Per ciascun indicatore/ospedale è proposto il calcolo di un punteggio P espresso sulla scala 25 – 100, che assume valori crescenti proporzionalmente al livello raggiunto di performance specifica (25= minima accettabile, 100= situazione di eccellenza). Il calcolo dell'indice di punteggio P richiede la definizione di valori target del corrispondente indicatore: V_P = valore peggiore, al quale è associata una performance bassa, minima accettabile del fenomeno, e quindi un valore di P pari a 25 punti percentuali; V_M= valore migliore, situazione di eccellenza del fenomeno, P= 100. Il calcolo di P per valori intermedi V_E dell'indicatore tra V_P e V_M viene effettuato in base alle seguenti espressioni (ipotesi di proporzionalità):

a) per indicatori a valori direttamente proporzionali alla performance

$$P = 25+(100-25)\frac{V_E - V_P}{V_M - V_P}$$

b) per indicatori a valori inversamente proporzionali alla performance

$$P = 25+(100-25)\frac{V_P - V_E}{V_P - V_M}$$

La scelta dei valori target è stata fatta per alcuni in base ai parametri standard definiti dalla programmazione provinciale e/o nazionale per altri in base al confronto interno alla variabilità dei valori assunti dagli indicatori nei sette ospedali pubblici della Provincia. Il punteggio medio sintetico per ospedale è la media semplice dei punteggi relativi ai 10

indicatori. I punteggi medi per azienda sanitaria sono ottenuti facendo la media aritmetica ponderata dei punteggi medi dei relativi ospedali, con pesi il numero dei ricoveri effettuati.

I punteggi medi per ospedale assumono valori che vanno da 41 (Ospedale di Silandro) a 68 (Ospedale di Merano). I valori dei punteggi medi aziendali variano tra P=53 dell'Azienda Sanitaria di Brunico e P=63 dell'Azienda Sanitaria di Merano.

La media provinciale del punteggio di qualità e di efficienza della produzione pubblica ospedaliera di ricoveri per acuti risulta pari a P=55. Rispetto al campo di variabilità di P, da 25 a 100, il valore medio provinciale si colloca al 40% del percorso verso la situazione di eccellenza prefigurata dai valori target migliori dei 10 indicatori utilizzati.

Tabella 67: **Indicatori P (25 ≤ P ≤ 100) di qualità ed efficienza degli ospedali pubblici, ricoveri per acuti, in regime ordinario e diurno – Anno 2005**

Indicatori	Valori target		Bolzano	Merano	Silandro	Bressanone	Vipiteno	Brunico	San Candido
	Peggiore (P=25)	Migliore (P=100)	P 2005	P 2005	P 2005	P 2005	P 2005	P 2005	P 2005
1. Tasso di utilizzo dei posti letto x 100	75,0%	80,0%	54	100	25	99	25	100	25
2. Degenza media per unità DRG equivalente di ricovero (giorni)	7,5	6,0	96	98	33	100	100	100	87
3. Peso medio DRG dei ricoveri	0,9	1,3	83	63	25	66	25	34	25
4. Percentuale parti cesarei sul totale dei parti	22,0%	15,0%	25	25	77	25	33	25	45
5. Percentuale ricoveri di 1 giorno (comprese urgenze)	10,0%	5,0%	73	81	47	66	25	25	25
6. Percentuale di ricoveri diurni approrpriati sul totale dei ricoveri (DGP n. 3878 del 4/11/2003)	15,0%	20,0%	41	92	25	84	100	61	100
7. Percentuale ricoveri diurni medici non appropriati (DGP n. 3878 del 4/11/2003)	70,0%	30,0%	25	60	50	48	25	25	25
8. Percentuale ricoveri oltre soglia ammissibilità per i 43 DRGs a rischio (DGP n.4434 del 9/12/2003)	10,0%	5,0%	100	25	25	25	25	25	43
9. Trasferibilità da ordinario a diurno (secondo DGP n. 3878 del 4/11/2003)	3,0%	1,5%	25	88	81	25	67	52	25
10. Indice di attrazione (al netto delle convenzioni)	10,0%	30,0%	60	51	25	100	100	86	100
VALORI MEDI DI P PER OSPEDALE			**58**	**68**	**41**	**64**	**53**	**53**	**50**
VALORI MEDI DI P PER AZIENDA SANITARIA			**58**	**63**		**61**		**53**	

Fonte: aziende sanitarie

La media provinciale del punteggio di qualità e di efficienza della produzione pubblica ospedaliera di ricoveri ordinari per acuti risulta pari a P=55. Rispetto al campo di variabilità di P, da 25 a 100, il valore medio provinciale si colloca al 40% del percorso verso la situazione di eccellenza prefigurata dai valori target migliori dei 10 indicatori utilizzati.

3.3. ASSISTENZA OSPEDALIERA PER POST-ACUTI IN REGIME DI RICOVERO

Negli ultimi otto anni i posti letto dedicati ai ricoveri post-acuti sono aumentati notevolmente passando da 174 posti letto del 1996 a 329 (di cui 15 non accreditati) del 2005. La dotazione dei posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, pari a 0,67 per mille abitanti, rimane ancora al di sotto del parametro nazionale del 1 per mille abitanti.

Nel 2005 sono stati effettuati, nelle strutture pubbliche e private provinciali, 1.825 ricoveri nelle unità operative di Lungodegenza e 1.883 in quelle di Recupero e Riabilitazione funzionale.

Altri 48 ricoveri di lungodegenza sono stati effettuati da residenti in Alto Adige nelle strutture presenti nel territorio nazionale. Più elevato risulta il ricorso a strutture extraprovinciali per quanto riguarda la riabilitazione: nel 2005 sono stati effettuati 337 ricoveri altoatesini fuori provincia di cui 271 in strutture italiane, 61 in strutture austriache, 5 nell'unità spinale e 5 in neuroriabilitazione.

Più di un terzo delle diagnosi di dimissioni dei ricoveri registrati fuori provincia sono rappresentate da patologie gravi quali le mielolesioni, come la paraplegia o tetraplegia, che richiedono strutture idonee non presenti in Provincia di Bolzano.

3.3.1. Posti letto per post-acuti

POSTI LETTO DI RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA POST-ACUZIE

Nelle strutture provinciali sono presenti complessivamente 329 posti letto per post-acuti, il 32,8% dei quali sono in strutture pubbliche. I posti letto per post-acuti in strutture private sono complessivamente 221, pari al 67,2% del totale, e dislocati esclusivamente nelle aziende sanitarie di Bolzano e Merano.

Per la riabilitazione ospedaliera post-acuzie sono riservati 163 posti letto pari a 0,34 per 1.000 abitanti; per la lungodegenza ospedaliera post-acuzie i posti letto riservati sono 166, pari a 0,35 per 1.000 abitanti.

Tabella 68: **Posti letto di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie negli istituti di cura – Anno 2005**

	Posti letto di riabilitazione (codice 56.00)	Posti letto di lungo-degenza post-acuzie (codice 60.00)	Totale
Ospedale di Bolzano	10°	-	10
Ospedale di Merano	20	10	30*
Ospedale di Bressanone	15**	11	26
Ospedale di Brunico	8	19	27
Ospedale di Silandro	-	6°°	6
Ospedale di Vipiteno	4	5	9
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	**57**	**51**	**108**
Casa di Cura S. Maria	-	15 (non accreditati)	15
Casa di Cura Fonte S. Martino	18	33°°°	51
Casa di Cura Bonvicini	44	42	86
Casa di Cura Villa Melitta	44	25	69
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	**106**	**115**	**221**
TOTALE ISTITUTI DI CURA	**163**	**166**	**329**

** Un posto letto di riabilitazione post-acuzie è in regime diurno e i posti letto della lungodegenza post-acuzie sono stati attivati dal 15.11.2005*
*** Quattro posti letto sono in regime diurno*
° Di cui 5 posti letto in regime ordinario e 5 posti letto in regime diurno
°° Attivi dal 18.10.2005
°°° Esclusi 6 posti letto nel reparto palliativo

Fonte: aziende sanitarie

3.3.2. Riabilitazione post-acuzie

L'analisi esposta in questo capitolo si basa sui dati estratti dall'archivio della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) alla fine di maggio 2006; le schede SDO inviate successivamente a tale data non state considerate.

Nel 2005 ci sono stati complessivamente 2.033 ricoveri nei reparti di riabilitazione post-acuzie, di cui 76 in regime diurno. Dei 1.957 ricoveri in regime ordinario registrati nel 2005 il 69,3% sono stati effettuati nelle strutture private della Provincia.

Tabella 69: **Ricoveri in regime ordinario, giornate di degenza, degenza media e mediana nelle unità operative di riabilitazione post acuzie delle strutture provinciali - Anno 2005**

Istituti di cura	N. ricoveri	% sul totale	Giornate di degenza*	Degenza media	Degenza mediana
Ospedale di Bolzano	35	1,8	984	28,1	21
Ospedale di Merano	282	14,4	6.185	21,9	16
Ospedale di Bressanone	152	7,8	3.783	24,9	19
Ospedale di Brunico	89	4,5	2.469	27,7	18
Ospedale di Vipiteno	43	2,2	902	21,0	14
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	**601**	**30,7**	**14.323**	**23,8**	**17**
Casa di cura Bonvicini	492	25,1	14.258	29,0	28
Casa di cura Villa Melitta	579	29,6	15.971	27,6	24
Casa di cura Fonte S. Martino	285	14,6	6.357	22,3	21
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	**1.356**	**69,3**	**36.586**	**27,0**	**26**
TOTALE	**1.957**	**100,0**	**50.909**	**26,0**	**23**

(*) Sono stati detratti i giorni di permesso

Fonte: aziende sanitare

DEGENZA MEDIA

Relativamente alla degenza media si osservano due diverse strategie assistenziali: da una parte gli ospedali di Merano, Vipiteno, e la Casa di Cura privata Fonte S. Martino trattano i pazienti mediamente per 21 giorni dall'altra gli ospedali di Bolzano, Brunico e le case di cura Bonvicini, Villa Melitta per ciascun trattamento trattengono il paziente mediamente circa 7 giorni in più.

Tabella 70: **Ricoveri in regime diurno, numero accessi, accessi medi e mediani nelle unità operative di riabilitazione post acuzie delle strutture provinciali - Anno 2005**

Istituti di cura	N. ricoveri	% sul totale	Giorni di accesso	Accessi medi	Mediana
Ospedale di Bolzano	19	25,0	366	19,3	14,0
Ospedale di Merano	1	1,3	21	21,0	21,0
Ospedale di Bressanone	55	72,4	963	17,5	13,0
Ospedale di Vipiteno	1	1,3	5	5,0	5,0
TOTALE	**76**	**100,0**	**1.355**	**17,8**	**13,5**

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 71: **Importo tariffario complessivo, tariffa media e tariffa mediana dei ricoveri ordinari e diurni nelle unità operative di riabilitazione post acuzie delle strutture provinciali – Anno 2005**

Istituti di ricovero	N. ricoveri	Importo tariffario complessivo	Tariffa mediana	Tariffa media
Ospedale di Bolzano	54	255.914,09	4.739,15	3.843,95
Ospedale di Merano	283	1.216.983,37	4.300,29	3.297,00
Ospedale di Bressanone	207	910.173,37	4.396,97	3.626,10
Ospedale di Brunico	89	502.663,75	5.647,91	4.239,00
Ospedale di Vipiteno	44	192.878,87	4.383,61	3.092,85
Casa di cura Bonvicini	492	2.650.910,93	5.388,03	5.335,96
Casa di cura Villa Melitta	579	2.824.021,75	4.877,41	4.383,11
Casa di cura Fonte S. Martino	285	1.189.528,50	4.173,78	4.001,97
TOTALE	**2.033**	**9.743.074,63**	**4.792,46**	**4.266,00**

Fonte: aziende sanitarie

RICOVERI PER DRG

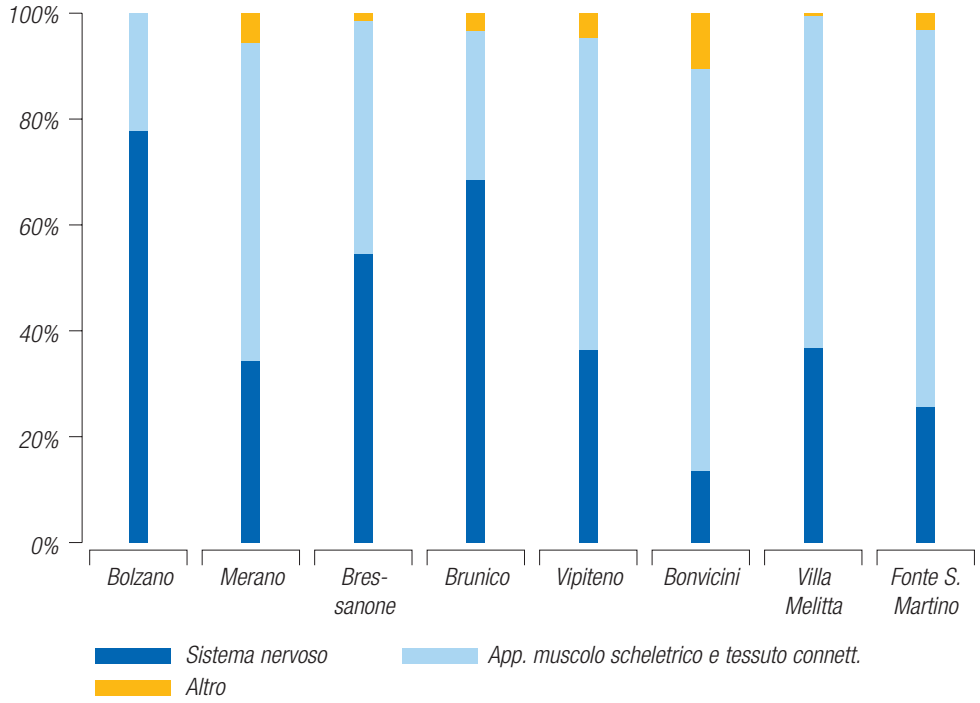
Nella Tabella 72 relativa ai ricoveri per DRG (Diagnosis Related Groups) si notano quote relativamente consistenti di ricoveri per trattamento riabilitativo di malattie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo (DRG 256) negli ospedali di Merano, Vipiteno e Bressanone. I pazienti con malattie degenerative del sistema nervoso (DRG 012) sono trattati prevalentemente negli ospedali di Bressanone, Brunico, Bolzano e nella Casa di Cura Villa Melitta.

Tabella 72: **Ricoveri in regime ordinario e diurno per DRG nelle unità operative di riabilitazione post acuzie degli istituti provinciali – Anno 2005**

DRG	Descrizione DRG	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Vipiteno	C.C. Bonvicini	C.C. Villa Melitta	C.C. Fonte S. Martino	Totale
256	Altre diagnosi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	7	95	54	7	21	143	200	136	663
012	Malattie degenerative del sistema nervoso	14	58	57	37	9	39	152	50	416
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	3	56	18	4	3	139	92	39	354
243	Affezioni mediche del dorso	1	11	7	-	2	44	49	20	134
034	Altre malattie del sistema nervoso, con cc	8	18	23	8	-	1	14	6	78
009	Malattie e traumatismi del midollo spinale	13	11	6	9	2	2	9	2	54
018	Malattie dei nervi cranici e periferici, con cc	1	-	2	3	2	7	16	4	35
035	Altre malattie del sistema nervoso, senza cc	6	4	11	2	1	2	4	3	33
248	Tendinite, miosite e borsite	-	-	-	-	-	20	8	4	32
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	-	6	7	1	-	-	12	4	30
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	-	7	-	-	2	7	-	3	19
019	Malattie dei nervi cranici e periferici, senza cc	-	-	3	-	-	10	4	1	18
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche, senza cc	-	1	3	3	-	5	3	-	15
239	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	1	-	1	-	-	5	7	-	14
244	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con cc	-	1	-	-	-	8	3	1	13
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	-	-	-	-	-	10	-	-	10
014	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	-	-	1	-	2	6	-	-	9
	TOTALE PARZIALE	**54**	**268**	**193**	**74**	**44**	**448**	**573**	**273**	**1.927**
	TOTALE	**54**	**283**	**207**	**89**	**44**	**492**	**579**	**285**	**2.033**

Fonte: aziende sanitarie

Figura 53: **Distribuzione percentuale dei ricoveri ordinari e diurni per MDC nelle unità operative di riabilitazione post-acuzie per struttura provinciale – Anno 2005**



Analizzando i ricoveri per categoria diagnostica principale o MDC (Major Diagnostic Categories), ognuna delle quali raggruppa le malattie e i disturbi di un apparato, emerge che 1.263 ricoveri (il 62% del totale) rientrano nella categoria MDC "Malattie e disturbi del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo" e 682 (33%) nella MDC 1 "Malattie e disturbi del sistema nervoso".

Per i ricoveri di riabilitazione post-acuzie nel contenuto informativo della SDO è stato introdotto anche una variabile che permette di distinguere i ricoveri di riabilitazione in post-acuti, di mantenimento e di valutazione, così definiti:

- ricovero post acuto: ricoveri post-acuti di riabilitazione per patologie disabilitanti per le quali risulta facilmente identificabile un evento acuto che determina la necessità di intervento riabilitativo, quale ictus cerebrale, trauma, intervento chirurgico; tali ricoveri devono essere effettuati nella fase dell'immediata post acuzie della malattia, ossia entro 30 giorni dalla dimissione da reparti ospedalieri per acuti o da reparti ospedalieri di riabilitazione (di II e III livello).
- ricovero di mantenimento: ricovero per la fase di completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione o per la prevenzione della progressione della malattia. Esso non si pone in continuità con la fase dell'immediata post-acuzie della malattia. L'intervallo temporale trascorso dalla dimissione dall'ospedale per acuti supera i 30 giorni.
- ricovero programmato di valutazione: ricovero pianificato a scopo di valutazione, che richiede al massimo 10 giorni di degenza in cui vi è un elevato impegno diagnostico medico specialistico finalizzato alla predisposizione del progetto terapeutico e alla verifica della effettiva possibilità di realizzazione dei programmi riabilitativi.

Si precisa che l'attribuzione di ogni singolo ricovero ad una delle 3 diverse categorie è determinato dalla valutazione clinica dei medici di ogni singola struttura.

Nel 2005 il 94,7% dei ricoveri di riabilitazione sono stati classificati in post acuti, il 4,1

% in ricoveri di mantenimento, mentre quelli di valutazione rappresentano solo l'1,1% del totale.

Tabella 73: **Ricoveri ordinari di riabilitazione post acuzie per tipo di ricovero di riabilitazione e per struttura provinciale – Anno 2005**

	Post acuto	*Mantenimento*	*Valutazione*	*Totale*
Ospedale di Bolzano	*30*	*5*	*-*	*35*
Ospedale di Merano	*258*	*21*	*3*	*282*
Ospedale di Bressanone	*125*	*22*	*5*	*152*
Ospedale di Brunico	*56*	*19*	*14*	*89*
Ospedale di Vipiteno	*42*	*1*	*-*	*43*
Casa di cura Bonvicini	*492*	*-*	*-*	*492*
Casa di cura Villa Melitta	*579*	*-*	*-*	*579*
Casa di cura Fonte S. Martino	*272*	*13*	*-*	*285*
TOTALE	***1.854***	***81***	***22***	***1.957***

Fonte: aziende sanitarie

Al fine di misurare in modo adeguato lo stato funzionale e le specificità cliniche (menomazioni) dei pazienti in trattamento riabilitativo viene analizzato il punteggio FIM. La scala FIM è composta complessivamente da 18 voci (raggruppate in 6 livelli), di cui le prime 13 descrivono il "dominio" funzionale motorio e riguardano la cura della persona, il controllo sfinterico, la mobilitá e la locomozione, mentre gli ultimi cinque descrivono il "dominio" cognitivo e riguardano la comunicazione e le capacità relazionali/cognitive. La valutazione delle disabilità viene effettuata attribuendo ad ogni voce un punteggio che va da 1 a 7 dove 7 rappresenta l'autosufficienza completa e 1 l'assistenza totale e quindi la non autosufficienza completa.

Complessivamente si va da un punteggio minimo di 18 (assistenza totale) a un massimo di 126 (autosufficienza completa).

I pazienti devono essere valutati sia all'ammissione nell'unitá operativa di riabilitazione che alla loro dimissione; in tal modo è possibile verificare se ci sia stato un miglioramento del paziente e se il trattamento riabilitativo sia stato efficace.

Nel sistema FIM è stata introdotta una classificazione di diagnosi (Rehabilitation Impairment Codes o RIC) che individua 14 macro-categorie definite in base all'organo o sistema coinvolto; una sotto-classificazione genera di fatto 69 entità nosologiche mutuamente esclusive. La Tabella 74 mostra le macro-categorie presenti a livello provinciale e nei dati di riferimento, che evidenzia che oltre la metà dei ricoveri (58,5%) sono relativi a patologie ortopediche.

Si precisa che in questa analisi come in quelle successive relative ai punteggi FIM sono stati esclusi i ricoveri di pazienti deceduti nonché i ricoveri con durata inferiore ai 7 giorni; infatti, poiché la valutazione FIM deve essere effettuata, una prima volta, entro 72 ore dal ricovero e, una seconda volta, nelle 72 ore precedenti la dimissione, nel caso che tali ricoveri non venissero esclusi, si potrebbero avere delle rilevazioni FIM troppo ravvicinate nel tempo e pertanto non significative.

Nel 2005 i ricoveri con degenza pari o superiori a 7 giorni (non brevi) nelle unità operative di riabilitazione post-acuta, esclusi anche i 14 ricoveri relativi a pazienti deceduti, sono stati complessivamente 1.876.

Tabella 74: **Ricoveri ordinari di riabilitazione post acuzie (non brevi ed esclusi i deceduti) per patologia secondo il sistema RIC-FIM - Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Vipiteno	C.C. Bonvicini	C.C. Villa Melitta	C.C. Fonte S. Martino	Totale
Patologia ortopedica	6	144	64	11	25	317	348	183	1.098
Ictus cerebrale	7	49	37	30	10	21	129	39	322
Malattia neurologica	5	8	10	11	2	10	53	11	110
Cerebropatia	7	20	15	14	3	15	20	10	104
Mielopatia	7	14	2	8	1	13	14	11	70
Artropatia	-	4	1	12	-	18	-	1	36
Algie	-	6	-	-	-	27	1	2	36
Politrauma	-	3	15	-	1	6	4	1	30
Cardiopatie	-	-	-	2	-	16	-	2	20
Pneumopatie	-	1	-	-	-	14	-	2	17
Altre menomaz. disab.	-	1	-	-	-	8	1	6	16
Amputazione di arto	1	4	2	1	-	3	2	2	15
Deformità congenite	-	1	-	-	-	-	-	1	2
TOTALE	***33***	***255***	***146***	***89***	***42***	***468***	***572***	***271***	***1.876***

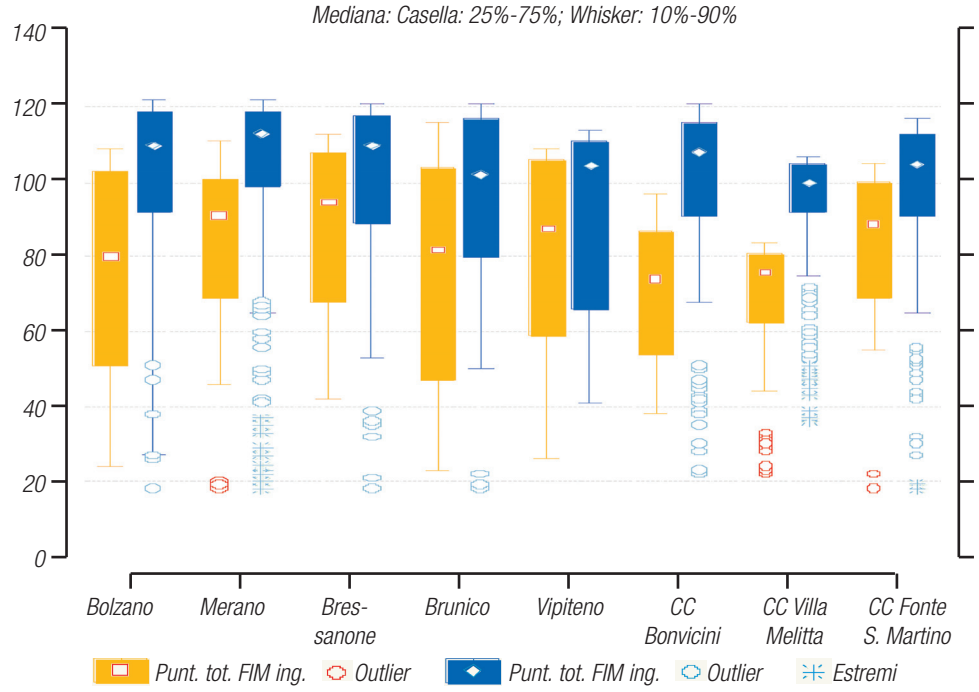
Fonte: aziende sanitarie

Il punteggio medio FIM totale all'ingresso è stato di 75,9 punti. Al di sotto della media si collocano gli ospedali di Bolzano (73,2 punti) e Brunico (75,1 punti) e le case di cura Bonvicini (70,9 punti) e Villa Melitta (70,3 punti), mentre l'ospedale di Bressanone ha registrato il punteggio medio più alto pari a 85,8 punti.

Relativamente al punteggio medio alla dimissione, pari a 99,4 punti nel complesso delle strutture, si evidenziano differenze significative tra le diverse strutture: l'ospedale di Merano conferma il punteggio molto elevato dell'ingresso (da 102,8 punti), mentre si collocano in posizione più bassa l'ospedale di Vipiteno con 89,6 punti, l'ospedale di Brunico con 93,8 punti, e l'ospedale di Bolzano con 94,3 punti.

Nella Figura 54 il punto centrale dei box plot rappresenta la mediana, il "soffitto" e "pavimento" corrispondono al 25° e 75° percentile, mentre i "baffi" (c.d. whiskers) inferiore e superiore si estendono rispettivamente al 10° e 90° percentile. I singoli punti rappresentano "outliers", ovvero casi che si trovano, rispetto al "pavimento" o al "soffitto", ad una distanza pari almeno a 1,5 volte l'estensione del box stesso (ma per meno di 3 volte). Si definiscono "estremi" i casi posti a distanza ancora maggiore dal "pavimento" o dal "soffitto" del box.

Figura 54: **Punteggio FIM totale all'ingresso e alla dimissione - Anno 2005**



Nelle tabelle seguenti il punteggio FIM all'ingresso e alla dimissione è esposto separatamente per la dimensione motoria e cognitiva

Tabella 75: **FIM all'ingresso, dimensione motoria: punteggi medi, punteggio minimo e massimo, mediana e deviazione standard - Anno 2005**

Struttura	Media	Minimo	Massimo	Mediana	Deviazione std.
Ospedale di Bolzano	46,0	13	81	51,0	24,2
Ospedale di Merano	54,8	13	91	59,0	19,2
Ospedale di Bressanone	57,9	13	91	62,5	21,2
Ospedale di Brunico	50,5	13	90	53,0	24,7
Ospedale di Vipiteno	48,9	13	78	54,0	23,4
Casa di cura Bonvicini	45,5	14	83	47,0	15,8
Casa di cura Villa Melitta	43,2	13	70	47,0	12,0
Casa di cura Fonte S. Martino	54,1	13	89	59,0	17,1
PROVINCIA	**48,6**	**13**	**91**	**50,0**	**17,6**

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 76: **FIM alla dimissione, dimensione motoria: punteggi medi, punteggio minimo e massimo, mediana e deviazione standard - Anno 2005**

Struttura	Media	Minimo	Massimo	Mediana	Deviazione std.
Ospedale di Bolzano	65,1	13	91	77,0	27,9
Ospedale di Merano	72,2	13	91	80,0	19,5
Ospedale di Bressanone	70,4	13	91	79,0	20,7
Ospedale di Brunico	66,2	13	91	75,0	21,9
Ospedale di Vipiteno	60,3	13	85	71,5	21,9
Casa di cura Bonvicini	70,9	15	90	76,0	16,0
Casa di cura Villa Melitta	66,7	13	84	70,5	11,9
Casa di cura Fonte S. Martino	68,0	13	90	75,0	17,9
PROVINCIA	**68,8**	**13**	**91**	**74,0**	**17,0**

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 77: **FIM all'ingresso, dimensione cognitiva: punteggi medi, punteggio minimo e massimo, mediana e deviazione standard - Anno 2005**

Struttura	Media	Minimo	Massimo	Mediana	Deviazione std.
Ospedale di Bolzano	27,2	5	35	31,0	9,7
Ospedale di Merano	29,2	5	35	33,0	7,6
Ospedale di Bressanone	27,8	5	35	31,0	8,7
Ospedale di Brunico	24,6	5	35	29,0	10,3
Ospedale di Vipiteno	28,6	6	35	33,0	9,3
Casa di cura Bonvicini	25,4	6	35	27,0	6,9
Casa di cura Villa Melitta	27,1	8	35	29,0	4,6
Casa di cura Fonte S. Martino	29,4	5	35	30,0	4,9
PROVINCIA	**27,3**	**5**	**35**	**29,0**	**6,8**

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 78: **FIM alla dimissione, dimensione cognitiva: punteggi medi, punteggio minimo e massimo, mediana e deviazione standard - Anno 2005**

Struttura	Media	Minimo	Massimo	Mediana	Deviazione std.
Ospedale di Bolzano	29,3	5	35	32,0	8,6
Ospedale di Merano	30,6	5	35	34,0	6,7
Ospedale di Bressanone	28,6	5	35	32,0	8,1
Ospedale di Brunico	27,7	5	35	30,0	7,9
Ospedale di Vipiteno	29,2	7	35	33,0	8,7
Casa di cura Bonvicini	30,1	7	35	32,0	5,8
Casa di cura Villa Melitta	28,9	14	35	30,0	3,0
Casa di cura Fonte S. Martino	30,0	5	35	31,0	4,8
PROVINCIA	**29,5**	**5**	**35**	**30,0**	**5,7**

Fonte: aziende sanitarie

Rapportando il guadagno in termini di punti FIM (differenza tra FIM totale all'ingresso e alla dimissione) con la durata della degenza (incremento giornaliero) si osserva nella Tabella 79 che i valori più elevati si hanno per la Casa di Cura Bonvicini e l'Ospedale di Merano con 1,1 punti e per la Casa di Cura Villa Melitta con 1,0 punti..

Tabella 79: **Incremento individuale giornaliero medio di punteggio FIM totale (efficienza) per struttura - Anno 2005**

Struttura	Media	Deviazione std.	Min.	Max.	Mediana
Ospedale di Bolzano	0,8	1,0	-0,1	5,3	0,6
Ospedale di Merano	1,1	0,9	-3,3	4,4	1,0
Ospedale di Bressanone	0,6	0,5	-0,2	2,4	0,5
Ospedale di Brunico	0,6	0,9	-1,8	6,7	0,4
Ospedale di Vipiteno	0,7	0,8	-0,6	3,1	0,5
Casa di cura Bonvicini	1,1	0,4	0,0	3,8	1,0
Casa di cura Villa Melitta	1,0	0,4	0,0	2,4	1,0
Casa di cura Fonte S. Martino	0,7	0,5	-1,2	2,0	0,7
PROVINCIA	**0,9**	**0,6**	**-3,3**	**6,7**	**0,9**

Fonte: aziende sanitarie

3.3.2.1. Ricoveri in riabilitazione post-acuzie in strutture nazionali

In questo paragrafo vengono analizzati i ricoveri effettuati da pazienti altoatesini nelle unità operative di riabilitazione post acuzie presenti nelle altre strutture nel resto d'Italia. Verrà accennato brevemente anche ai ricoveri nelle unità operative della neuro-riabilitazione (codice reparto 7500) e nelle unità spinali (codice reparto 2800) nel resto d'Italia. Per quanto riguarda i ricoveri di riabilitazione effettuati da pazienti altoatesini in strutture austriache si rimanda al capitolo successivo "Ricoveri in riabilitazione post acuzie in Austria".

Tabella 80: **Ricoveri ordinari e diurni di altoatesini nelle unità operative di Riabilitazione (codice 5600) di altre regioni italiane – Anno 2005**

Regione addebitante	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Piemonte	2	1	-	-	3
Lombardia	43	9	3	1	56
Prov.aut Trento	63	7	3	1	74
Veneto	71	20	3	13	107
Friuli Venezia Giulia	1	-	-	-	1
Liguria	1	-	-	-	1
Emilia Romagna	13	2	2	1	18
Toscana	-	-	-	1	1
Lazio	1	2	3	-	6
Abruzzo	3	-	-	-	3
Campania	1	-	-	-	1
TOTALE	**199**	**41**	**14**	**17**	**271**

Fonte: PAB - ufficio Economia Sanitaria

I ricoveri di pazienti altoatesini nelle unità operative di riabilitazione post acuzie (cod. 5600) di strutture italiane extraprovinciali sono passati da 216 nel 2004 a 271 nel 2005, di cui 33 ricoveri in regime diurno. La degenza media per i ricoveri ordinari è stata di 17,7 giornate, i ricoveri in regime diurno presentano invece una media di accessi pari a 13,5 giornate.

Le regioni con una maggiore attrazione per i pazienti altoatesini sono la Provincia autonoma di Trento e la Regione Veneto.

Tabella 81: **Ricoveri ordinari, giornate di degenza, degenza media, minima e massima, deviazione standard di altoatesini nelle unità operative di riabilitazione post acuzie (codice reparto 5600) di altre regioni italiane – Anno 2005**

Regione addebitante	Ricoveri	Giornate degenza	Degenza media	Degenza mediana	Degenza minima	Degenza massima	Deviazione std.
Piemonte	3	80	26,7	25,0	18	37	9,6
Lombardia	48	653	13,6	12,0	1	37	9,3
Prov.aut Trento	61	1.063	17,4	18,0	1	72	8,9
Veneto	99	1.647	16,6	18,0	1	53	9,3
Friuli Venezia Giulia	1	23	23,0	23,0	23	23	-
Emilia Romagna	17	479	28,2	23,0	13	106	20,6
Toscana	1	2	2,0	2,0	2	2	-
Lazio	4	203	50,8	58,0	27	60	15,9
Abruzzo	3	56	18,7	21,0	14	21	4,0
Campania	1	10	10,0	10,0	10	10	-
TOTALE	**238**	**4.216**	**17,7**	**18,0**	**1**	**106**	**11,8**

Fonte: PAB - ufficio Economia Sanitaria

Tabella 82: **Ricoveri in regime diurno, giorni di accesso, accessi medi nelle unità operative di riabilitazione post acuzie (codice reparto 5600) di altre regioni italiane – Anno 2005**

Regione addebitante	Ricoveri	Giorni di accesso	Accessi medi
Lombardia	8	26	3,3
Prov.aut Trento	13	115	8,8
Veneto	8	260	32,5
Liguria	1	3	3,0
Emilia Romagna	1	13	13,0
Lazio	2	28	14,0
TOTALE	**33**	**445**	**13,5**

Fonte: PAB - ufficio Economia Sanitaria

RICOVERI IN ALTRE REGIONI PER DRG

Considerando i DRG nei reparti con codice 5600, di cui alla Tabella 83, risulta che il DRG piú frequente è il DRG 256 “Altre diagnosi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo” con una percentuale del 21,4% del totale dei ricoveri.

Tabella 83: **Ricoveri di altoatesini nelle unità operative di riabilitazione (codice reparto 5600) di altre regioni italiane per DRG – Anno 2005**

DRG	Descrizione DRG	N.	%	% cum
256	Altre diagnosi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	58	21,4	21,4
462	Riabilitazione	33	12,2	33,6
145	Altre diagnosi relative all’apparato circolatorio senza cc	26	9,6	43,2
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	25	9,2	52,4
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	14	5,2	57,6
247	Segni e sintomi relativi al sistema muscoloscheletrico e al tessuto connettivo	10	3,7	61,3
13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	9	3,3	64,6
34	Altre malattie del sistema nervoso con cc	9	3,3	67,9
243	Affezioni mediche del dorso	7	2,6	70,5
245	Malattie dell’osso e artropatie specifiche senza cc	7	2,6	73,1
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	7	2,6	75,6
	TOTALE PARZIALE	**205**	**75,6**	
	TOTALE	**271**	**100,0**	

Fonte: PAB - ufficio Economia Sanitaria

RICOVERI IN ALTRE REGIONI PER MDC

Per quanto riguarda la distribuzione dei ricoveri per MDC si osserva una diminuzione dei ricoveri per la categoria “Sistema nervoso” che passa dal 30% del totale dei ricoveri del 2004 al 24% del 2005, mentre si rileva un numero maggiore di ricoveri per la categoria “Apparato muscoloscheletrico e tessuto connettivo” per la quale si registra il 37% dei ricoveri contro il 20% del 2004.

Figura 55: **Ricoveri di riabilitazione post-acuzie (codice reparto 5600) per MDC, mobilità passiva - Anno 2005**

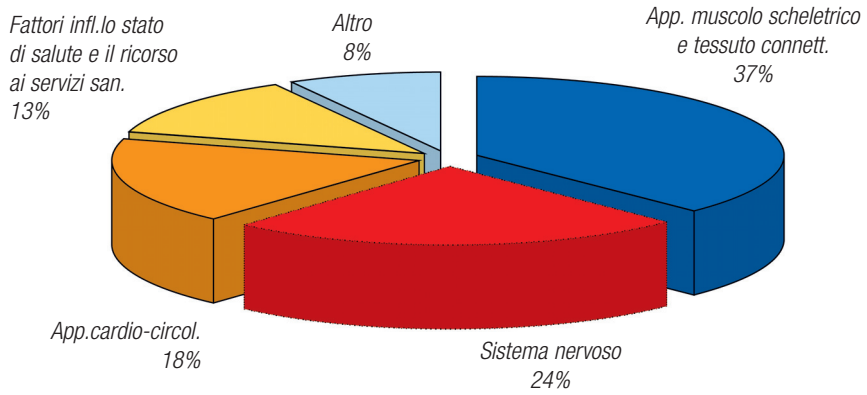


Tabella 84: **Numero, importo tariffario totale e importo tariffario medio dei ricoveri altoatesini nelle unità operative di riabilitazione post acuzie (codice reparto 5600) di altre regioni italiane - Anno 2005**

Regione addebitante	N. ricoveri	Importo tariffario totale	Importo tariffario medio
Piemonte	3	16.370,40	5.456,80
Lombardia	56	165.026,82	2.946,91
Prov.aut Trento	74	217.110,53	2.933,93
Veneto	107	446.796,60	4.175,67
Friuli Venezia Giulia	1	5.566,00	5.566,00
Liguria	1	578,01	578,01
Emilia Romagna	18	148.574,46	8.254,14
Toscana	1	481,68	481,68
Lazio	6	60.087,52	10.014,59
Abruzzo	3	14.742,98	4.914,33
Campania	1	2.550,10	2.550,10
TOTALE	**271**	**1.077.885,10**	**3.977,44**

Fonte: PAB - ufficio Economia Sanitaria

Relativamente agli importi dei ricoveri effettuati da residenti altoatesini nel resto d'Italia si precisa che i dati analizzati sono quelli segnalati dalle singole regioni e province, e possono differire dagli importi effettivamente riconosciuti dalla Provincia Autonoma di Bolzano in sede di compensazione della mobilità sanitaria.

Per quanto riguarda i ricoveri avvenuti nelle unità operative di neuro-riabilitazione (codice reparto 7500) e nelle unità spinali (codice reparto 2800), si puó notare che trattandosi di patologie più gravi la degenza media risulta essere molto piú elevata rispetto a quella nelle unità operative di recupero e riabilitazione funzionale con codice 5600.

Tabella 85: **Ricoveri, giornate di degenza, degenza media, importo tariffario totale, importo tariffario medio nelle unità operative di neuro-riabilitazione (codice reparto 7500) e nelle unità spinali (codice reparto 2800) di altre regioni italiane - Anno 2005**

Regione addebitante	Ricoveri	Giornate degenza	Degenza media	Somma importo	Importo medio
	Unità spinali (codice 2800)				
Lombardia	1	1	1,0	393,54	393,54
Veneto	4	156	39,0	61.390,68	15.347,67
TOTALE	**5**	**157**	**31,4**	**61.784,22**	**12.356,84**
	Neuro-riabilitazione (codice 7500)				
Lombardia	1	11	11,0	4.040,24	4.040,24
Prov.aut Trento	1	45	45,0	9.661,95	9.661,95
Emilia Romagna	2*	6**	3,0***	2.395,83	1.197,92
Sicilia	1	67	67,0	24.976,00	24.976,00
TOTALE	**5**	**129**	**25,8**	**41.074,02**	**8.214,80**

** ricovero in regime diurno*
*** giorni totali di accesso*
**** accessi medi*

Fonte: PAB - ufficio Economia Sanitaria

3.3.2.2. Ricoveri in riabilitazione post-acuzie in Austria

Ai fini di assicurare una completa assistenza ai residenti in Provincia, la Provincia Autonoma di Bolzano è convenzionata con cliniche universitarie e strutture sanitarie pubbliche e private austriache per i servizi sanitari ospedalieri che non possono essere garantiti dal servizio locale. Le strutture convenzionate che erogano assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie sono tre:

1. “Rehabilitationszentrum Häring” per la riabilitazione fisica e neurologica;
2. “Krankenhaus orthopädische Chirurgie und Rehabilitation“ di Rovinj per le cure estive dei pazienti che soggiornano a Häring;
3. “Landesnervenkrankenhaus Hochzirl” per la riabilitazione fisica.

I ricoveri di pazienti altoatesini presso strutture austriache di riabilitazione post acuzie nell‘anno 2005 sono stati 61, viene quindi confermata la lieve diminuzione rispetto al 2003 evidenziata lo scorso anno (66 ricoveri nel 2004).

Tabella 86: **Ricoveri, pazienti, giornate di degenza, degenza media, importo tariffario totale e importo tariffario medio relativi a pazienti altoatesini ricoverati in strutture austriache di riabilitazione post acuzie – Anno 2005**

Struttura austriaca	N. ricoveri	Giornate degenza	Degenza media	Importo tariffario totale	Importo tariffario medio	Pazienti
Häring	35	913	26,1	322.135,00	9.203,86	30
Hochzirl	24	805	33,5	214.789,50	8.949,56	14
Rovinj	2	44	22,0	3.701,60	1.850,80	2
TOTALE	**61**	**1.762**	**28,9**	**540.626,10**	**8.862,72**	**46**

Fonte: aziende sanitarie

RICOVERI IN AUSTRIA PER AZIENDA DI RESIDENZA

Relativamente all’azienda di provenienza dei ricoveri, si precisa che 28 ricoveri sono stati inviati dall’Azienda sanitaria di Merano (0,22 pazienti per 1.000 abitanti) e 18 ricoveri dall’Azienda di Bolzano, (0,08 ricoveri ogni 1.000 abitanti) mentre le altre due aziende non hanno inviato pazienti in Austria.

Tabella 87: **Pazienti altoatesini che si sono rivolti alle strutture austriache, in numeri assoluti e ogni 1.000 residenti - Anno 2005**

Struttura austriaca	Azienda sanitaria di residenza		
	Bolzano	Merano	Provincia
Häring	7	23	30
Rovinj	-	2	2
Hochzirl	11	3	14
TOTALE	**18**	**28**	**46**
Popolazione	214.308	125.314	481.095
RICOVERI X 1.000 RESIDENTI	**0,08**	**0,22**	**0,10**

Fonte: aziende sanitarie

RICOVERI PER DIAGNOSI DI DIMISSIONE

La diagnosi di dimissione piú frequente nelle strutture austriache di riabilitazione post acuzie è rappresentata dalla categoria “Postumi di traumatismi del sistema nervoso” con il 23,3%, valore all’incirca pari a quello osservato nel 2004; mentre la categoria “Altre sindromi paralitiche” che nel 2004 risultava la diagnosi piú frequente con 33,3%, nel 2005 rappresenta solo il 4,9%.

Tabella 88: **Ricoveri di altoatesini in strutture austriache di riabilitazione post acuzie per diagnosi ICD9-CM principali raggruppate per categoria - Anno 2005**

ICD9-CM	Descrizione diagnosi	Häring	Hochzirl	Rovinj	Totale	%	% cum
907	Postumi di traumatismi del sistema nervoso	14	-	-	14	23,0	23,0
905	Postumi e traumatismi del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo	10	-	1	11	18,0	41,0
853	Altre e non specificate emorragie intracraniche consecutive a traumatismo	-	6	-	6	9,8	50,8
342	Emiplegia e emiparesi	2	2	-	4	6,6	57,4
430	Emorragia subaracnoidea	-	4	-	4	6,6	63,9
344	Altre sindromi paralitiche	3	-	-	3	4,9	68,9
433	Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali	-	3	-	3	4,9	73,8
906	Postumi di traumatismi del sistema della pelle e del tessuto sottocutaneo	2	-	-	2	3,3	77,0
288	Malattie dei globuli bianchi	-	1	-	1	1,6	78,7
310	Disturbi psichici specifici non psicotici dovuti a danno cerebrale organico	-	1	-	1	1,6	80,3
336	Altre malattie del midollo spinale	-	1	-	1	1,6	82,0
348	Altre condizioni morbose dell'encefalo	-	1	-	1	1,6	83,6
414	Altre forme di cardiopatia ischemica cronica	-	-	1	1	1,6	85,2
434	Occlusione delle arterie cerebrali	-	1	-	1	1,6	86,9
437	Altre e mal definite vasculopatie cerebrali	-	1	-	1	1,6	88,5
	TOTALE PARZIALE	**31**	**21**	**2**	**54**	**88,5**	
	TOTALE COMPLESSIVO	**35**	**24**	**2**	**61**	**100,0**	

Fonte: aziende sanitarie

RICOVERI DI LUNGODEGENZA POST-ACUZIE

3.3.3. Lungodegenza post-acuzie

Presso i reparti di lungodegenza post-acuzie della provincia sono stati registrati 1.825 ricoveri per un consumo complessivo di 46.843 giornate di degenza ed una degenza media di 25,7 giorni.

Nel 2005 sono stati effettuati altri 48 ricoveri di altoatesini di lungodegenza ospedaliera post-acuzie in strutture nazionali extra-provinciali, notevolmente diminuiti rispetto ai 53 dell'anno 2004.

Nel 2005 sono stati inoltre registrati 94 ricoveri, nella Casa di Cura S. Maria e nella Casa di Cura Bonvicini relativi a pazienti lungodegenti stabilizzati (codice reparto 60.01), per un numero complessivo di giornate di degenza pari a 6.842, e 128 ricoveri nella Casa di Cura Fonte S. Martino per cure palliative (codice reparto 60.02), con 1.989 giornate di degenza.

Le categorie diagnostiche principali più frequenti dei ricoveri di lungodegenza post-acuzie sono le "Malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo" (36,7%) e le "Malattie e i disturbi del sistema nervoso" (19,3%).

Tabella 89: **Ricoveri, giornate di degenza e degenza media nei reparti di lungodegenza post-acuzie per istituto di cura* – Anno 2005**

Istituto di cura	Ricoveri	Giornate di degenza	Degenza media
Ospedale di Merano	2	35	17,5
Ospedale di Bressanone	163	2.637	16,2
Ospedale di Vipiteno	83	1.495	18,0
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	**248**	**4.167**	**16,8**
Casa di Cura S. Maria	307	5.340	17,4
Casa di Cura Fonte S. Martino	363	13.300	36,6
Casa di Cura Bonvicini	560	14.870	26,6
Casa di Cura Villa Melitta	347	9.166	26,4
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	**1.577**	**42.676**	**27,1**
TOTALE ISTITUTI DI CURA	**1.825**	**46.843**	**25,7**

** I posti letto dell'Ospedale di Brunico sono distribuiti all'interno delle unità operative per acuti. I ricoveri di lungodegenza non sono stati distinti da appositi codici; per tale motivo non sono disponibili le informazioni sul numero di ricoveri e sulle relative giornate di degenza*

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 90: **Ricoveri per categoria diagnostica principale (MDC) più frequente nei reparti di lungodegenza post-acuzie della Provincia Autonoma di Bolzano – Anno 2005**

MDC	Descrizione MDC	Ricoveri	% cumulata
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	669	36,7
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	353	56,0
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai Servizi sanitari	146	64,0
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	142	71,8
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	116	78,1
19	Malattie e disturbi mentali	83	82,7
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	69	86,5
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	44	88,9
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	40	91,1
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	39	93,2
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	24	94,5
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	23	95,8
TOTALE RICOVERI DI LUNGODEGENZA POST-ACUZIE		**1.825**	

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 91: **Ricoveri per diagnosi principale più frequente nei reparti di lungodegenza post-acuzie della Provincia Autonoma di Bolzano – Anno 2005**

ICD9CM	Descrizione diagnosi	Ricoveri	% cumulata
V57	Cure riabilitative	118	6,5
715	Artrosi	106	12,3
721	Spondilosi e disturbi associati	101	17,8
438	Postumi delle malattie cerebrovascolari	93	22,9
905	Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	93	28,0
722	Patologie dei dischi intervertebrali	78	32,3
733	Altri disturbi delle ossa e delle cartilagini	63	35,7
728	Patologie dei muscoli, dei legamenti e delle fasce	62	39,1
V43	Organo o tessuto sostituito con altri mezzi	60	42,4
428	Insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco)	53	45,3
332	Morbo di Parkinson	42	47,6
V10	Anamnesi personale di tumore maligno	36	49,6
437	Altre e mal definite vasculopatie cerebrali	34	51,5
290	Stati psicotici organici senili e presenili	31	53,2
296	Psicosi affettive	31	54,8
331	Altre degenerazioni cerebrali	25	56,2
434	Occlusione delle arterie cerebrali	25	57,6
491	Bronchite cronica	25	59,0
820	Frattura del collo del femore	20	60,1
TOTALE RICOVERI DI LUNGODEGENZA POST-ACUZIE		**1.825**	

Fonte: aziende sanitarie

3.4. ASSISTENZA SPECIALISTICA OSPEDALIERA

Nel 2005 in Provincia di Bolzano sono state erogate 6.987.269 prestazioni di specialistica ambulatoriale, di cui il 92,9% nelle strutture pubbliche. A fronte del valore tariffario di 80.971.452,36 Euro delle prestazioni erogate, le strutture pubbliche hanno incassato 15.110.847,96 Euro di ticket (18,7%).
L'importo che le aziende hanno, invece, pagato alle strutture private o ai liberi professionisti convenzionati, al netto del ticket, è stato pari a 5.693.858,00 Euro.
Le convenzioni con le strutture private provinciali hanno riguardato prevalentemente le prestazioni di laboratorio e di riabilitazione.
I residenti in Alto Adige hanno inoltre fruito di 94.603 prestazioni erogate da strutture presenti nel territorio nazionale e di 58.015 prestazioni da strutture austriache. Per queste prestazioni la provincia ha pagato un importo di 1.763.201,37 alle altre regioni italiane e 1.532.293,16 Euro all'Austria.
Il saldo della mobilità attiva e passiva, cioè la differenza tra la quantità delle prestazioni erogate sul territorio nazionale della Provincia di Bolzano per non residenti e numero di prestazioni erogate a residenti altoatesini fuori provincia, risulta, nel 2005, come anche negli anni precedenti, positivo e pari a 205.009 prestazioni (prestazioni prodotte per non residenti =357.627 e consumo di prestazioni da parte dei residenti =152.618).

3.4.1. Prestazioni erogate dalle strutture provinciali

L'assistenza specialistica ambulatoriale consiste in visite effettuate da medici specialisti, accertamenti di diagnostica strumentale e di laboratorio e prestazioni terapeutiche e riabilitative.

STRUTTURE EROGATRICI DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Le strutture che erogano prestazioni specialistiche nel territorio della Provincia Autonoma di Bolzano si possono dividere in:

1. ambulatori pubblici interni ad istituti di ricovero pubblici (es. poliambulatori ed ambulatori ospedalieri, laboratori, servizi di radiologia, etc.) o strutture pubbliche extraospedaliere (es. poliambulatori di via Amba Alagi a Bolzano, servizi aziendali ed interaziendali, etc.): assistenza specialistica pubblica o interna;
2. strutture private provvisoriamente accreditate e convenzionate con il SSP (es. Villa Melitta per prestazioni di fisioterapia e radiologia, Laboratorio Druso e S. Maria per esami di laboratorio, etc.) e liberi professionisti convenzionati con il SSP che svolgono la propria attività in strutture private: assistenza specialistica esterna o privata;
3. strutture private non ancora accreditate e liberi professionisti non convenzionati.

Le strutture private ed i liberi professionisti con rapporti "convenzionali" (punto 2) erogano prestazioni per conto e a carico delle aziende sanitarie territorialmente competenti. Gli utenti si devono presentare con l'impegnativa del SSP (Servizio sanitario provinciale) e pagano il ticket come presso le strutture pubbliche. L'azienda sanitaria competente rim-

borsa alle strutture private la differenza tra l'importo della prestazione erogata ed il ticket giá incassato.
Negli ambulatori privati, nonché presso i liberi professionisti non convenzionati, di cui al punto 3 i cittadini residenti che fruiscono di prestazioni appartenenti alle "branche carenti" ricevono un rimborso da parte delle aziende sanitarie; tale forma di assistenza é detta "assistenza specialistica indiretta".
In questa parte viene fornita un'analisi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale contenute nel nomenclatore tariffario provinciale e rilevate attraverso il flusso informativo della specialistica ambulatoriale (flusso SPA). Si precisa che in questa analisi sono incluse anche le prestazioni specialistiche di pronto soccorso non seguite da ricovero e le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime di convenzione dalle strutture private (punti 1 e 2), sono escluse le prestazioni erogate in "assistenza specialistica indiretta" in quanto non esiste un flusso informativo di rilevazione.
Nella Tabella 92 viene analizzata la distribuzione delle prestazioni erogate tra pubblico e privato convenzionate nonché tra le quattro aziende sanitarie.
Si nota come solo il 7,1% delle prestazioni totali erogate in provincia sono riferite alle strutture private convenzionate, in termini di importi tariffari questa percentuale aumenta di 1,2 punti percentuali.
La partecipazione del paziente alla spesa sanitaria si misura attraverso il ticket, che rappresenta la quota dell'importo tariffario delle prestazioni a carico del paziente. Considerato che il ticket è legato all'impegnativa e di conseguenza alla branca specialistica, la produzione viene analizzata per branca.

Tabella 92: **Numero, importo tariffario, importo ticket delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (prestazioni di pronto soccorso incluse) erogate dalle strutture provinciali pubbliche e private per azienda sanitaria - Anno 2005**

Tipologia soggetto erogatore	Azienda sanitaria di erogazione					
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia	% Provincia
	Prestazioni					
Privato	393.538	105.273	-	-	498.811	7,1%
Pubblico	2.948.484	1.556.677	972.550	1.010.747	6.488.458	92,9%
	3.342.022	**1.661.950**	**972.550**	**1.010.747**	**6.987.269**	**100,0%**
	Importo tariffario					
Privato	5.607.682,89	1.085.084,03	-	-	6.692.766,92	8,3%
Pubblico	33.617.744,94	16.729.456,25	12.637.807,74	11.293.676,51	74.278.685,44	91,7%
	39.225.427,83	**17.814.540,28**	**12.637.807,74**	**11.293.676,51**	**80.971.452,36**	**100,0%**
	Importo ticket					
Privato	651.079,37	347.829,77	-	-	998.909,14	6,2%
Pubblico	5.344.527,75	3.686.880,93	3.150.881,57	2.928.557,71	15.110.847,96	93,8%
	5.995.607,12	**4.034.710,70**	**3.150.881,57**	**2.928.557,71**	**16.109.757,10**	**100,0%**

Fonte: Flusso SPA

Per quanto riguarda le prestazioni erogate dalle strutture pubbliche (Tabella 93) non è sempre stato possibile attribuire una branca precisa; la definizione "branca non assegnata" si riferisce infatti ad impegnative che contengono prestazioni di branche diverse non compatibili fra loro, nonché prestazioni erogate da unità erogatrici per le quali non è prevista una specifica branca (es. pediatria, medicina).
Nella definizione di "visite specialistiche" sono comprese inoltre tutte le prime visite e visite di controllo che a loro volta non sono state attribuite ad una branca specifica.
Riassumendo le prestazioni erogate dalle strutture pubbliche nelle tre macroattività si

nota che il 56,7% delle prestazioni sono di laboratorio, il 5,8% di diagnostica e il 32,5% di attività clinica. Al restante 4,9% della produzione totale non è stata assegnata la branca.

Tabella 93: **Prestazioni erogate dalle strutture pubbliche per azienda sanitaria erogante e branca - Anno 2005**

Branca specialistica	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Anestesia	1.962	321	2.514	1.144	5.941
Cardiologia	55.662	22.943	39.498	14.099	132.202
Chirurgia generale	21.036	13.115	27.902	39.318	101.371
Chirurgia plastica	12.739	7.393	5.353	5.534	31.019
Chirurgia vascolare	8.516	221	9.642	3	18.382
Dermosifilopatia	36.583	14.465	17.279	20.653	88.980
Medicina nucleare	3.608	1.371	-	-	4.979
Radiologia diagnostica	112.511	86.852	100.920	72.173	372.456
Endocrinologia	-	1	3.220	1.186	4.407
Gastroenterologia	12.552	3.070	4.892	4.294	24.808
Laboratorio Analisi	1.857.469	815.694	454.061	551.907	3.679.131
Riabilitazione	232.043	152.766	88.281	94.743	567.833
Nefrologia	20.710	5.605	6.677	3.503	36.495
Neurochirurgia	5.634	9	411	1.390	7.444
Neurologia	21.534	12.537	3.688	7.208	44.967
Oculistica	41.609	34.930	17.130	24.981	118.650
Odontostomatologia	23.506	11.397	8.804	6.126	49.833
Oncologia	58.660	1.551	169	17	60.397
Ortopedia	36.965	23.178	53.409	49.149	162.701
Ostetricia	53.327	22.011	51.634	38.807	165.779
Otorinolaringoiatria	26.468	30.779	17.382	12.793	87.422
Pneumologia	32.838	1.694	4.017	1.588	40.137
Psichiatria	29.840	11.597	11.390	8.706	61.533
Radioterapia	24.055	2	-	-	24.057
Urologia	13.011	3.060	11.757	685	28.513
Visite specialistiche	129.931	84.266	9.097	25.273	248.567
Branca non assegnata	75.715	195.849	23.423	25.467	320.454
TOTALE	**2.948.484**	**1.556.677**	**972.550**	**1.010.747**	**6.488.458**

Fonte: Flusso SPA

Tabella 94: **Importo tariffario delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche per azienda sanitaria erogante e branca - Anno 2005**

Branca specialistica	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Anestesia	18.018,80	2.757,90	35.485,42	22.356,34	78.618,46
Cardiologia	1.598.129,30	699.352,42	948.356,95	337.544,68	3.583.383,35
Chirurgia generale	213.181,10	165.118,26	343.808,93	472.578,18	1.194.686,47
Chirurgia plastica	163.587,20	118.038,72	81.106,10	93.667,70	456.399,72
Chirurgia Vascolare	154.344,88	7.400,80	152.835,86	292,80	314.874,34
Dermosifilopatia	585.860,88	167.539,40	224.064,40	272.506,05	1.249.970,73
Medicina nucleare	268.345,80	146.154,30	-	-	414.500,10
Radiologia diagnostica	3.674.042,33	2.623.348,30	2.972.691,30	2.164.320,46	11.434.402,39
Endocrinologia	-	34,08	45.459,80	14.731,32	60.225,20
Gastroenterologia	484.228,96	176.934,70	281.707,20	309.934,80	1.252.805,66
Laboratorio Analisi	11.587.981,51	3.724.683,54	1.937.492,80	2.370.389,36	19.620.547,21
Riabilitazione	1.845.803,97	1.028.703,43	637.099,34	744.285,32	4.255.892,06
Nefrologia	2.301.717,18	1.159.322,42	1.343.798,90	781.234,20	5.586.072,70
Neurochirurgia	71.072,95	93,70	4.151,10	17.522,06	92.839,81
Neurologia	338.087,42	181.823,40	62.042,77	105.583,88	687.537,47
Oculistica	651.292,06	428.201,22	266.251,42	410.133,00	1.755.877,70
Odontostomatologia	459.263,14	230.668,00	173.593,76	101.549,40	965.074,30
Oncologia	597.681,00	17.332,20	1.662,70	260,10	616.936,00
Ortopedia	551.922,05	352.249,20	887.381,98	874.375,42	2.665.928,65
Ostetricia	1.238.988,11	532.963,12	899.336,62	682.716,94	3.354.004,79
Otorinolaringoiatria	384.707,25	407.429,08	247.169,64	180.833,46	1.220.139,43
Pneumologia	743.874,50	40.219,60	99.505,50	34.185,48	917.785,08
Psichiatria	501.646,79	185.258,70	171.601,60	134.921,34	993.428,43
Radioterapia	1.040.763,90	85,70	-	-	1.040.849,60
Urologia	527.564,60	82.367,48	231.907,97	15.295,18	857.135,23
Visite specialistiche	2.098.308,70	1.202.767,20	154.359,90	411.152,10	3.866.587,90
Branca non assegnata	1.517.330,56	3.048.609,38	434.935,78	741.306,94	5.742.182,66
TOTALE	**33.617.744,94**	**16.729.456,25**	**12.637.807,74**	**11.293.676,51**	**74.278.685,44**

Fonte: Flusso SPA

Per quanto le prestazioni erogate dalle strutture private prevalgono le branche di laboratorio (57,3%) e della riabilitazione (33,7%).

Tabella 95: **Prestazioni erogate dalle strutture private per azienda sanitaria erogante e branca - Anno 2005**

Branca specialistica	Bolzano	Merano	Provincia
Anestesia	4.014	984	4.998
Cardiologia	-	1.317	1.317
Gastroenterologia	-	1.047	1.047
Laboratorio Analisi	198.094	87.681	285.775
Nefrologia	8.138	-	8.138
Otorinolaringoiatria	2.202	-	2.202
Radiologia diagnostica	12.859	7.582	20.441
Riabilitazione	168.231	-	168.231
Altre prestazioni (medicina sportiva)	-	6.662	6.662
TOTALE	**393.538**	**105.273**	**498.811**

Fonte: Flusso SPA

Tabella 96: **Importo tariffario delle prestazioni erogate dalle strutture private per azienda sanitaria erogante e branca - Anno 2005**

Branca specialistica	Bolzano	Merano	Provincia
Anestesia	310.798,27	68.434,93	379.233,20
Cardiologia	-	39.237,00	39.237,00
Gastroenterologia	-	69.045,70	69.045,70
Laboratorio Analisi	715.028,54	294.480,30	1.009.508,84
Nefrologia	1.912.430,00	-	1.912.430,00
Otorinolaringoiatria	36.361,10	-	36.361,10
Radiologia diagnostica	1.026.986,90	271.636,30	1.298.623,20
Riabilitazione	1.606.078,08	-	1.606.078,08
Altre prestazioni (medicina sportiva)	-	342.249,80	342.249,80
TOTALE	**5.607.682,89**	**1.085.084,03**	**6.692.766,92**

Fonte: Flusso SPA

Nelle tabelle successive le prestazioni sono presentate non per branca ma per unità operativa erogante.

Per quanto riguarda le strutture pubbliche le unità operative di erogazione sono state aggregate per specialità al fine di rendere l'elenco più sintetico e più facilmente comprensibile; la dizione "Odontoiatria ", ad esempio, comprende i centri di costo della odontoiatria e della odontostomatologia. Inoltre, essendo il piano dei centri di costo diverso nelle quattro aziende, alcuni servizi, pur esistendo in tutte le quattro aziende, non hanno un corrispondente centro di costo perchè vengono conglobati in centri di costo meno analitici che possono differire da azienda ad azienda. Un centro di costo specifico, quindi, di una azienda non sempre trova l'equivalente in un altra azienda (ad esempio le prestazioni erogate dal servizio Diabetologico dell'Azienda Sanitaria di Bolzano sono comprese in parte nel centro di costo della Medicina, mentre nell'Azienda Sanitaria di Bressanone sono inserite nel centro di costo specifico).

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EROGATE DALLE STRUTTURE PUBBLICHE

Delle 6.488.458 prestazioni di specialistica ambulatoriale complessivamente erogate nel 2005 dalle strutture pubbliche il 45,4% è stato erogato dall'Azienda Sanitaria di Bolzano, il 24,0% dall'Azienda Sanitaria di Merano e il 15,0% e 15,6% rispettivamente dalle aziende sanitarie di Bressanone e Brunico.

La specialità in cui sono state erogate il maggior numero di prestazioni è il Laboratorio (45,6% delle prestazioni totali), seguita dalla Riabilitazione (8,3%) e dalla Radiologia (5,2%).

Tabella 97: **Prestazioni di specialistica ambulatoriale (prestazioni di pronto soccorso incluse) erogate dalle strutture pubbliche provinciali per specialità e per azienda sanitaria - Anno 2005**

Specialitá/ Servizio	Azienda sanitaria di erogazione				
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Anestesia e rianimazione	80	14	2.812	2.072	4.978
Cardiologia	46.101	1	-	-	46.102
Chirurgia	15.905	24.072	34.450	45.179	119.606
Chirurgia maxillo facciale	-	-	3.564	-	3.564
Chirurgia pediatrica	4.693	-	-	-	4.693
Chirurgia vascolare e toracica	12.120	-	6.290	-	18.410
Dermatologia	51.705	40.849	21.815	28.715	143.084
Ematologia	120.353	-	-	-	120.353
Emodialisi	-	5.877	5.923	4.003	15.803
Gastroenterologia	11.943	-	-	-	11.943
Geriatria	4.179	4.998	-	-	9.177
Laboratorio Analisi	1.309.708	716.279	419.163	510.797	2.955.947
Malattie infettive	6.552	-	-	-	6.552
Medicina	136.442	15.769	48.515	46.605	247.331
Medicina dello sport	8.370	-	3.414	4.446	16.230
Medicina nucleare	6.235	1.502	-	-	7.737
Nefrologia	21.372	-	-	-	21.372
Neurochirurgia	2.282	-	-	592	2.874
Neurologia	18.484	-	3.532	7.365	29.381
Oculistica	32.820	2.395	16.932	24.875	77.022
Odontostomatologia	12.486	-	-	-	12.486
Ortopedia e traumatologia	21.100	-	35.034	44.582	100.716
Ostetricia-ginecologia	56.812	15.931	75.608	58.658	207.009
Otorinolaringoiatria	26.054	-	18.720	12.903	57.677
Pediatria	45.640	2.033	13.588	13.471	74.732
Pneumologia	11.942	-	-	-	11.942
Poliambulatori osp.	2.692	291.091	-	-	293.783
Pronto Soccorso-Astanteria	136.138	-	41.801	19.663	197.602
Psichiatria	14.058	-	-	6.759	20.817
Servizi sanitari nei distretti e territorio	135.590	29.815	2.438	3.456	171.299
Servizio di Anatomia Patologica	92.410	-	-	-	92.410
Servizio di Consulenza Genetica	1.304	-	-	-	1.304
Servizio di Immunoematologia e Trasfusione	230.850	73.111	-	-	303.961
Servizio di Radiologia Medica	104.664	86.300	79.947	67.640	338.551
Servizio di Riabilitazione Fisica	180.866	176.407	84.984	93.576	535.833
Servizio Diabetologico	75	26.584	5.554	3.308	35.521
Servizio Dietetico Nutrizionale	10.698	7.445	2.229	2.231	22.603
Servizio odontoiatrico emergenza	-	-	3.179	6.152	9.331
Servizio Pneumotisiologico	24.014	-	3.771	-	27.785
Servizio Medico Sociale	506	117	-	10	633
Servizio Psichiatrico	392	5.128	8.669	-	14.189
Servizio Psicologico	14.135	7.861	2.935	2.013	26.944
Urologia	16.611	22.661	27.497	-	66.769
Altro	103	437	186	1.676	2.402
TOTALE COMPLESSIVO	**2.948.484**	**1.556.677**	**972.550**	**1.010.747**	**6.488.458**

Fonte: Flusso SPA

Tabella 98: **Importo tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (prestazioni di pronto soccorso incluse) erogate dalle strutture pubbliche provinciali per specialità e per azienda sanitaria di erogazione e importo ticket incassato per azienda sanitaria – Anno 2005**

Specialitá/ Servizio	Azienda sanitaria di erogazione				
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Anestesia e rianimazione	2.888,60	192,30	69.762,12	48.070,34	120.913,36
Cardiologia	1.441.067,80	18,10	-	-	1.441.085,90
Chirurgia	199.297,00	326.714,90	566.299,53	632.978,08	1.725.289,51
Chirurgia maxillo facciale	-	-	64.849,50	-	64.849,50
Chirurgia pediatrica	64.882,00	-	-	-	64.882,00
Chirurgia vascolare e toracica	188.993,98	-	103.338,06	-	292.332,04
Dermatologia	658.823,48	466.462,40	280.865,70	381.057,79	1.787.209,37
Ematologia	886.032,19	-	-	-	886.032,19
Emodialisi	-	1.156.902,42	1.331.681,70	782.312,30	3.270.896,42
Gastroenterologia	461.882,16	-	-	-	461.882,16
Geriatria	66.299,00	40.097,40	-	-	106.396,40
Laboratorio Analisi	6.253.946,03	2.817.438,30	1.747.603,90	2.197.047,40	13.016.035,63
Malattie infettive	63.427,10	-	-	-	63.427,10
Medicina	2.545.553,01	399.503,80	1.365.022,50	1.053.502,02	5.363.581,33
Medicina dello sport	393.142,60	-	158.902,10	168.756,30	720.801,00
Medicina nucleare	350.639,20	150.624,50	-	-	501.263,70
Nefrologia	2.266.924,88	-	-	-	2.266.924,88
Neurochirurgia	35.861,55	-	-	10.165,54	46.027,09
Neurologia	238.507,42	-	57.804,17	113.243,58	409.555,17
Oculistica	526.689,76	27.120,40	265.054,82	409.215,82	1.228.080,80
Odontostomatologia	247.440,22	-	-	-	247.440,22
Ortopedia e traumatologia	324.876,67	-	533.363,78	813.019,60	1.671.260,05
Ostetricia-ginecologia	1.132.995,95	300.796,82	1.097.905,56	789.016,78	3.320.715,11
Otorinolaringoiatria	384.162,93	-	263.093,94	180.955,64	828.212,51
Pediatria	830.007,15	40.829,30	299.650,69	230.292,50	1.400.779,64
Pneumologia	228.815,50	-	-	-	228.815,50
Poliambulatori osp.	30.021,30	5.125.910,50	-	-	5.155.931,80
Pronto Soccorso-Astanteria	1.809.900,48	-	658.982,08	303.004,78	2.771.887,34
Psichiatria	208.870,29	-	-	100.937,44	309.807,73
Servizi sanitari nei distretti e territorio	1.256.418,45	220.387,70	52.831,86	36.005,30	1.565.643,31
Servizio di Anatomia Patologica	1.182.319,10	-	-	-	1.182.319,10
Servizio di Consulenza Genetica	22.854,80	-	-	-	22.854,80
Servizio di Immunoematologia e Trasfusione	3.021.470,80	705.675,04	-	-	3.727.145,84
Servizio di Radiologia Medica	3.450.784,00	2.695.691,30	2.118.705,80	2.057.494,16	10.322.675,26
Servizio di Riabilitazione Fisica	1.416.713,94	1.409.516,63	601.246,64	738.832,32	4.166.309,53
Servizio Diabetologico	195,00	155.885,88	88.184,30	55.996,92	300.262,10
Servizio Dietetico Nutrizionale	136.740,00	88.306,10	24.762,40	22.762,60	272.571,10
Servizio odontoiatrico emergenza	-	-	60.639,70	101.776,00	162.415,70
Servizio Pneumotisiologico	391.109,40	-	62.159,50	-	453.268,90
Servizio Medico Sociale	7.864,90	1.155,20	-	194,00	9.214,10
Servizio Psichiatrico	5.062,90	70.257,62	124.395,82	-	199.716,34
Servizio Psicologico	236.889,00	131.543,60	50.491,60	34.643,30	453.567,50
Urologia	646.708,70	391.989,64	588.241,37	-	1.626.939,71
Altro	665,70	6.436,40	1.968,60	32.396,00	41.466,70
VALORE TARIFFARIO TOTALE	**33.617.744,94**	**16.729.456,25**	**12.637.807,74**	**11.293.676,51**	**74.278.685,44**
IMPORTO TICKET INCASSATO	**5.344.527,75**	**3.686.880,93**	**3.150.881,57**	**2.928.557,71**	**15.110.847,96**

Fonte: Flusso SPA

VALORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Per quanto riguarda il valore tariffario, inteso come la tariffa delle prestazioni erogate secondo il nomenclatore tariffario provinciale, risulta che nel 2005 il valore complessivo delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche provinciali è stato di 74.278.685,44 Euro.

Le specialità con un valore tariffario molto alto risultano essere il Laboratorio con 13.016.036,00 Euro (17,5%) del valore tariffario complessivo delle prestazioni erogate e la Radiologia con 10.322.675,00 Euro (13,9%).

Per quanto riguarda l'assistenza specialistica esterna nel 2005 i soggetti privati che hanno operato in regime di convenzione sono stati i seguenti:

Convenzioni con l'Azienda Sanitaria di Bolzano

- Laboratorio Druso - Laboratorio
- Laboratorio Isarco-Sabin - Laboratorio
- Casa di Cura S. Maria - Laboratorio
- Casa di Cura Bonvicini - Radiologia e risonanza magnetica
- Fisiocenter - Riabilitazione
- Mayr Rudi - Riabilitazione
- Studio Cadamuro - Riabilitazione
- Lo Faro Marina - Riabilitazione
- Cure fisiche Gries - Riabilitazione
- Europa Center - Riabilitazione
- Casa di cura Villa Melitta - Riabilitazione - Otorinolaringoiatria
- Dr. Paolo Pellegrini - Otorinolaringoiatria
- Centro Iperbarico di Bolzano - Ossigenoterapia iperbarica
- Centro emodialisi Alto Adige - Emodialisi

Convenzioni con l'Azienda Sanitaria di Merano

- Casa di Cura Villa Sant'Anna - Radiologia – TAC - Laboratorio - Cardiologia - Neurologia - Gastroenterologia
- Casa di Cura Fonte San Martino - Riabilitazione - Radiologia - Laboratorio - Cardiologia
- Dr. Regele Max - Medicina sportiva
- Casa di Cura S. Maria - Laboratorio
- Centro Iperbarico di Bolzano - Ossigenoterapia iperbarica

Tabella 99: **Prestazioni erogate in convenzione dalle strutture private e dai liberi professionisti, numero impegnative e pazienti per azienda sanitaria - Anno 2005**

Descrizione	Prestazioni	Impegnative	Pazienti
Bolzano	**393.538**	**59.849**	**31.206**
Centro Emodialisi Alto Adige	8.138	1.327	72
Dr. Paolo Pellegrini	2.098	1.609	722
Laboratorio Analisi Isarco-Sabin	45.877	9.401	4.175
Laboratorio Analisi Santa Maria	65.673	11.838	5.312
Laboratorio Analisi Druso	86.544	15.418	6.733
Casa di Cura Bonvicini	12.859	9.685	8.241
Europa Center	6.772	397	271
Fisiocenter	53.061	3.485	2.059
Mayr Rudi	20.203	988	642
Studio Cadamuro	18.257	900	514
Casa di cura Villa Melitta	39.153	2.661	1.376
Lo Faro Marina	1.414	95	61
Cure fisiche Gries	29.475	1.486	894
Centro Iperbarico di Bolzano (*)	4.014	559	134
Merano	**105.273**	**27.999**	**17.653**
Centro Iperbarico di Bolzano	984	132	35
Casa di Cura Villa Sant'Anna	39.915	10.789	5.817
Casa di Cura Fonte San Martino	2.993	1.989	1.598
Casa di Cura S. Maria	54.719	8.427	3.585
Dr. Regele Max	6.662	6.662	6.618
TOTALE	**498.811**	**87.848**	**48.859**

(*) Sono escluse le 19 prestazioni erogate dal Centro Iperbarico a pazienti residenti nell'Azienda Sanitaria di Brunico *Fonte: aziende sanitarie*

PRESTAZIONI IN CONVENZIONE

Dalla Tabella 99 risulta che nel 2005 il 78,9% delle prestazioni totali erogate in regime di convenzione sono state erogate nell'Azienda Sanitaria di Bolzano e il 21,1% nell'Azienda Sanitaria di Merano.

VALORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI IN CONVENZIONE

Il valore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime di convenzione ammonta a 6.692.766,92 Euro. Sottraendo da questo importo il costo sostenuto dai pazienti attraverso il pagamento del ticket (998.909,14 Euro), si ottiene l'importo che le aziende sanitarie pagano alle strutture private o ai liberi professionisti convenzionati; importo che nel 2005 é stato pari a 5.693.857,78 Euro.

Tabella 100: **Importo tariffario delle prestazioni specialistiche erogate in convenzione nelle aziende sanitarie, importo netto da rimborsare alle strutture e ticket pagato dai pazienti - Anno 2005**

Descrizione	Importo tariffario	Importo netto	Importo ticket
Bolzano	**5.607.682,89**	**4.956.603,52**	**651.079,37**
Centro Emodialisi Alto Adige	1.912.430,00	1.912.430,00	0
Dr. Paolo Pellegrini	34.845,50	24.985,62	9.859,88
Laboratorio Analisi Isarco-Sabin	152.371,30	115.625,09	36.746,21
Laboratorio Analisi Santa Maria	234.426,04	117.471,14	116.954,90
Laboratorio Analisi Druso	328.231,20	186.209,22	142.021,98
Casa di Cura Bonvicini	1.026.986,90	838.252,16	188.734,74
Europa Center	72.063,08	63.028,19	9.034,89
Fisiocenter	387.318,63	341.681,27	45.637,36
Mayr Rudi	219.372,81	205.207,28	14.165,53
Studio Cadamuro	189.031,79	174.108,39	14.923,40
Casa di cura Villa Melitta	417.687,85	384.499,70	33.188,15
Lo Faro Marina	18.558,73	16.827,70	1.731,03
Cure fisiche Gries	303.560,79	277.137,91	26.422,88
Centro Iperbarico di Bolzano (*)	310.798,27	299.139,85	11.658,42
Merano	**1.085.084,03**	**737.254,26**	**347.829,77**
Centro iperbarico di Bolzano	68.434,93	65.181,42	3.253,51
Casa di Cura Villa Sant'Anna	439.800,90	283.903,81	155.897,09
Casa di Cura Fonte San Martino	60.550,50	34.259,09	26.291,41
Casa di Cura S. Maria	174.047,90	74.890,41	99.157,49
Dr. Regele Max	342.249,80	279.019,53	63.230,27
TOTALE	**6.692.766,92**	**5.693.857,78**	**998.909,14**

(*) Sono esclusi gli importi delle 19 prestazioni erogate dal Centro Iperbarico a pazienti residenti nell'Azienda Sanitaria di Brunico

Fonte: aziende sanitarie

3.4.2. Mobilità specialistica

I dati riportati in questo capitolo fanno riferimento alle prestazioni erogate nell'ambito della mobilità specialistica ambulatoriale interregionale ed all'assistenza in Austria.

3.4.2.1. Mobilità specialistica interregionale

Vengono qui analizzate le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture provinciali a favore di pazienti residenti in altre regioni italiane, nonché le prestazioni erogate dalle altre regioni a favore di pazienti altoatesini. Nel primo caso si tratta della mobilità attiva, a cui corrisponde un credito della Provincia Autonoma di Bolzano nei confronti delle altre regioni italiane, mentre nel secondo caso si tratta di mobilità passiva, che comporta un debito verso le altre regioni italiane. I dati relativi alle prestazioni erogate sono stati estratti direttamente da questo flusso informativo di rilevazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (flusso SPA).

Si precisa inoltre che i dati della mobilità analizzati sono quelli segnalati dalle singole regioni e province per prestazioni erogate a pazienti di altre regioni e possono differire dalle prestazioni effettivamente riconosciute dalle altre regioni in sede di compensazione della mobilità sanitaria.

MOBILITÀ INTERREGIONALE - PRESTAZIONI

In termini di unità di prestazioni nel 2005 tutte le aziende sanitarie della provincia presentano un saldo positivo, nel senso che hanno erogato a non residenti più prestazioni di quante ne abbiano fruito i loro residenti presso strutture extraprovinciali, anche se nell'Azienda di Merano questo saldo è molto piú esiguo rispetto alle altre.

L'Azienda Sanitaria di Bolzano presenta una forte attrazione per i residenti di Trento mentre l'Azienda Sanitaria di Brunico per i residenti del Veneto.

Tabella 101: **Mobilità attiva e passiva interregionale relativa alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, valori assoluti e valori per 100 abitanti – Anno 2005**

	Valori assoluti			Valori per 100 residenti		
	Attiva	Passiva	Saldo	Attiva	Passiva	Saldo
Bolzano	106.459	62.763	43.696	49,7	29,3	20,4
Merano	22.772	18.113	4.659	18,2	14,5	3,7
Bressanone	34.762	6.549	28.213	50,5	9,5	41,0
Brunico	82.983	7.178	75.805	114,2	9,9	104,3
TOTALE	**246.976**	**94.603**	**152.373**	**51,3**	**19,7**	**31,7**

Fonte: aziende sanitarie e PAB – ufficio Economia Sanitaria

Figura 56: **Prestazioni per regione di residenza del paziente, Mobilitá attiva – 2005**

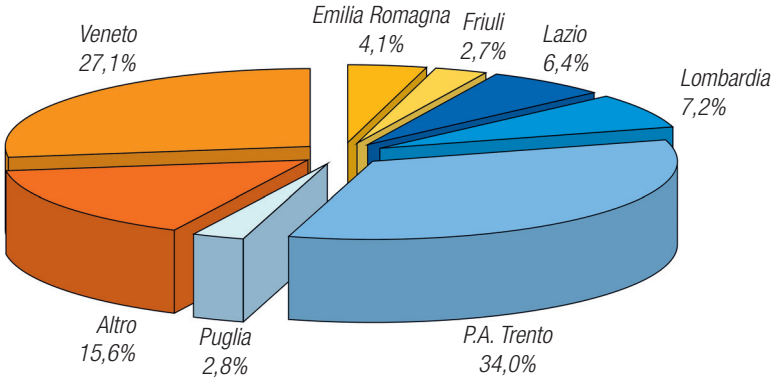
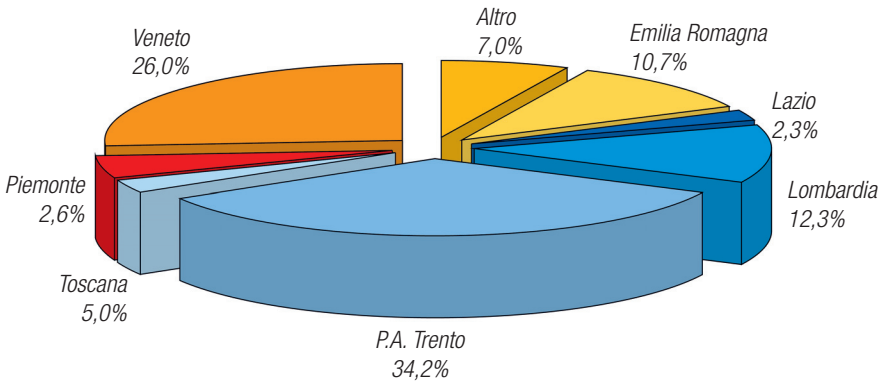


Figura 57: **Prestazioni per regione di erogazione, Mobilitá passiva- 2005**



MOBILITÀ INTERREGIONALE - IMPORTI

Calcolando il saldo monetario tra la mobilità specialistica interregionale attiva e quella passiva emerge che nel 2005 la Provincia Autonoma di Bolzano presentava un saldo positivo piú del doppio rispetto ai due anni precedenti con 1.107.267 Euro rispetto a 519.116 Euro del 2004 e 540.338 Euro del 2003.

Tabella 102: **Mobilità attiva e passiva interregionale relativa agli importi tariffari al netto del ticket, valori assoluti e valori per 100 abitanti – Anno 2005**

	Valori assoluti			Valori per 100 residenti		
	Attiva	Passiva	Saldo	Attiva	Passiva	Saldo
Bolzano	1.581.706,04	1.184.307,88	397.398,16	738,05	552,62	185,43
Merano	218.130,34	366.306,99	-148.176,65	174,07	292,31	-118,24
Bressanone	297.820,36	91.401,95	206.418,41	432,91	132,86	300,05
Brunico	772.811,51	121.184,55	651.626,96	1.063,34	166,74	896,59
TOTALE	**2.870.468,25**	**1.763.201,37**	**1.107.266,88**	**596,65**	**366,50**	**230,16**

Fonte: aziende sanitarie e PAB – ufficio Economia Sanitaria

3.4.2.2. Prestazioni erogate in Austria

La Provincia Autonoma di Bolzano ha la facoltà di individuare le prestazioni sanitarie, che, non potendo essere assicurate dai servizi provinciali, possono essere erogate, in base ad apposite convenzioni stipulate dalla provincia con i competenti organi austriaci, da cliniche universitarie ed ospedali pubblici austriaci a seconda delle loro specifiche finalità e delle caratteristiche tecniche e specialistiche.

Per quanto riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale la Provincia Autonoma di Bolzano é convenzionata con le seguenti strutture austriache:

- Clinica universitaria di Innsbruck
- Istituto di Patologia dell'Università di Innsbruck
- Istituto di Batteriologia e Sierologia dell'Università di Innsbruck
- Istituto di Igiene dell'Università di Innsbruck
- Istituto di Chimica Medica e Biochimica dell'Università di Innsbruck
- Istituto di Patologia Generale e Sperimentale dell'Università di Innsbruck
- Istituto di Consulenza e Visita Genetica dell'Università di Innsbruck
- Ospedale di Hochzirl
- Ospedale di Salisburgo

Le prestazioni erogate dalla Clinica universitaria di Innsbruck sono prevalentemente fruite da pazienti che si rivolgono direttamente alle unitá operative delle strutture in questione.

Per quanto riguarda invece le prestazioni erogate dai diversi istituiti dell'Università di Innsbruck, queste si riferiscono esclusivamente ad esami di laboratorio richiesti dalle unitá operative ospedaliere, sia di strutture di ricovero provinciali che austriache, presso cui è ricoverato o a cui si é rivolto il singolo paziente.

Tabella 103: **Prestazioni erogate da strutture austriache a pazienti altoatesini per azienda sanitaria di assistenza – Anno 2005**

Struttura austriaca erogatrice	*Azienda sanitaria di assistenza*				
	Bolzano	*Merano*	*Bressanone*	*Brunico*	*Totale*
Clinica universitaria di Innsbruck	*14.562*	*15.924*	*15.975*	*10.086*	*56.547*
Istituti dell'Università di Innsbruck	*1.177*	*157*	-	*39*	*1.373*
Ospedale di Salisburgo	*16*	*8*	-	-	*24*
Ospedale di Hochzirl	*33*	*38*	-	-	*71*
TOTALE	***15.788***	***16.127***	***15.975***	***10.125***	***58.015***

Fonte: aziende sanitarie

Dalla Tabella 103 si nota che il 97,5% delle 58.015 prestazioni totali erogate in Austria a pazienti residenti in Alto Adige sono state erogate dalla Clinica universitaria di Innsbruck.

PRESTAZIONI EROGATE IN STRUTTURE AUSTRIACHE

Figura 58: **Prestazioni erogate dalle strutture austriache a pazienti altoatesini per azienda sanitaria di assistenza – Anni 1996- 2005**

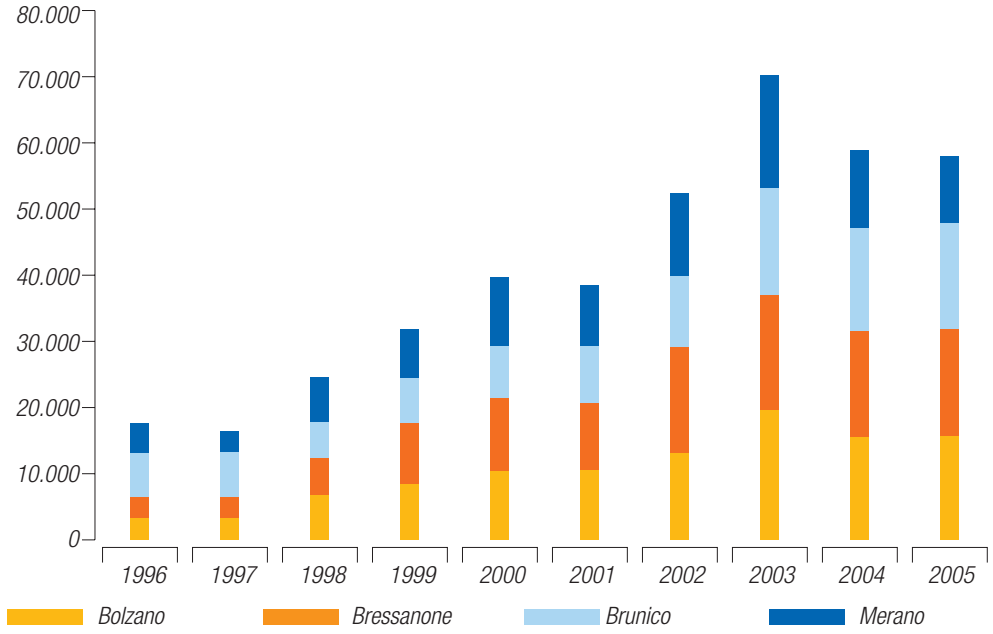
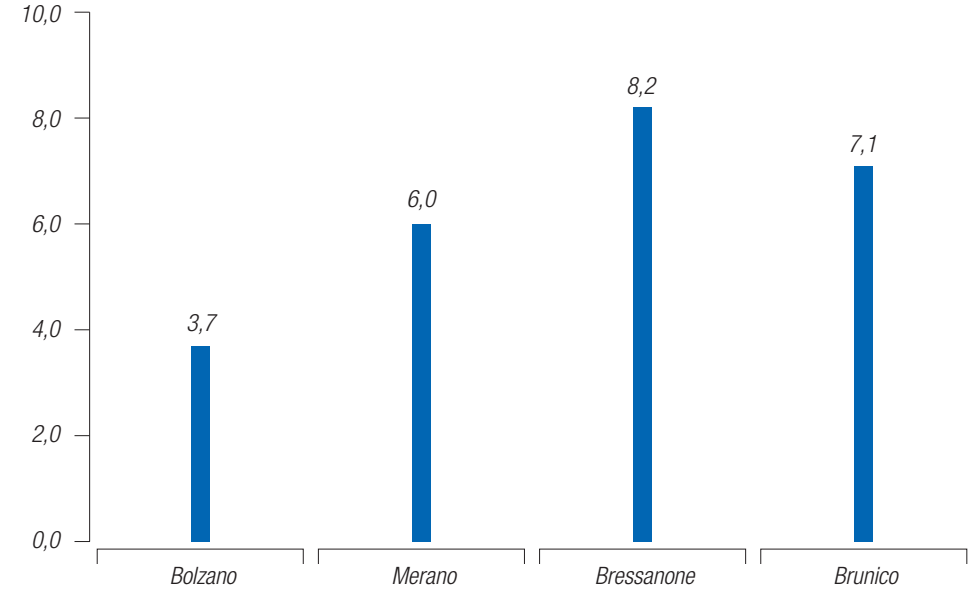


Figura 59: **Numero pazienti ogni 1.000 abitanti che si sono rivolti alle strutture austriache - Anno 2005**



PAZIENTI CHE SI SONO RIVOLTI A STRUTTURE AUSTRIACHE

Se si rapportano i numeri assoluti di prestazioni al numero di residenti di ogni azienda sanitaria, si nota che sono stati prevalentemente i residenti dell'Azienda Sanitaria di Bressanone che si sono rivolti a strutture austriache seguiti dai residenti dell'Azienda Sanitaria di Brunico.

Tabella 104: **Prestazioni erogate da strutture austriache a pazienti altoatesini e relativi importi per azienda sanitaria di assistenza– Anno 2005**

Azienda sanitaria di assistenza	Prestazioni	Importi
Bolzano	15.788	390.572,87
Merano	16.127	398.953,28
Bressanone	15.975	453.290,28
Brunico	10.125	289.476,73
TOTALE	**58.015**	**1.532.293,16**

Fonte: aziende sanitarie

3.4.2.3. Mobilità specialistica complessiva

Nelle tabelle successive le prestazioni erogate dalle strutture pubbliche ed i relativi importi sono stati suddivisi per residenza del paziente. Si nota in generale una mobilità attiva molto alta per le aziende sanitarie di Bressanone e Brunico. Il rapporto tra le prestazioni prodotte e le prestazioni consumate mostra infatti come queste due aziende producono molte più prestazioni di quelle che consumano.

Tabella 105: **Prestazioni di specialistica ambulatoriale per azienda sanitaria erogatrice ed area di residenza del paziente – Anno 2005**

Azienda sanitaria erogatrice	Area di residenza del paziente							
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Prestaz. residenti	Estero	Resto d'Italia	Totale prestaz.
Bolzano	3.037.973	117.188	32.565	28.894	3.216.620	19.580	106.459	3.342.659
Merano	49.644	1.552.387	2.512	2.125	1.606.668	31.748	22.772	1.661.188
Bressanone	141.697	12.649	739.459	24.172	917.977	19.778	34.762	972.517
Brunico	9.930	2.501	21.100	854.744	888.275	39.545	82.983	1.010.803
PRESTAZ. EROGATE IN PROV.	**3.239.244**	**1.684.725**	**795.636**	**909.935**	**6.629.540**	**110.651**	**246.976**	**6.987.167**
Resto d'Italia	62.763	18.113	6.549	7.178	94.603			
Austria	15.788	16.127	15.975	10.125	58.015			
TOTALE PRESTAZ. PER RESIDENTI	**3.317.795**	**1.718.965**	**818.160**	**927.238**	**6.782.158**			

Fonte: aziende sanitarie e PAB - ufficio Economia Sanitaria

Tabella 106: **Indici percentuali di mobilità passiva delle prestazioni erogate per azienda sanitaria erogatrice ed area di residenza del paziente – Anno 2005**

Azienda sanitaria erogatrice	Area di residenza del paziente				
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Prestaz. residenti
Bolzano	91,6%	6,8%	4,0%	3,1%	47,4%
Merano	1,5%	90,3%	0,3%	0,2%	23,7%
Bressanone	4,3%	0,7%	90,4%	2,6%	13,5%
Brunico	0,3%	0,1%	2,6%	92,2%	13,1%
PRESTAZ.EROG. IN PROV.	**97,6%**	**98,0%**	**97,2%**	**98,1%**	**97,7%**
Resto d'Italia	1,9%	1,1%	0,8%	0,8%	1,4%
Austria	0,5%	0,9%	2,0%	1,1%	0,9%
PRESTAZ. PER RESIDENTI	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Fonte: aziende sanitarie e PAB - ufficio Economia Sanitaria

Tabella 107: **Indici percentuali di mobilità attiva delle prestazioni erogate dalle strutture provinciali per azienda sanitaria erogatrice ed area di residenza del paziente - Anno 2005**

Azienda sanitaria erogatrice	Residenza paziente							
	Bolzano	Merano	Bres-sanone	Brunico	Prestaz. residenti	Estero	Resto d'Italia	Totale prestaz.
Bolzano	90,9%	3,5%	1,0%	0,9%	96,2%	0,6%	3,2%	100,0%
Merano	3,0%	93,5%	0,2%	0,1%	96,7%	1,9%	1,4%	100,0%
Bressanone	14,6%	1,3%	76,0%	2,5%	94,4%	2,0%	3,6%	100,0%
Brunico	1,0%	0,1%	2,1%	84,6%	87,9%	3,9%	8,2%	100,0%
TOTALE	**46,4%**	**24,1%**	**11,4%**	**13,0%**	**94,9%**	**1,6%**	**3,5%**	**100,0%**

Fonte: aziende sanitarie e PAB - ufficio Economia Sanitaria

Tabella 108: **Riepilogo indici percentuali di mobilità e rapporto percentuale tra produzione e consumi di prestazioni per azienda sanitaria - Anno 2005**

Mobilitá attiva (su produzione)	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico
da altre aziende sanitarie	5,3%	3,3%	18,4%	3,3%
da fuori Provincia	3,8%	3,3%	5,6%	12,1%
TOTALE PRESTAZ. EROGATE	**9,1%**	**6,5%**	**24,0%**	**15,4%**
Mobilitá passiva (su consumo di prestazioni di residenti)				
verso altre aziende sanitarie	6,1%	7,7%	6,9%	6,0%
verso resto d'Italia	1,9%	1,1%	0,8%	0,8%
verso Austria	0,5%	0,9%	2,0%	1,1%
TOTALE PRESTAZIONI CONSUMATE	**8,4%**	**9,7%**	**9,6%**	**7,8%**
PRESTAZIONI EROGATE SU PRESTAZIONI CONSUMATE (X 100)	**100,7%**	**96,6%**	**118,9%**	**109,0%**

Fonte: aziende sanitarie e PAB - ufficio Economia Sanitaria

3.4.3. Il consumo di prestazioni specialistiche da parte dei residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano

Il ricorso all'assistenza specialistica da parte dei residenti della Provincia Autonoma di Bolzano è misurato dal rapporto fra le prestazioni richieste dai residenti, ovunque erogate, e la popolazione residente. Questo fenomeno assume particolare significato per il Servizio Sanitario Provinciale, in quanto a questo (e non alla produzione di prestazioni) è commisurato il consumo di risorse a carico della Provincia.

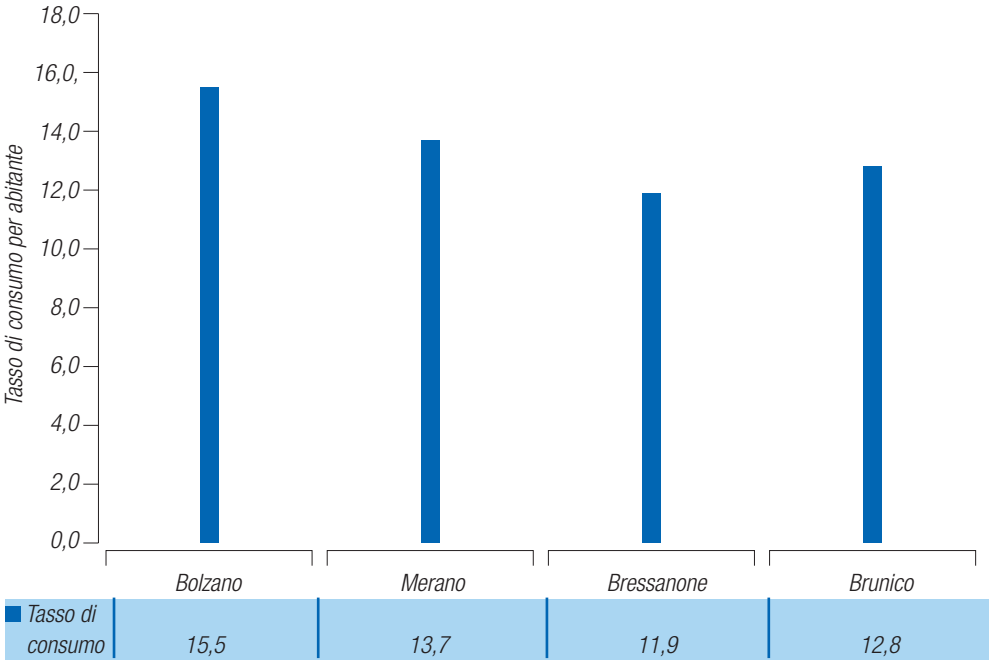
Tabella 109: **Consumo di prestazioni da parte di residenti in Provincia di Bolzano per area di erogazione e azienda sanitaria di residenza - Anno 2005**

Residenza	Area di erogazione			
	Provincia	Resto d'Italia	Austria	Totale
Bolzano	3.239.244	62.763	15.788	3.317.795
Merano	1.684.725	18.113	16.127	1.718.965
Bressanone	795.636	6.549	15.975	818.160
Brunico	909.935	7.178	10.125	927.238
TOTALE	**6.629.540**	**94.603**	**58.015**	**6.782.158**
% SU TOTALE	**97,7%**	**1,4%**	**0,9%**	**100,0%**

Fonte: Flusso SPA

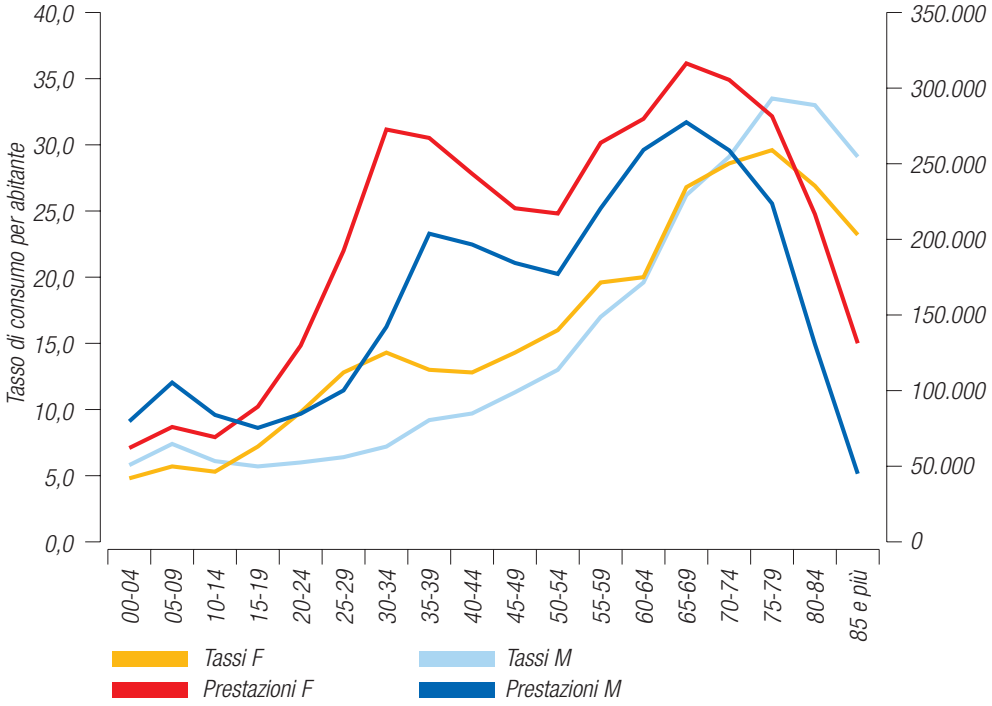
Delle 6.782.158 prestazioni richieste da parte di residenti in Provincia di Bolzano, 6.081.610 sono state erogate in Provincia (97,7%).
Il tasso di consumo di prestazioni specialistiche per residente dell'Azienda Sanitaria di Bolzano è stato pari a 15,5 prestazioni ogni residente, mentre il piú basso tasso si ha per i residenti dell'Azienda Sanitaria di Bressanone con 11,9 prestazioni ogni residente.

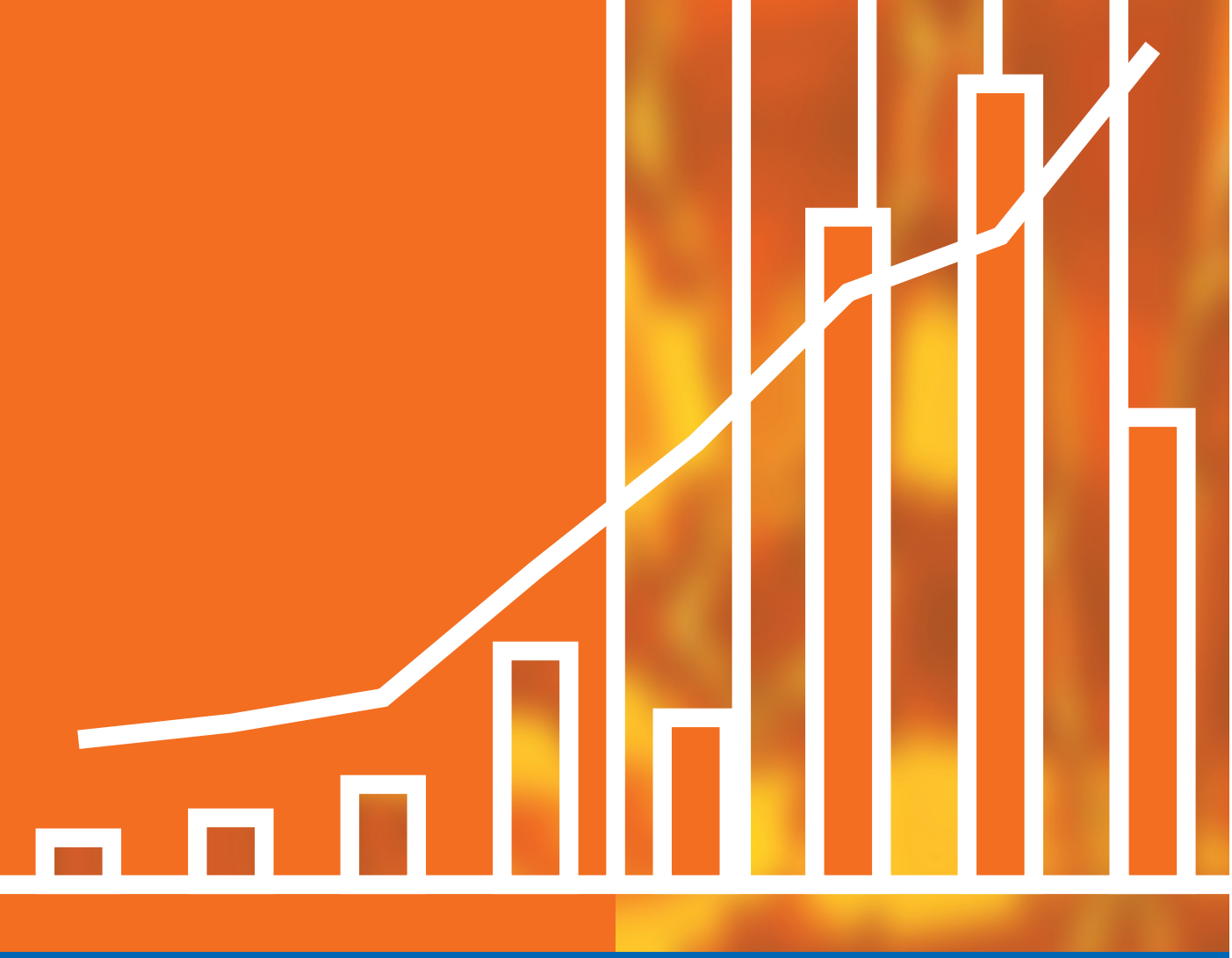
Figura 60: **Tasso di consumo di prestazioni per residente della Provincia di Bolzano - Anno 2005**



Il consumo di prestazioni di specialistica ambulatoriale per classi di età e sesso è analizzato nella Figura 61. La rappresentazione grafica dei tassi specifici di consumo di risorse mostra un andamento che ricalca quello della distribuzione grezza, tranne per le classi estreme dove avviene un inversione di tendenza fra i sessi.
Dalla distribuzione del numero di prestazioni, per fasce d'età e sesso, si evidenzia che il 55,9% della domanda complessiva di prestazioni è da imputare alle donne e il 41,3% agli assisiti con un età compresa fra i 55 e gli 80 anni.

Figura 61: **Distribuzione del numero di prestazioni ovunque richieste da parte dei residenti in Provincia di Bolzano e tassi di consumo per sesso e classi di età, incidenza - Anno 2005**





Parte Terza

Le risorse

Le risorse

1. IL PERSONALE DIPENDENTE DELLE AZIENDE SANITARIE

1.1. IL PERSONALE IN SERVIZIO

Al 31.12.2005 il personale dipendente delle aziende sanitarie della Provincia Autonoma di Bolzano risulta pari a 8.758 unitá, corrispondente a 7.733,85 unitá equivalenti.
Il 30,3% del totale personale dipendente è impiegato a part-time, pari a 2.655 unitá.
Il 44,5% della spesa corrente totale (436,028 milioni di euro) sostenuta dalle aziende sanitarie, è destinata al personale.
L'azienda sanitaria con il maggior numero di personale dipendente in termini equivalenti risulta essere l'Azienda Sanitaria di Bolzano con 3.327,25 u. eq. (corrispondente al 43,0% del totale provinciale), seguita dall'azienda sanitaria di Merano (2.060,75 u. eq., corrispondente al 26,6%), da Brunico (1.189,25 pari a 15,4%) ed infine dall'azienda di Bressanone (1.156,50 u. eq. pari a 15,0%).
In Provincia Autonoma di Bolzano il personale dipendente è prevalentemente impiegato nell'area ospedaliera (59,8%), mentre la figura professionale predominante è quella del personale infermieristico (37,5%);
In Provincia vi sono 16,1 unitá equivalenti di personale dipendente per 1.000 abitanti;

Il personale è la principale risorsa utilizzata dal servizio sanitario pubblico. Ció è testimoniato dal fatto che il 44,5% della spesa corrente totale sostenuta dalle aziende sanitarie della Provincia è destinata al personale.
Nell'ambito del sistema sanitario pubblico viene impiegato personale dipendente variamente distribuito tra le diverse professioni previste dalla normativa vigente. La classificazione del personale è quella definita nel DPR del 20 dicembre 1979, n. 761 e nel DPR 28 novembre 1990, n. 384. A livello di aggregazione la normativa identifica quattro ruoli: sanitario, professionale, tecnico, amministrativo.
Del ruolo sanitario fanno parte il personale medico (incluso l'odontoiatra ed il veterinario), il personale infermieristico, il personale tecnico-sanitario, il personale della riabilitazione, il personale di vigilanza ed ispezione (tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro), e altro personale laureato dell'ambito sanitario (farmacista, veterinario, biologo, chimico, fisico, psicologo). Al ruolo tecnico fanno capo: l'addetto alle pulizie, l'ausiliario specializzato, l'operatore tecnico, l'assistente tecnico, l'assistente sociale, l'analista, lo statistico ed il sociologo. Del ruolo professionale fanno parte: l'assistente religioso, l'avvocato, l'architetto, l'ingegnere, il geologo. Infine, al ruolo amministrativo afferiscono: il fattorino, il commesso, l'assistente di segreteria, l'assistente amministrativo, il

traduttore, il collaboratore amministrativo, gli ispettori amministrativi, contabili, tecnici e traduttori, e infine, la dirigenza amministrativa (vicedirettori e direttori amministrativi).
Anche per questa edizione della Relazione sanitaria, è stato utilizzato il flusso informativo del personale sanitario operante presso i servizi sanitari della Provincia (SIPS).
Tale flusso rileva il personale sanitario per singolo centro di costo - secondo la struttura definita dalla deliberazione della Giunta Provinciale n. 1193 del 11.04.2005, adottata e adattata dalle singole aziende sanitarie - e viene aggiornato periodicamente, mediante l'invio dei dati dai CED delle aziende stesse all'Ufficio Personale Sanitario dell'Assessorato.
Il personale dipendente è rappresentato in termini assoluti (personale dipendente, distinto per tipologia di rapporto contrattuale - part-time o tempo pieno - presente alla data del 31.12.2005) ed in termini equivalenti, considerando il tempo di impiego effettivo del personale durante tutto il 2005 (tempo pieno, part-time 33%, 50%, 75% ecc.). La rappresentazione dei dati in termini equivalenti spiega quindi la presenza di valori decimali nelle tabelle. Essa è anche piú informativa dei dati grezzi, in quanto concerne valori omogenei sulla quantitá di risorsa umana impiegata nei servizi.
I dati del personale equivalente considerano il tempo effettivo di impiego del personale. In caso di contemporanea registrazione dello stesso personale presso due distinti centri di costo, (ad esempio nel reparto di medicina in posizione di titolare e presso il servizio di endoscopia in posizione di incarico) viene privilegiata la posizione di incarico. Il periodo di analisi comprende l'intero anno 2005 (periodo lavorativo considerato dal 01.01.2005 al 31.12.2005).
Rispetto all'analisi effettuata nella precedente edizione della Relazione sanitaria, l'algoritmo di calcolo del personale equivalente è stato semplificato, considerando ai fini del calcolo del tempo effettivamente impiegato la posizione contrattuale di ogni singolo dipendente, senza togliere le assenze (ferie, permessi, festivitá, ecc…). Dall'analisi effettuata sui dati di alcune delle aziende sanitarie, per le quali era disponbile il tempo effettivamente impiegato, risultava che le ore straordinarie coprivano e superavano le ore di assenza. Pertanto nell'edizione 2005 della Relazione sanitaria il personale equivalente è stato determinato solamente in base al rapporto di lavoro definito dal relativo contratto.
Per questo motivo il personale dipendete 2005 in termini equivalenti risulta essere maggiore rispetto a quello del 2004, in cui erano state tolte dal conteggio tutte le assenze.
Il presente capitolo contiene l'analisi complessiva a livello provinciale del personale dipendente delle aziende sanitarie. Per approfondimenti ed analisi piú dettagliate, relative alle singole aziende sanitarie e alle singole strutture, si invita alla consultazione del CD-Rom allegato alla presente edizione della Relazione sanitaria. Le tabelle disponibili su CD-Rom contengono tutte le informazioni relative al personale delle singole aziende sanitarie e delle singole strutture di ricovero, distinte per area e servizio di impiego.

1.1.1. Analisi generali

I dati rappresentati di seguito si riferiscono al personale dipendente della aziende sanitarie. Le sigle utilizzate di seguito nelle tabelle e nei grafici corrispondono a:
P.T.= personale a tempo parziale
T.P.= personale a tempo pieno
EQ = personale equivalente
N = numero di dipendenti (numero di dipendenti presenti al 31.12.2005)

1.1.1.1. Totale personale dipendente per area d'impiego

Con riferimento al contingente di personale dipendente in servizio presso le aziende sanitarie al 31.12.2005, il numero di dipendenti risulta pari a 8.758 unitá (di cui 2.655 a part-time), registrando un incremento del 2,0% rispetto al 2004. Ció corrisponde in termini equivalenti a 7.733,85 unitá.

Il dato provinciale del personale dipendente sulla popolazione residente registra a livello provinciale un valore di 16,1 unitá equivalenti di personale per 1.000 abitanti (calcolati sulla popolazione residente media del 2005).

Tabella 1: **Personale dipendente per area e per azienda sanitaria - Anno 2005**

Area	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
	Personale Part-Time				
Area Strategica	50	48	25	33	156
Area di Supporto non sanitaria	131	171	68	36	406
Area Ospedaliera	542	357	278	353	1.530
Area Territoriale	249	152	70	84	555
Non indicato	8	-	-	-	8
TOTALE	**980**	**728**	**441**	**506**	**2.655**
	Personale a Tempo Pieno				
Area Strategica	229	155	57	87	528
Area di Supporto non sanitaria	365	413	156	123	1.057
Area Ospedaliera	1.610	863	599	627	3.699
Area Territoriale	484	188	75	64	811
Non indicato	8	-	-	-	8
TOTALE	**2.696**	**1.619**	**887**	**901**	**6.103**
	Personale Equivalente				
Area Strategica	261,65	185,75	72,25	106,25	625,90
Area di Supporto non sanitaria	451,00	516,40	196,75	143,00	1.307,15
Area Ospedaliera	1.953,75	1.074,75	769,00	829,25	4.626,75
Area Territoriale	647,70	283,85	118,50	110,75	1.160,80
Non indicato	13,25	-	-	-	13,25
TOTALE	**3.327,35**	**2.060,75**	**1.156,50**	**1.189,25**	**7.733,85**
Personale per 1.000 abitanti residenti	15,5	16,4	16,8	16,4	16,1

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

Figura 1: **Totale personale equivalente dipendente per azienda sanitaria - Anno 2005**

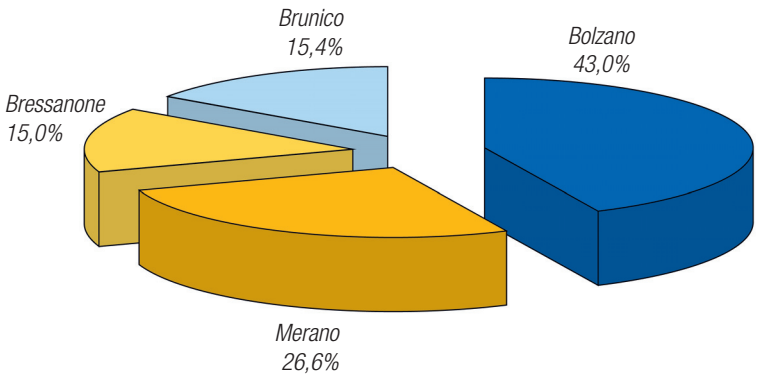


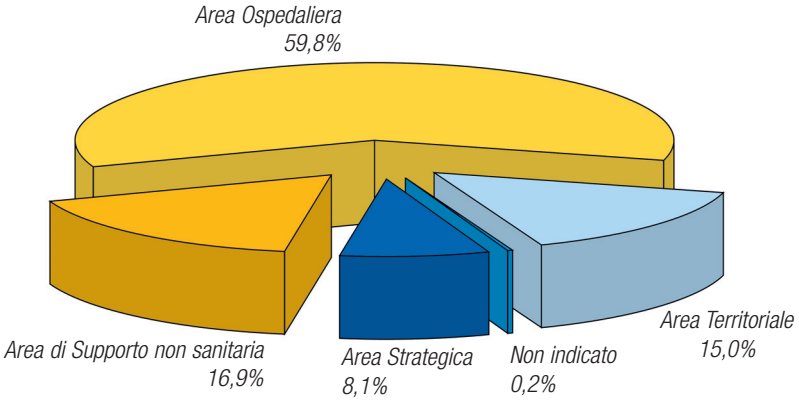
Tabella 2: **Differenza percentuale 2005-2004, valori assoluti di personale dipendente per area**

Area	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
	Personale Part-Time				
Area Strategica	6,4%	17,1%	-7,4%	6,5%	6,8%
Area di Supporto non sanitaria	0,0%	32,6%	30,8%	5,9%	0,3%
Area Ospedaliera	-2,9%	7,9%	4,1%	9,0%	3,4%
Area Territoriale	-0,4%	12,6%	1,4%	7,7%	4,3%
TOTALE	**-0,6%**	**14,5%**	**6,3%**	**8,4%**	**6,0%**
	Personale a Tempo Pieno				
Area Strategica	1,3%	-0,6%	10,9%	-2,2%	-1,3%
Area di Supporto non sanitaria	1,1%	-2,8%	6,8%	0,8%	0,3%
Area Ospedaliera	5,0%	-2,2%	-2,1%	-3,4%	0,6%
Area Territoriale	1,0%	-6,9%	-1,3%	12,3%	-0,4%
TOTALE	**3,7%**	**-2,8%**	**-1,2%**	**-1,7%**	**0,4%**
	Personale Equivalente				
Area Strategica	2,2%	3,0%	-9,9%	0,0%	0,4%
Area di Supporto non sanitaria	0,8%	5,4%	13,1%	1,9%	4,5%
Area Ospedaliera	2,9%	0,6%	-0,2%	0,7%	1,4%
Area Territoriale	0,5%	0,9%	0,0%	9,6%	1,5%
TOTALE	**2,5%**	**2,0%**	**1,1%**	**1,7%**	**2,0%**

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

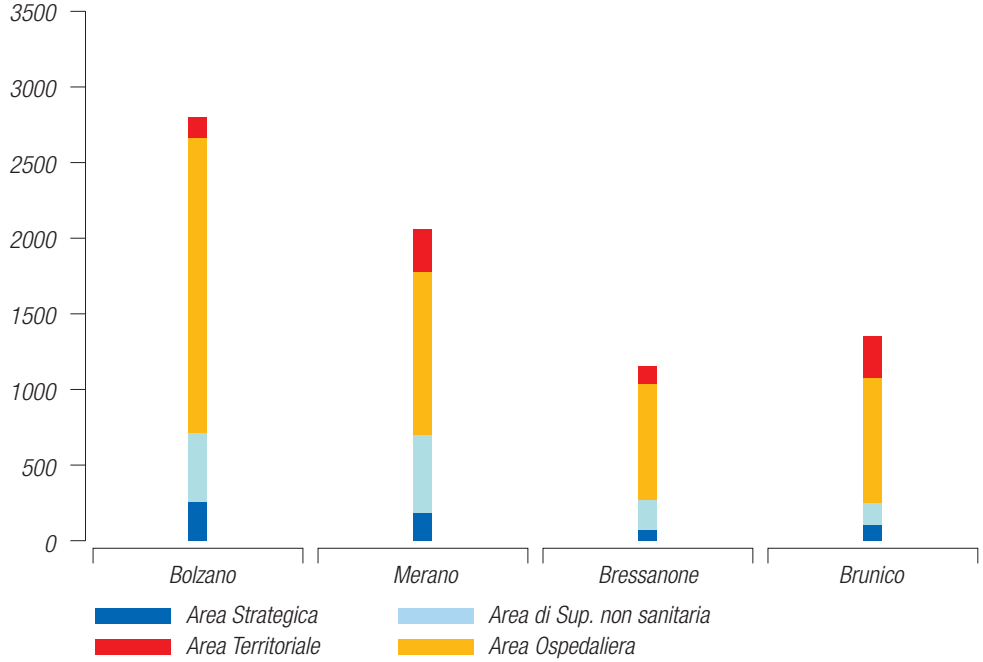
In termini assoluti si rileva rispetto al 31.12.2004 un aumento del 6% del personale part-time, con una punta del 14,5% di incremento nell'Azienda Sanitaria di Merano.
L'area di Supporto non sanitaria è quella che registra un incremento maggiore rispetto al 2004, mentre le aree ospedaliera e territoriale non hanno variato considerevolmente la dotazione di personale. La Tabella 2 evidenzia le differenze percentuali a livello di singola azienda sanitaria.

Figura 2: **Totale personale equivalente dipendente delle azienda sanitaria per area di impiego - Anno 2005**



Approfondendo l'analisi sulle aree di impiego del personale nelle singole aziende sanitarie, si osserva una prevalente componente di personale dipendente presso l'area ospedaliera. Nell'Azienda Sanitaria di Merano il 25,1% del personale equivalente dipendente è impiegato presso l'area dei servizi di supporto non sanitari dell'azienda. Questa percentuale è piú elevata rispetto ai valori registrati presso le altre aziende sanitarie.
Emergono percentuali elevate di personale dipendente operante nell'area ospedaliera delle aziende sanitarie di Brunico e Bressanone; esse si attestano, rispettivamente, ai valori di 69,7% e 66,5%. L'azienda sanitaria di Bolzano registra un valore del 58,7% di personale dipendente presso l'area ospedaliera; chiude l'azienda sanitaria di Merano con il 52,2%.

Figura 3: **Personale equivalente medio dipendente delle aziende sanitarie della provincia - per area di impiego - Anno 2005**



1.1.1.2. Personale dipendente per figura professionale

La prevalenza di personale dipendente in termini equivalenti presso le aziende sanitarie appartiene al ruolo sanitario con il 60,4%.

Segue come altra importante componente del personale dipendente quella del ruolo tecnico (25,4%), mentre il ruolo professionale registra solamente un 0,3% sul totale personale dipendente delle aziende.

Per 8 unitá equivalenti di personale dipendente dell'Azienda Sanitaria di Bolzano non è stato possibile effettuare l'associazione con il ruolo / figura professionale, in quanto il dato non è stato fornito nel flusso informativo SIPS.

Tabella 3: **Personale dipendente per ruolo / figura professionale e per azienda sanitaria - Anno 2005**

Ruolo/Figura professionale	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
	Personale Part-Time				
Dirigenza medica (incl. odontoiatri e veterinari)	11	2	9	3	25
Personale infermieristico	412	302	217	216	1.147
Personale laureato non medico	18	9	8	3	38
Pers. tecnico.- san., di riabilitazione	184	89	49	47	369
Pers. ruolo sanitario	**625**	**402**	**283**	**269**	**1.579**
Pers. ruolo professionale	**4**	**-**	**1**	**-**	**5**
Pers. ruolo tecnico	**140**	**202**	**82**	**162**	**586**
Pers. ruolo amm.vo	**208**	**124**	**75**	**75**	**482**
Non indicato	**3**	**-**	**-**	**-**	**3**
TOTALE	**980**	**728**	**441**	**506**	**2.655**
	Personale a Tempo Pieno				
Dirigenza medica (incl. odontoiatri e veterinari)	494	194	130	142	960
Personale infermieristico	716	460	321	310	1.807
Personale laureato non medico	73	38	28	26	165
Pers. tecnico.- san., di riabilitazione	382	175	102	109	768
Pers. ruolo sanitario	**1.665**	**867**	**581**	**587**	**3.700**
Pers. ruolo professionale	**12**	**5**	**3**	**2**	**22**
Pers. ruolo tecnico	**649**	**550**	**213**	**196**	**1.608**
Pers. ruolo amm.vo	**364**	**197**	**90**	**116**	**767**
Non indicato	**6**	**-**	**-**	**-**	**6**
TOTALE	**2.696**	**1.619**	**887**	**901**	**6.103**
	Personale Equivalente				
Dirigenza medica (incl. odontoiatri e veterinari)	501,00	195,25	134,75	144,00	975,00
Personale infermieristico	979,75	642,15	456,25	436,75	2.514,90
Personale laureato non medico	84,75	44,50	32,50	27,50	189,25
Pers. tecnico.- san., di riabilitazione	501,10	226,95	131,75	134,75	994,55
Pers. ruolo sanitario	**2.066,60**	**1.108,85**	**755,25**	**743,00**	**4.673,70**
Pers. ruolo professionale	**14,00**	**5,00**	**3,75**	**2,00**	**24,75**
Pers. ruolo tecnico	**740,20**	**673,40**	**259,75**	**287,50**	**1.960,85**
Pers. ruolo amm.vo	**498,55**	**273,50**	**137,75**	**156,75**	**1.066,55**
Non indicato	**8,00**	**-**	**-**	**-**	**8,00**
TOTALE	**3.327,35**	**2.060,75**	**1.156,50**	**1.189,25**	**7.733,85**

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

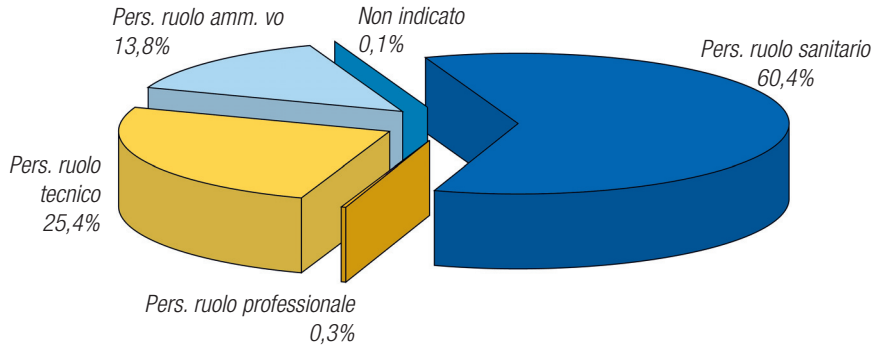
Tabella 4: **Percentuale di personale dipendente per ruolo / figura professionale e per azienda sanitaria - Anno 2005**

Ruolo / Figura professionale	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
	Personale Part-Time				
Dirigenza medica (incl. odontoiatri e veterinari)	1,1%	0,3%	2,0%	0,6%	0,9%
Personale infermieristico	42,0%	41,5%	49,2%	42,7%	43,2%
Personale laureato non medico	1,8%	1,2%	1,8%	0,6%	1,4%
Pers. tecnico.-san., di riabilitazione	18,8%	12,2%	11,1%	9,3%	13,9%
Pers. ruolo sanitario	**63,8%**	**55,2%**	**64,2%**	**53,2%**	**59,5%**
Pers. ruolo professionale	**0,4%**	**-**	**0,2%**	**-**	**0,2%**
Pers. ruolo tecnico	**14,3%**	**27,7%**	**18,6%**	**32,0%**	**22,1%**
Pers. ruolo amm.vo	**21,2%**	**17,0%**	**17,0%**	**14,8%**	**18,2%**
Non indicato	**0,3%**	**-**	**-**	**-**	**0,1%**
TOTALE	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**
	Personale a Tempo Pieno				
Dirigenza medica (incl. odontoiatri e veterinari)	18,3%	12,0%	14,7%	15,8%	15,7%
Personale infermieristico	26,6%	28,4%	36,2%	34,4%	29,6%
Personale laureato non medico	2,7%	2,3%	3,2%	2,9%	2,7%
Pers. tecnico.-san., di riabilitazione	14,2%	10,8%	11,5%	12,1%	12,6%
Pers. ruolo sanitario	**61,8%**	**53,6%**	**65,5%**	**65,1%**	**60,6%**
Pers. ruolo professionale	**0,4%**	**0,3%**	**0,3%**	**0,2%**	**0,4%**
Pers. ruolo tecnico	**24,1%**	**34,0%**	**24,0%**	**21,8%**	**26,3%**
Pers. ruolo amm.vo	**13,5%**	**12,2%**	**10,1%**	**12,9%**	**12,6%**
Non indicato	**0,2%**	**-**	**-**	**-**	**0,1%**
TOTALE	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**
	Personale Equivalente				
Dirigenza medica (incl. odontoiatri e veterinari)	15,1%	9,5%	11,7%	12,1%	12,6%
Personale infermieristico	29,4%	31,2%	39,5%	36,7%	32,5%
Personale laureato non medico	2,5%	2,2%	2,8%	2,3%	2,4%
Pers. tecnico.-san., di riabilitazione	15,1%	11,0%	11,4%	11,3%	12,9%
Pers. ruolo sanitario	**62,1%**	**53,8%**	**65,3%**	**62,5%**	**60,4%**
Pers. ruolo professionale	**0,4%**	**0,2%**	**0,3%**	**0,2%**	**0,3%**
Pers. ruolo tecnico	**22,2%**	**32,7%**	**22,5%**	**24,2%**	**25,4%**
Pers. ruolo amm.vo	**15,0%**	**13,3%**	**11,9%**	**13,2%**	**13,8%**
Non indicato	**0,2%**	**-**	**-**	**-**	**0,1%**
TOTALE	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

Analizzando la situazione per singola azienda sanitaria, si registra presso l'Azienda Sanitaria di Bressanone la maggiore percentuale in termini equivalenti di personale del ruolo sanitario sul totale (65,3%), mentre l'Azienda Sanitaria di Bolzano presenta il valore piú elevato (15,0%) di personale del ruolo amministrativo sul totale personale dipendente dell'azienda.

Figura 4: **Totale personale equivalente medio dipendente delle azienda sanitaria per ruolo professionale - Anno 2005**



PERSONALE DISTINTO PER RUOLO SU POPOLAZIONE RESIDENTE

Rispetto alla popolazione residente, vi sono, a livello provinciale, 9,7 unitá equivalenti di personale del ruolo sanitario su 1.000 abitanti, 4,1 unitá equivalenti di personale del ruolo tecnico e 2,2 unitá equivalenti del ruolo amministrativo ogni 1.000 abitanti. Come evidenzia la Tabella 5, vi sono differenze tra le singole aziende sanitarie.

Tabella 5: **Personale equivalente medio in servizio per azienda sanitaria per ruolo professionale per 1.000 abitanti - Anno 2005**

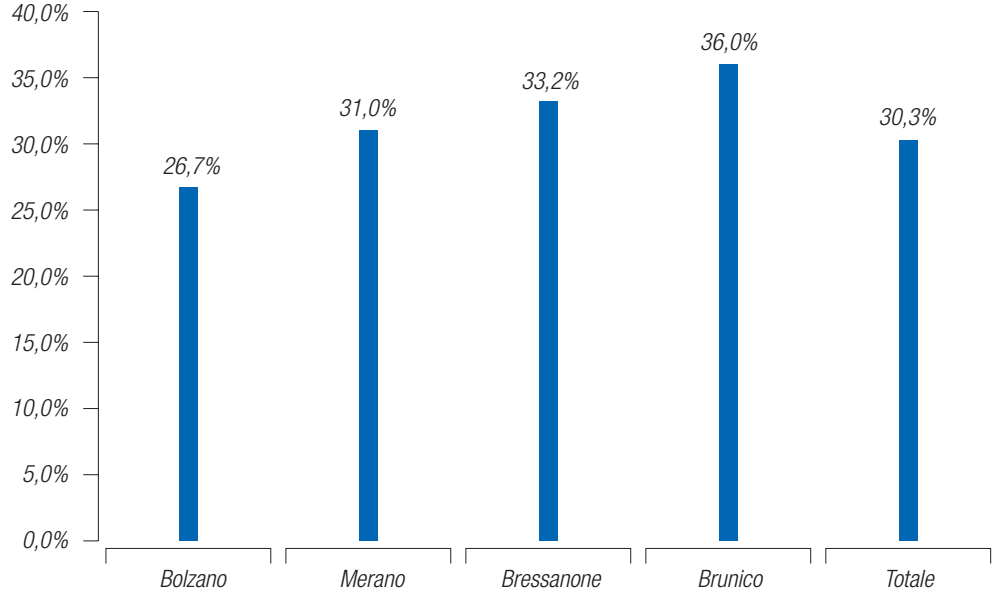
Ruolo	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Personale ruolo sanitario	9,6	8,8	11,0	10,2	9,7
Personale ruolo professionale	0,1	-	0,1	-	0,1
Personale ruolo tecnico	3,5	5,4	3,8	4,0	4,1
Personale ruolo amm.vo	2,3	2,2	2,0	2,2	2,2
TOTALE	**15,5**	**16,4**	**16,8**	**16,4**	**16,1**

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

PERSONALE DIPENDENTE A PART-TIME E A TEMPO PIENO

Analizzando il personale complessivo dipendente al 31.12.2005 per tempo di impiego, si osservano sensibili differenze tra le quattro aziende della Provincia. Il 30,3% del personale dipendente a livello provinciale è impiegato a tempo parziale (incremento del 1,1% rispetto al 31.12.2004 e 2,7% rispetto al 2003). A livello di singola azienda sanitaria abbiamo agli estremi l'Azienda Sanitaria di Brunico con il 36,0% del proprio personale dipendente impiegato a part-time, a fronte dell'Azienda Sanitaria di Bolzano, con un valore del 26,7%. Rispetto al 2004, l'incremento percentuale piú elevato di personale part-time si è registrato presso l'Azienda Sanitaria di Merano (+ 3,4%).

Figura 5: **Totale personale part-time sul totale personale dipendente delle aziende sanitarie al 31.12.2005**



1.1.2. Personale dipendente nell'area strategica

La rilevazione dei dati sul personale dipendente nelle aree strategiche delle aziende sanitarie prevede l'aggregazione del personale operante presso i seguenti centri di responsabilitá: Costi comuni, Direzione amministrativa ASL, Direzione amministrativa ospedali, Direzione generale, Direzione infermieristica, Direzione medica di struttura, Direzione sanitaria ASL, Ufficio relazioni con il pubblico.

Le differenti consistenze di personale dipendente riscontrabili nei servizi di denominazione simile nelle diverse aziende, sono da ricondurre non solo alla diversa pianificazione di impiego di risorse umane nei servizi da parte delle direzioni amministrative, ma anche alla diversa struttura organizzativa delle aziende sanitarie stesse (p.e. alcuni centri di costo con denominazione simile possono – per espressa scelta organizzativa delle aziende - essere collocati presso centri di responsabilitá diversi a seconda dell'azienda sanitaria).

Per quanto concerne invece la descrizione delle figure professionali impiegate nell'area strategica, viene utilizzata la seguente aggregazione dei profili professionali:

Assistenti/collaboratori amministrativi (assistenti amministrativi, collaboratori amministrativi, commesso/a), Ispettori (Ispettori), Personale professionale (assistenti religiosi, avvocati e procuratori legali), Personale sanitario (direttore personale infermieristico, personale con funzioni di riabilitazione, personale infermieristico, personale medico, personale tecnico-sanitario, psicologi), Altro personale tecnico (assistenti sociali, assistenti tecnici, sociologi), Ausiliario/a specializzato/a (ausiliari socio-sanitari specializzati), Operatori tecnici (operatori tecnici).

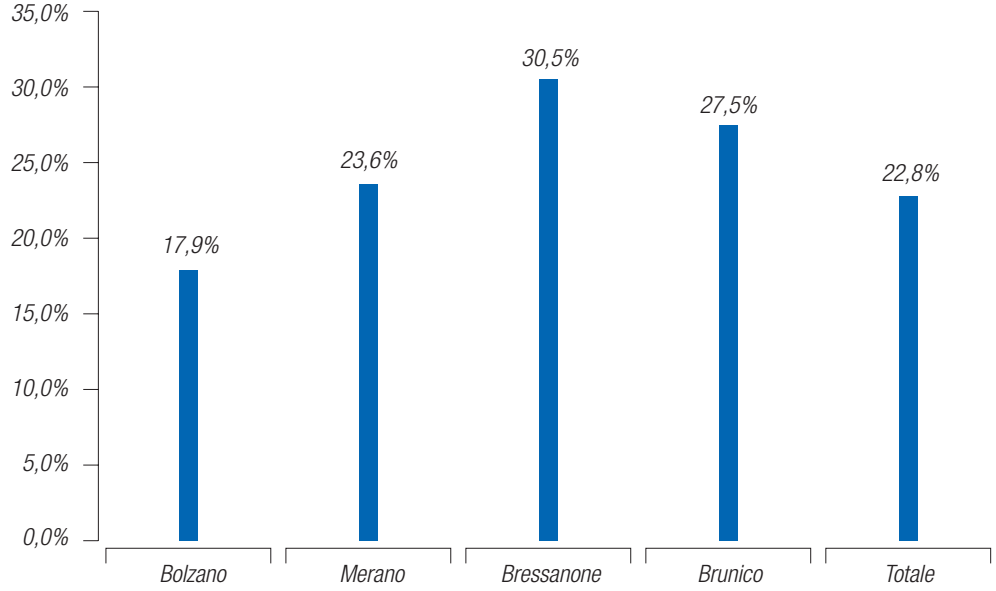
Il numero di persone dipendenti dell'area strategica delle aziende sanitarie al 31.12.2005 risulta pari a 684 unitá, corrispondenti a 625,90 unitá equivalenti impiegate durante l'intero 2005.

Tabella 6: **Totale personale dipendente dell'area strategica, per azienda sanitaria - Anno 2005**

Centro di responsabilità	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
	Personale Part-Time				
Costi comuni	1	-	-	1	2
Direzione Amministrativa ASL	8	1	1	-	10
Direzione Amministrativa Ospedali	9	14	7	21	51
Direzione Generale	1	-	-	-	1
Direzione infermieristica	9	2	2	-	13
Direzione Medica di struttura	19	31	10	11	71
Direzione Sanitaria ASL	-	-	5	-	5
Ufficio relazioni con il pubblico	3	-	-	-	3
TOTALE	**50**	**48**	**25**	**33**	**156**
	Personale a Tempo Pieno				
Costi comuni	3	-	-	-	3
Direzione Amministrativa ASL	10	10	1	-	21
Direzione Amministrativa Ospedali	58	55	21	68	202
Direzione Generale	5	3	1	2	11
Direzione infermieristica	42	8	5	5	60
Direzione Medica di struttura	108	78	26	11	223
Direzione Sanitaria ASL	-	1	3	-	4
Ufficio relazioni con il pubblico	3	-	-	1	4
TOTALE	**229**	**155**	**57**	**87**	**528**
	Personale Equivalente				
Costi comuni	3,50	-	-	0,75	4,25
Direzione Amministrativa ASL	15,25	10,75	1,75	-	27,75
Direzione Amministrativa Ospedali	64,00	64,25	25,00	79,00	232,25
Direzione Generale	5,75	3,00	1,00	2,00	11,75
Direzione infermieristica	48,00	9,25	6,25	5,00	68,50
Direzione Medica di struttura	120,40	97,50	31,75	18,50	268,15
Direzione Sanitaria ASL	-	1,00	6,50	-	7,50
Ufficio relazioni con il pubblico	4,75	-	-	1,00	5,75
TOTALE	**261,65**	**185,75**	**72,25**	**106,25**	**625,00**

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

Figura 6: **Area strategica - personale part-time sul totale personale dipendente delle aziende sanitarie al 31.12.2005**



La figura professionale prevalente in termini equivalenti risulta essere quella dell'Operatore tecnico, con un volume complessivo di 225,25 unitá equivalenti, pari al 40% circa del totale personale dipendente nell'area strategica delle aziende sanitarie.

Tabella 7: **Totale personale dipendente nell'area strategica, per figura professionale - Anno 2005**

Centro di responsabilità		Ispettori	Ass. / collab. amm.vo*	Operatore tecnico	Ausiliari specializ.	Altro person. tecnico	Person. sanitario	Person. profess.	Totale
Costi comuni	N	-	1	-	1	-	3	-	5
	EQ	-	0,50	-	1,00	-	2,75	-	4,25
Direzione	N	6	17	2	4	-	-	2	31
Amministrativa ASL	EQ	5,75	14,00	2,00	4,00	-	-	2,00	27,75
Direzione Amminis-	N	6	78	133	34	1	1	-	253
trativa Ospedali	EQ	6,00	69,00	127,00	28,25	1,00	1,00	-	232,25
Direzione Generale	N	3	7	-	-	1	1	-	12
	EQ	3,00	6,75	-	-	1,00	1,00	-	11,75
Direzione	N	-	19	4	3	-	47	-	73
infermieristica	EQ	-	17,75	3,75	2,50	-	44,50	-	68,50
Direzione Medica	N	1	49	99	80	7	42	16	294
di struttura	EQ	1,00	41,75	92,50	74,60	6,30	38,25	13,75	268,15
Direzione	N	-	8	-	-	-	1	-	9
Sanitaria ASL	EQ	-	6,50	-	-	-	1,00	-	7,50
Ufficio relazioni	N	1	6	-	-	-	-	-	7
con il pubblico	EQ	1,00	4,75	-	-	-	-	-	5,75
TOTALE	N	**17**	**185**	**238**	**122**	**9**	**95**	**18**	**684**
	EQ	**16,75**	**161,00**	**225,25**	**110,35**	**8,30**	**88,50**	**15,75**	**625,90**

* sono compresi anche i commessi

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

Le figure professionali amministrative (Assistente / collaboratore amministrativo) coprono il 25,7% del totale personale operante in quest'area.
I servizi in cui maggiormente sono collocati i dipendenti dell'area strategica delle aziende sono quelli della Direzione medica di struttura (42,8%) e le Direzioni amministrative degli ospedali (37,1%).

Figura 7: **Totale personale equivalente dipendente nell'area strategica delle aziende sanitarie per figura professionale e per azienda sanitaria - Anno 2005**

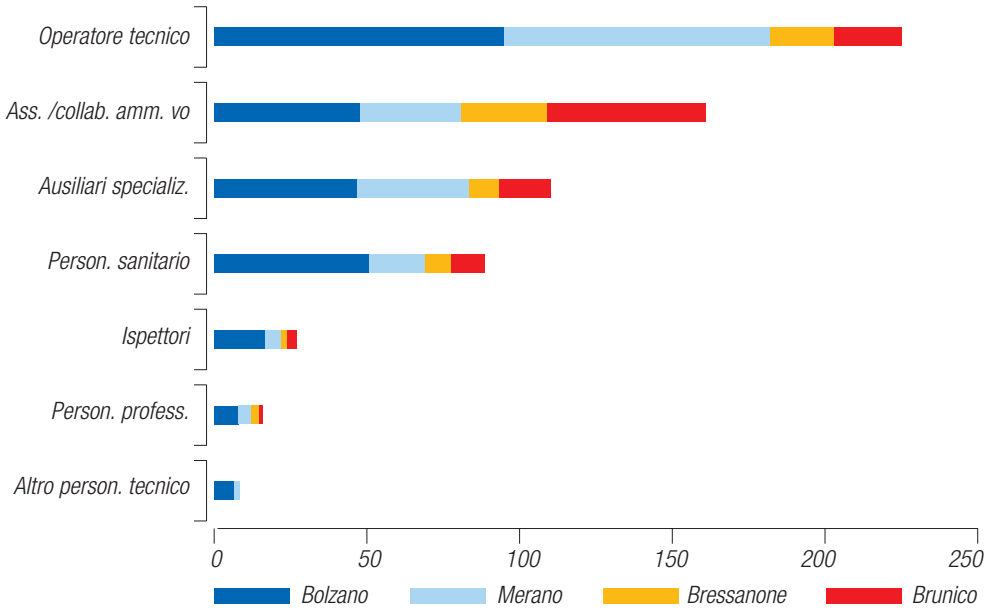
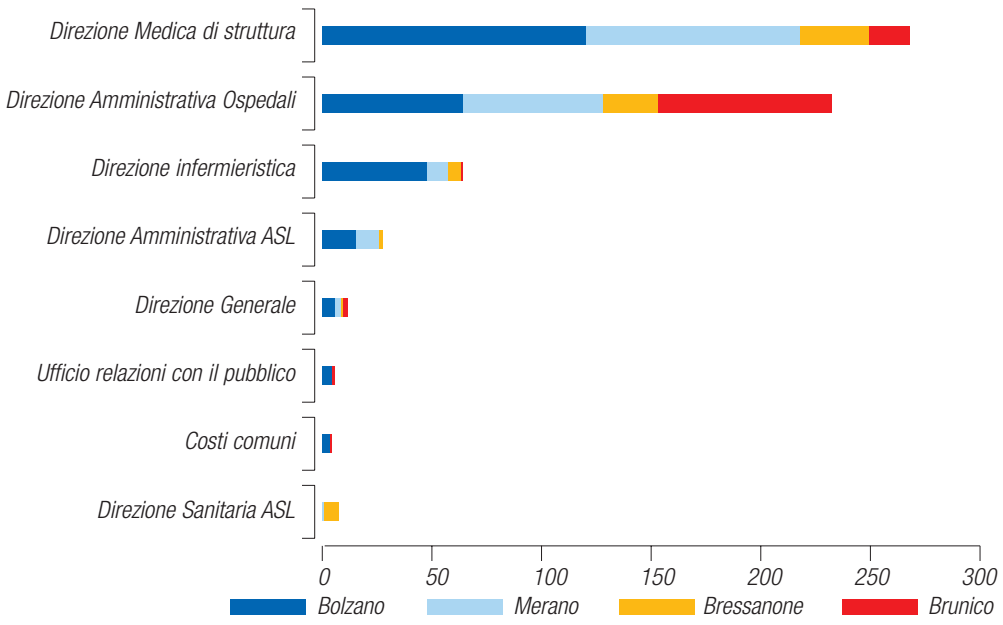


Figura 8: **Totale personale equivalente dipendente nell'area strategica delle aziende sanitarie per centro di responsabilitá e per azienda sanitaria - Anno 2005**



1.1.3. Personale dipendente nell'area di supporto non sanitaria

La rilevazione dei dati sul personale dipendente nell'area di supporto non sanitaria delle aziende sanitarie prevede in particolare l'aggregazione del personale operante presso i seguenti centri di responsabilitá: Direzione affari generali, Ripartizione economato-provveditorato, Ripartizione economico-finanziaria, Ripartizione informatica, Ripartizione patrimoniale-tecnica, Ripartizione personale, Ripartizione prestazioni, Formazione-scuole.
Anche in quest'area, le differenti consistenze di personale dipendente riscontrabili nei servizi di denominazione simile nelle diverse aziende, sono da ricondurre non solo alla diversa pianificazione di impiego di risorse umane nei servizi da parte delle direzioni amministrative, ma anche alla diversa struttura organizzativa delle aziende sanitarie stesse.

Tabella 8: **Totale personale dipendente nell'area di supporto non sanitaria, per azienda sanitaria - Anno 2005**

Centro di responsabilità	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
	Personale Part-Time				
Direzione Affari Generali	3	4	-	-	7
Ripartizione economato-provveditorato	57	130	33	22	242
Ripartizione economico-finanziaria	7	6	8	3	24
Ripartizione informatica	4	-	-	3	7
Ripartizione patrimoniale-tecnica	9	3	5	2	19
Ripartizione personale	16	10	13	4	43
Ripartizione prestazioni	35	16	9	-	60
Formazione – scuole	-	2	-	2	4
TOTALE	**131**	**171**	**68**	**36**	**406**
	Personale a Tempo Pieno				
Direzione Affari Generali	3	3	-	2	8
Ripartizione economato-provveditorato	158	269	66	57	550
Ripartizione economico-finanziaria	31	6	14	4	55
Ripartizione informatica	26	13	8	10	57
Ripartizione patrimoniale-tecnica	76	64	44	22	206
Ripartizione personale	34	23	11	17	85
Ripartizione prestazioni	37	28	13	5	83
Formazione – scuole	-	7	-	6	13
TOTALE	**365**	**413**	**156**	**123**	**1.057**
	Personale Equivalente				
Direzione Affari Generali	4,90	5,50	-	2,00	12,40
Ripartizione economato-provveditorato	194,60	347,65	84,50	68,75	695,50
Ripartizione economico-finanziaria	36,10	9,75	19,25	5,50	70,60
Ripartizione informatica	28,35	13,00	8,00	12,00	61,35
Ripartizione patrimoniale-tecnica	82,40	66,25	46,75	23,00	218,40
Ripartizione personale	44,65	29,00	19,75	19,25	112,65
Ripartizione prestazioni	60,00	37,00	18,50	5,00	120,50
Formazione – scuole	-	8,25	-	7,50	15,75
TOTALE	**451,00**	**516,40**	**196,75**	**143,00**	**1.307,15**

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

Le figure professionali impiegate nell'area di supporto non sanitaria, vengono raggruppate secondo la seguente aggregazione:
Assistenti/collaboratori amministrativi (assistenti amministrativi, collaboratori amministrativi), Ispettori (Ispettori), Personale professionale (architetti, igegneri), Personale sanitario (personale con funzioni di riabilitazione, personale infermieristico, personale tecnico-sanitario), Altro personale tecnico (analisti, assistenti tecnici), Ausiliario/a specializzato/a (ausiliari socio-sanitari specializzati), Operatori tecnici (operatori tecnici).
Il numero di persone dipendenti dell'area di supporto non sanitaria delle aziende sanita-

rie al 31.12.2005 risulta pari a 1.463 unitá, pari a 1.307,15 unitá equivalenti impiegate durante l'intero 2005, con un incremento del 4,5% rispetto al 31.12.2004.
La figura professionale prevalente in termini equivalenti risulta essere quella dell'Ausiliario specializzato, con un volume complessivo di 498,20 unitá equivalenti, pari al 38,1% del totale personale dipendente nell'area di supporto non sanitaria delle aziende sanitarie.
La figura professionale dell'Operatore tecnico copre il 24,9% del totale personale dipendente in quest'area, mentre le figure professionali amministrative registrano una presenza del 23,8%.
Al 31.12.2005 il 27,8% del personale operante nell'area di supporto non sanitaria è impiegato a part-time, con un incremento rispetto al 2004 del 6,0 % e del 4,1% rispettivamente nelle aziende sanitarie di Merano e Bressanone.

Figura 9: **Area di supporto non sanitaria - personale part-time sul totale personale dipendente delle aziende sanitarie al 31.12.2005**

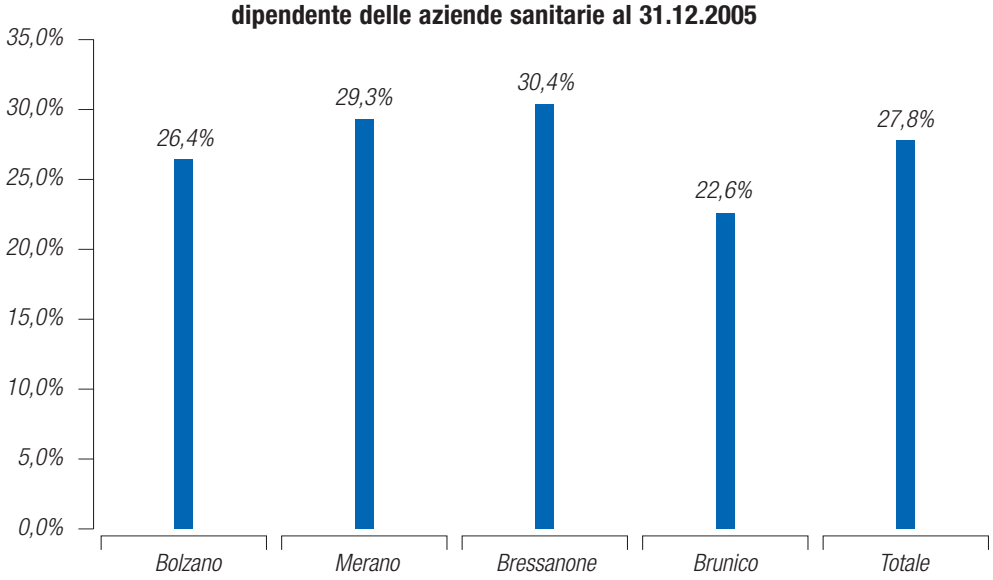


Tabella 9: **Totale personale dipendente nell'area di supporto non sanitaria, per figura professionale - Anno 2005**

Area		Ispettori	Ass. / collab. amm.vo	Operatore tecnico	Ausiliari specializ.	Altro person. tecnico	Person. sanitario	Person. profess.	Totale
Direzione Affari Generali	N	5	9	-	1	-	-	-	15
	EQ	5,00	6,40	-	1,00	-	-	-	12,40
Ripartizione economato-provveditorato	N	15	70	164	542	1	-	-	792
	EQ	14,85	61,20	156,00	462,45	1,00	-	-	695,50
Ripartizione economico-finanziaria	N	7	45	-	-	-	27	-	79
	EQ	7,00	38,25	-	-	-	25,35	-	70,60
Ripartizione informatica	N	4	9	12	-	38	-	1	64
	EQ	4,00	7,00	12,00	-	37,35	-	1,00	61,35
Ripartizione patrimoniale-tecnica	N	5	15	157	34	9	-	5	225
	EQ	5,00	12,60	154,55	32,25	9,00	-	5,00	218,40
Ripartizione personale	N	20	105	-	2	1	-	-	128
	EQ	19,50	90,65	-	1,50	1,00	-	-	112,65
Ripartizione prestazioni	N	11	113	4	1	-	14	-	143
	EQ	10,75	94,75	3,50	1,00	-	10,50	-	120,50
Formazione - scuole	N	-	-	-	-	-	17	-	17
	EQ	-	-	-	-	-	15,75	-	15,75
TOTALE	**N**	**67**	**366**	**337**	**580**	**49**	**58**	**6**	**1.463**
	EQ	**66,10**	**310,85**	**326,05**	**498,20**	**48,35**	**51,60**	**6,00**	**1.307,15**

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

Il servizio in cui maggiormente sono collocati i dipendenti dell'area di supporto non sanitaria delle aziende è quello delle Ripartizioni economato – provveditorato delle aziende, con una percentuale del 53,2% del totale personale operante in quest'area (Figura 11).

Figura 10: **Totale personale equivalente dipendente nell'area di supporto non sanitaria delle aziende sanitarie per figura professionale - Anno 2005**

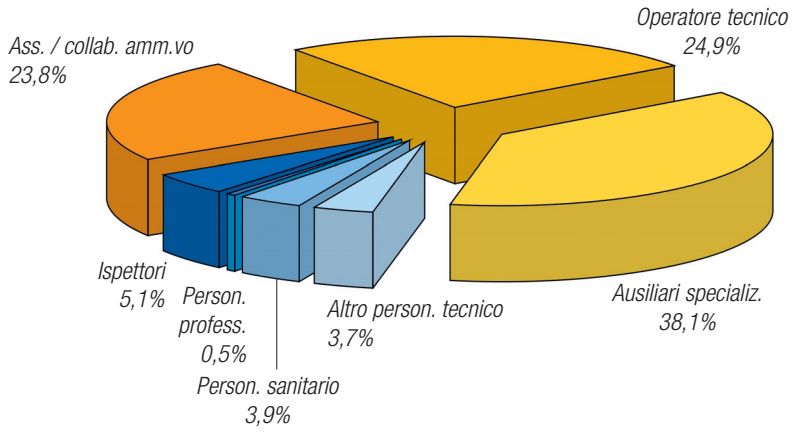
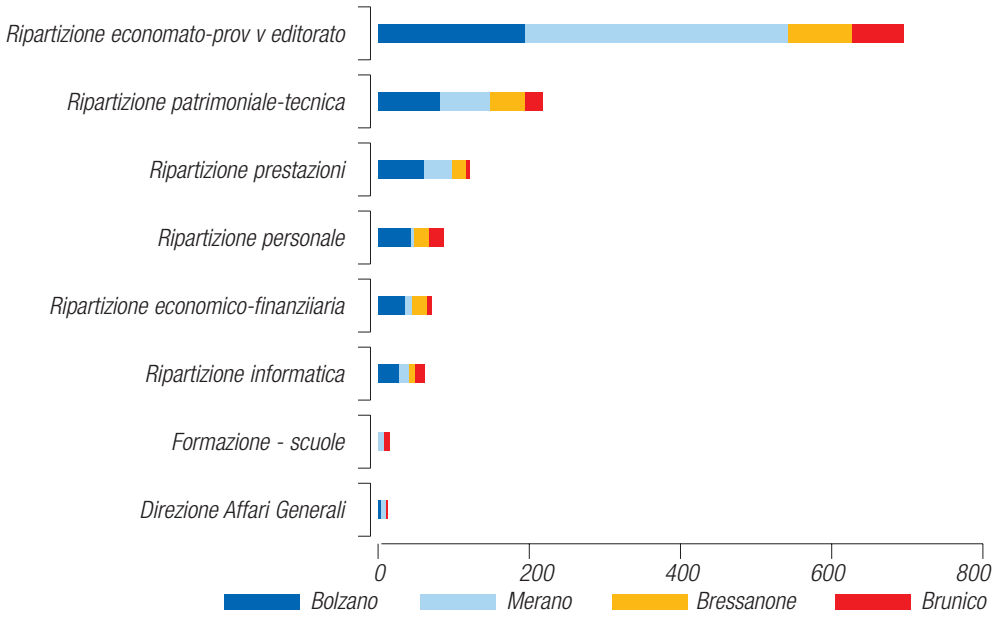


Figura 11: **Totale personale equivalente dipendente nell'area di supporto non sanitaria delle aziende sanitarie per centro di responsabilità e per azienda sanitaria - Anno 2005**



1.1.4. Personale dipendente nell'area ospedaliera

La descrizione delle figure professionali dipendenti nell'area ospedaliera segue la seguente aggregazione dei profili professionali:

Personale amministrativo (assistenti amministrativi, collaboratori amministrativi, ispettori), Personale professionale (ingegneri), Altro personale sanitario (biologi, chimici, farmacisti, fisici, personale con funzioni di riabilitazione, personale tecnico sanitario, psicologi), Personale infermieristico (personale infermieristico), Personale medico (medici ed odontoiatri), personale tecnico (assistenti tecnici, ausiliari socio-sanitari specializzati, operatori tecnici).

1.1.4.1. Totale personale dipendente nell'area ospedaliera, distinto per reparto/servizio

Nell'area ospedaliera opera il 59,8% del totale personale equivalente dipendente delle aziende sanitarie. Ció corrisponde a 4.626,75 unitá equivalenti.

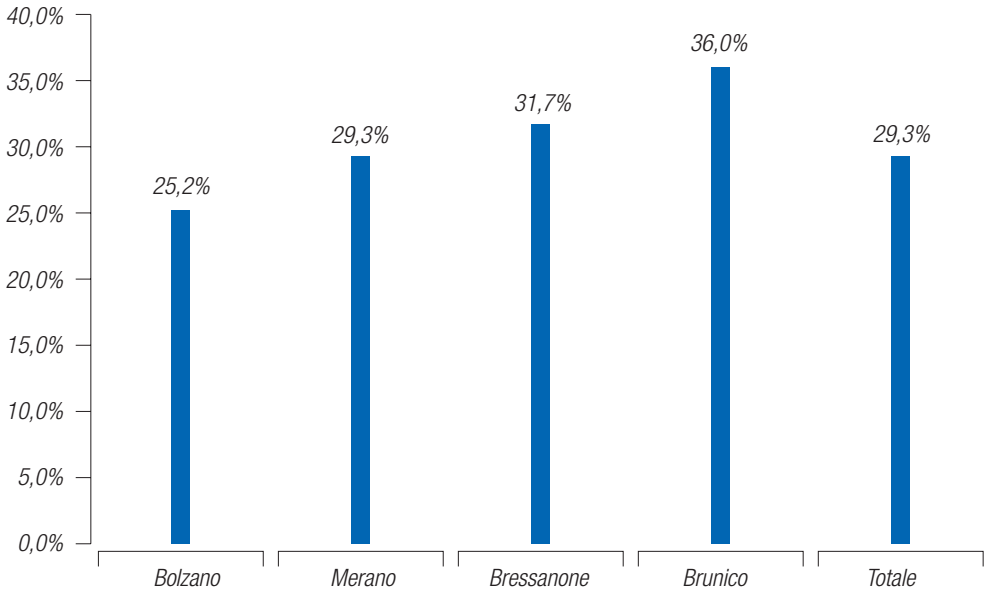
Tabella 10: **Totale personale dipendente nell'area ospedaliera, per azienda sanitaria - Anno 2005**

Ruolo / Figura prof.	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
	Personale Part-Time				
Totale reparti ospedalieri	304	217	198	214	933
Totale servizi ospedalieri	238	140	80	139	597
TOTALE	**542**	**357**	**278**	**353**	**1.530**
	Personale a Tempo Pieno				
Totale reparti ospedalieri	948	537	419	419	2.323
Totale servizi ospedalieri	662	326	180	208	1.376
TOTALE	**1.610**	**863**	**599**	**627**	**3.699**
	Personale Equivalente				
Totale reparti ospedalieri	1.140,10	668,05	540,25	544,25	2.892,65
Totale servizi ospedalieri	813,65	406,70	228,75	285,00	1.734,10
TOTALE	**1.953,75**	**1.074,75**	**769,00**	**829,25**	**4.626,75**

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

Il 62,5% del personale equivalente operante nell'area ospedaliera è impiegato nei reparti ospedalieri degli istituti di ricovero della Provincia.
Il 42,2% del personale complessivo dell'area ospedaliera opera presso il presidio ospedaliero di Bolzano, a fronte del 16,6% di personale impiegato presso le strutture ospedaliere dell'A.S. di Bressanone.

Figura 12: **Area ospedaliera - personale part-time sul totale personale dipendente delle aziende sanitarie al 31.12.2005**



Il 29,3% del personale dipendente nell'area ospedaliera delle aziende è impiegato part-time. Le differenze della composizione del personale dipendente per tempo di impiego presso le singole aziende sanitarie sono desumibili dalla Figura 12.

Personale dipendente nei reparti ospedalieri

Del totale personale equivalente delle aziende sanitarie operante nei reparti delle rispettive aree ospedaliere, il 15,7% del totale opera nei reparti di medicina degli ospedali della Provincia, l'11,0% è operante nei reparti di anestesia e rianimazione, segue il 9,7% che è dipendente nei reparti di ostetricia e ginecologia. Il 9,5% del personale è dipendente nei reparti di chirurgia degli ospedali provinciali, mentre l'8,7% è impiegato nei reparti di ortopedia e traumatologia. Queste 5 tipologie di reparto ospedaliero impiegano pertanto il 54,6% del personale totale operante nei reparti dell'area ospedaliera delle aziende sanitarie provinciali.

A livello provinciale, il 28,7% del personale dipendente nei reparti dell'area ospedaliera delle aziende è impiegato part-time (+ 0,5% rispetto al 2004 e + 1,4% rispetto al 2003).

Tabella 11: **Totale personale dipendente nei reparti ospedalieri, per azienda sanitaria - Anno 2005**

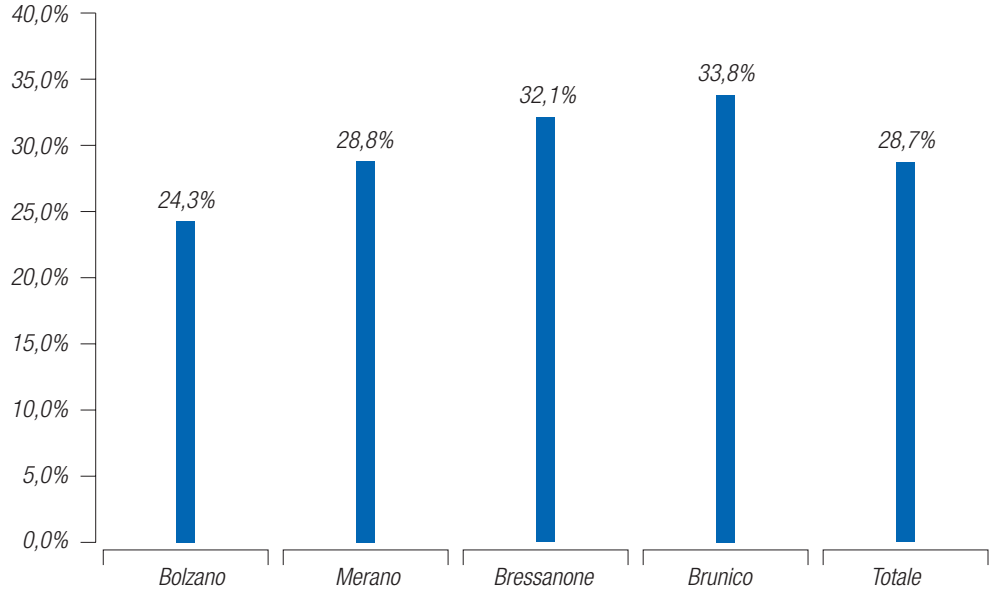
Ruolo / Figura prof.		Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Anestesia e Rianimazione	Part-Time	16	16	12	12	56
	T.Pieno	113	65	66	42	286
	Pers. Equiv.	122,75	75,00	72,00	49,50	319,25
Cardiologia	Part-Time	17	3	-	-	20
	T.Pieno	62	20	-	-	82
	Pers. Equiv.	72,25	22,00	-	-	94,25
Chirurgia 1	Part-Time	5	23	23	34	85
	T.Pieno	29	59	40	65	193
	Pers. Equiv.	32,25	72,75	55,25	85,25	245,50
Chirurgia 2	Part-Time	3	-	-	-	3
	T.Pieno	26	-	-	-	26
	Pers. Equiv.	27,75	-	-	-	27,75
Chirurgia pediatrica	Part-Time	3	-	-	-	3
	T.Pieno	19	-	-	-	19
	Pers. Equiv.	20,50	-	-	-	20,50
Chirurgia Vascolare	Part-Time	16	-	-	-	16
	T.Pieno	19	-	3	-	22
	Pers. Equiv.	28,25	-	3,00	-	31,25
Dermatologia	Part-Time	19	9	-	1	29
	T.Pieno	25	10	-	7	42
	Pers. Equiv.	37,00	16,25	-	7,50	60,75
Ematologia	Part-Time	16	-	-	-	16
	T.Pieno	53	-	-	-	53
	Pers. Equiv.	62,25	-	-	-	62,25
Gastroenterol.	Part-Time	10	-	-	-	10
	T.Pieno	40	-	-	-	40
	Pers. Equiv.	47,00	-	-	-	47,00
Geriatria	Part-Time	23	9	-	-	32
	T.Pieno	41	31	-	-	72
	Pers. Equiv.	55,50	37,00	-	-	92,50
Lungodegenza	Part-Time	-	2	-	-	2
	T.Pieno	-	6	-	-	6
	Pers. Equiv.	-	7,00	-	-	7,00
Malattie infettive	Part-Time	3	-	-	-	3
	T.Pieno	23	-	-	-	23
	Pers. Equiv.	25,00	-	-	-	25,00
Medicina 1	Part-Time	10	36	39	43	128
	T.Pieno	44	102	71	96	313
	Pers. Equiv.	51,00	124,25	94,50	121,75	391,50

Reparto		Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Medicina 2	Part-Time	10	-	9	-	19
	T.Pieno	32	-	20	-	52
	Pers. Equiv.	38,00	-	25,25	-	63,25
Nefrologia - Emodialisi	Part-Time	12	8	2	6	28
	T.Pieno	28	10	10	7	55
	Pers. Equiv.	35,50	14,75	11,50	11,25	73,00
Neurochirurgia	Part-Time	2	-	-	-	2
	T.Pieno	21	-	-	-	21
	Pers. Equiv.	22,10	-	-	-	22,10
Neurologia	Part-Time	7	-	-	4	11
	T.Pieno	27	8	-	5	40
	Pers. Equiv.	35,05	8,00	-	7,00	47,05
Nido	Part-Time	13	16	-	5	34
	T.Pieno	9	15	-	5	29
	Pers. Equiv.	16,75	24,75	-	8,50	50,00
Oculistica	Part-Time	15	-	-	7	22
	T.Pieno	19	5	-	18	42
	Pers. Equiv.	28,65	5,00	-	22,25	55,90
Oculistica	Part-Time	4	-	-	2	6
	T.Pieno	14	-	-	4	18
	Pers. Equiv.	16,50	-	-	5,50	22,00
Oncologia medica	Part-Time	2	7	-	-	9
	T.Pieno	12	5	-	-	17
	Pers. Equiv.	13,25	9,00	-	-	22,25
Ortopedia e traumatologia	Part-Time	10	15	22	34	81
	T.Pieno	40	60	50	55	205
	Pers. Equiv.	46,25	69,30	63,50	73,50	252,55
Ostetricia – Ginecologia	Part-Time	16	32	41	28	117
	T.Pieno	48	58	44	62	212
	Pers. Equiv.	59,00	76,20	69,00	76,75	280,95
ORL	Part-Time	12	14	5	-	31
	T.Pieno	27	23	19	-	69
	Pers. Equiv.	34,30	31,00	22,25	-	87,55
Pediatria	Part-Time	34	12	31	20	97
	T.Pieno	79	27	35	26	167
	Pers. Equiv.	101,30	33,30	53,75	37,50	225,85
Pneumologia	Part-Time	7	-	-	-	7
	T.Pieno	35	-	-	-	35
	Pers. Equiv.	39,60	-	-	-	39,60
Psichiatria	Part-Time	6	4	8	18	36
	T.Pieno	39	13	45	27	124
	Pers. Equiv.	42,25	15,75	50,00	38,00	146,00
Urologia	Part-Time	13	11	6	-	30
	T.Pieno	24	20	16	-	30
	Pers. Equiv.	33,10	26,75	20,25	-	80,10
TOTALE	**Part-Time**	**304**	**217**	**198**	**214**	**933**
	T.Pieno	**948**	**537**	**419**	**419**	**2.323**
	Pers. Equiv.	**1.140,10**	**668,05**	**540,25**	**544,25**	**2.892,65**

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

La figura professionale maggiormente impiegata nei reparti dell'area ospedaliera delle aziende sanitarie è quella del personale infermieristico. In termini equivalenti ne compone il 52,4% del totale personale impiegato (1.512,50 unitá equivalenti). Il personale medico copre il 24,1%, il restante 23,5% è composto da personale amministrativo, tecnico e da altro personale sanitario.

Figura 13: **Area ospedaliera - personale part-time sul totale personale dipendente nei reparti al 31.12.2005**



La tipologia di reparto con il maggior numero di personale medico è l'unitá operativa di anestesia e rianimazione (98,0 unitá equivalenti di personale), mentre quella con il maggior numero di personale infermieristico è quella dei reparti di medicina con un totale di 236,75 unitá equivalenti, presso la quale si osserva anche la maggiore presenza di personale amministrativo e di personale tecnico (rispettivamente 25,00 e 83,50 unitá equivalenti).

Figura 14: **Personale equivalente dipendente dei reparti dell'area ospedaliera delle singole aziende sanitarie, per figura professionale - Anno 2005**

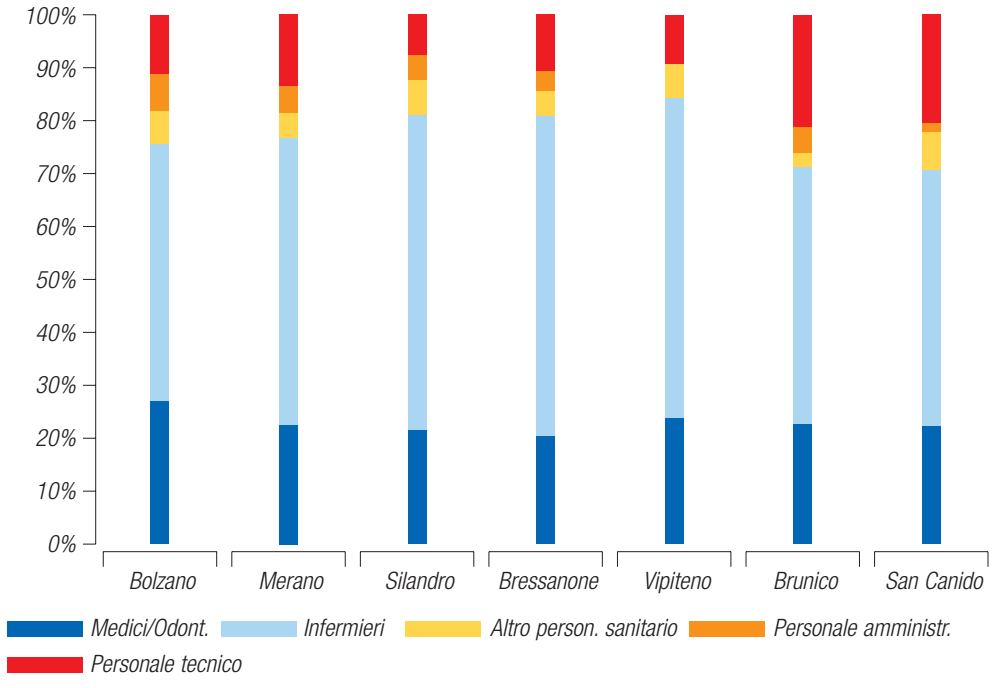


Tabella 12: **Totale personale dipendente nei reparti ospedalieri, per figura professionale - Anno 2005**

Reparto	Medici/ Odont.		Infermieri		Altro person. sanitario		Personale amministr.		Personale tecnico		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Anestesia e R.	99	98,00	209	194,75	-	-	7	6,50	27	20,00	342	319,25
Cardiologia	25	24,75	64	58,50	-	-	8	6,00	5	5,00	102	94,25
Chirurgia 1	60	60,00	147	128,75	-	-	12	9,25	59	47,50	278	245,50
Chirurgia 2	10	10,00	15	13,75	-	-	2	2,00	2	2,00	29	27,75
Chir. Pediatrica	6	6,00	12	11,00	-	-	2	1,50	2	2,00	22	20,50
Chir.Vasc. Tor.	9	9,00	19	14,50	-	-	6	4,50	4	3,25	38	31,25
Dermatologia	21	20,75	37	29,25	-	-	11	9,00	2	1,75	71	60,75
Ematologia	13	13,00	31	27,25	12	11,75	5	3,75	8	6,50	69	62,25
Gastroenterol.	13	13,00	26	23,75	-	-	5	4,75	6	5,50	50	47,00
Geriatria	24	23,75	53	46,25	-	-	8	6,25	19	16,25	104	92,50
Lungodegenza	-	-	5	4,50	-	-	-	-	3	2,50	8	7,00
Malattie infettive	6	6,00	17	16,00	-	-	2	2,00	1	1,00	26	25,00
Medicina 1	90	89,00	236	209,00	-	-	28	22,25	87	71,25	441	391,50
Medicina 2	21	20,50	33	27,75	-	-	3	2,75	14	12,25	71	63,25
Nefrologia - Emodialisi	8	8,00	64	55,50	-	-	3	2,25	8	7,25	83	73,00
Neurochirurgia	5	5,00	14	13,50	-	-	2	1,60	2	2,00	23	22,10
Neurologia	21	21,00	21	18,75	-	-	4	2,30	5	5,00	51	47,05
Nido	-	-	59	46,25	2	1,75	-	-	2	2,00	63	50,00
Oculistica	25	23,75	19	16,00	8	6,00	5	4,25	7	5,90	64	55,90
Odontostom.	5	5,00	6	5,25	1	1,00	3	1,75	9	9,00	24	22,00
Oncologia m.	4	4,00	18	15,00	-	-	4	3,25	-	-	26	22,25
Ortopedia e t.	60	60,00	157	136,30	-	-	19	14,75	50	41,50	286	252,55
Ostetricia/G.	51	50,50	133	108,40	91	81,80	18	12,75	36	27,50	329	280,95
Otorinolarin.	18	18,00	46	39,50	22	17,80	7	6,00	7	6,25	100	87,55
Pediatria*	51	49,50	160	131,70	20	16,75	13	10,15	17	14,75	261	222,85
Pneumologia	12	11,50	21	19,60	-	-	5	4,50	4	4,00	42	39,60
Psichiatria	25	24,50	64	59,25	14	11,50	4	3,00	53	47,75	160	146,00
Urologia	21	21,00	49	42,50	4	3,10	8	6,00	8	7,50	90	80,10
TOTALE	**703**	**695,50**	**1.735**	**1.512,50**	**174**	**151,45**	**194**	**153,05**	**447**	**377,15**	**3.253**	**2.889,65**

** per 3 persone non è stata indicata la figura professionale (personale equivalente=3,00)*

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

Personale dipendente presso i servizi dell'area ospedaliera

Del totale personale equivalente delle aziende sanitarie operante nei servizi delle rispettive aree ospedaliere, il 21,5% del totale è collocato presso i servizi di riabilitazione fisica degli ospedali provinciali (compresi i servizi di logopedia e di riabilitazione fisica dell'azienda sanitaria di Bolzano). Il 12,9% del personale dipendente è occupato nei servizi di radiologia, segue l' 11,9% dei laboratori di analisi e dei poliambulatori, mentre l' 11,8% del personale è dipendente nei gruppi operatori degli ospedali provinciali. Da evidenziare inoltre il 9,3% del personale equivalente dipendente nei servizi di pronto soccorso – astanteria degli ospedali. Queste 6 aree di impiego nei servizi racchiudono il 79,3% circa del personale totale impiegato nei servizi dell'area ospedaliera.

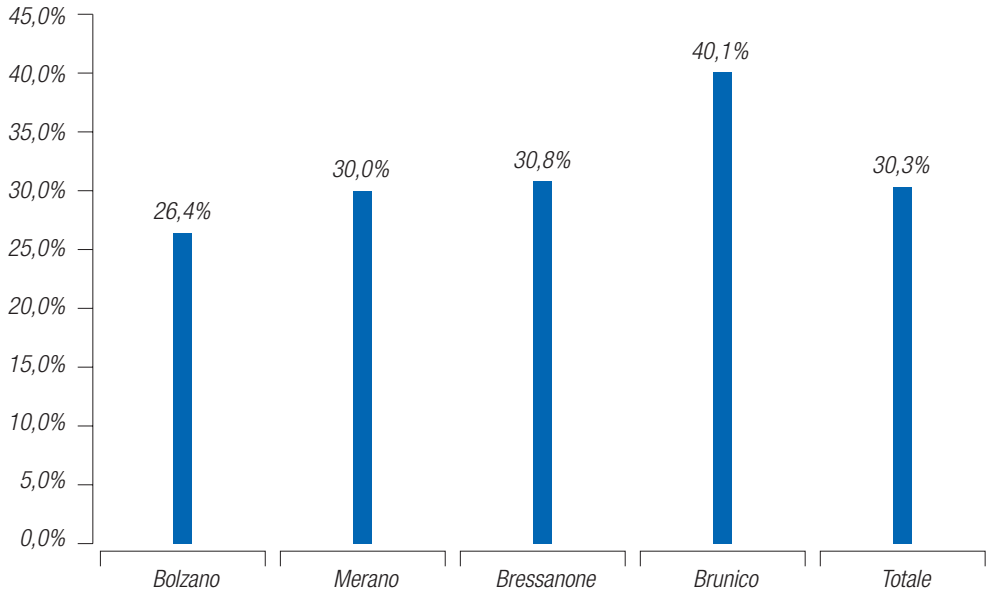
Tabella 13: **Totale personale dipendente nei servizi ospedalieri, per azienda sanitaria - Anno 2005**

Ruolo / Figura prof.		Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Consulenza Genetica	Part-Time	2	-	-	-	2
	T. Pieno.	6	-	-	-	6
	Pers. Equiv.	7,25	-	-	-	7,25
Diagnostica Funzionale	Part-Time	-	7	-	-	7
	T. Pieno	-	11	-	-	11
	Pers. Equiv.	-	15,25	-	-	15,25
Gruppo Operatorio	Part-Time.	20	14	10	11	55
	T. Pieno	57	48	35	31	171
	Pers. Equiv.	70,10	56,30	41,00	37,75	205,15
Istologia e anatomia patologica	Part-Time	9	-	-	-	9
	T. Pieno	54	-	-	-	54
	Pers. Equiv.	60,00	-	-	-	60,00
Laboratorio di analisi	Part-Time	24	12	13	16	65
	T. Pieno	86	32	24	26	168
	Pers. Equiv.	101,25	38,75	32,25	34,50	206,75
Medicina nucleare	Part-Time	2	1	-	-	3
	T. Pieno	15	3	-	-	18
	Pers. Equiv.	16,25	3,75	-	-	20,00
Poliambulatori	Part-Time	32	24	8	52	116
	T. Pieno	38	29	9	38	114
	Pers. Equiv.	56,75	42,30	14,00	93,00	206,05
Pronto soccorso - Astanteria	Part-Time	18	19	2	1	40
	T. Pieno	72	33	19	14	138
	Pers. Equiv.	83,10	43,75	20,50	14,50	161,85
Radiologia	Part-Time	25	8	9	10	52
	T. Pieno	79	53	34	26	192
	Pers. Equiv.	95,20	57,50	39,00	31,50	223,20
Servizio di Fisica sanitaria	Part-Time	2	-	-	-	2
	T. Pieno	13	-	-	-	13
	Pers. Equiv.	14,25	-	-	-	14,25
Servizio di immuno-ematologia e trasfusionale	Part-Time	11	1	1	-	13
	T. Pieno	38	17	-	-	55
	Pers. Equiv.	45,75	17,50	0,50	-	63,75
Servizio di Ingegneria clinica	Part-Time	-	1	-	-	1
	T. Pieno	28	-	-	-	28
	Pers. Equiv.	28,00	0,75	-	-	28,75
Servizio di Radioterapia	Part-Time	2	-	-	-	2
	T. Pieno	7	-	-	-	7
	Pers. Equiv.	8,25	-	-	-	8,25
Servizio di Riabilitazione fisica	Part-Time	19	47	32	41	139
	T. Pieno	52	80	49	57	238
	Pers. Equiv.	63,50	107,60	68,00	53,00	292,10
Servizio di riabilitazione fisica - Logopedia	Part-Time	13	-	-	-	13
	T. Pieno	15	-	-	-	15
	Pers. Equiv.	22,75	-	-	-	22,75
Servizio di riabilitazione fisica - Via Fago	Part-Time	38	-	-	-	38
	T. Pieno	34	-	-	-	34
	Pers. Equiv.	58,75	-	-	-	58,75
Servizio diabetologico	Part-Time	10	1	2	-	13
	T. Pieno	6	2	1	-	9
	Pers. Equiv.	12,75	2,50	2,25	-	17,50
Servizio dietetico nutrizionale	Part-Time	5	4	3	4	16
	T. Pieno	27	10	4	9	50
	Pers. Equiv.	30,50	12,00	6,25	11,25	60,00
Servizio farmaceutico	Part-Time	6	1	-	4	11
	T. Pieno	35	8	5	7	55
	Pers. Equiv.	39,25	8,75	5,00	9,50	62,50
TOTALE	**Part-Time**	**238**	**140**	**80**	**139**	**597**
	T. Pieno	**662**	**326**	**180**	**208**	**1.376**
	Pers. Equiv.	**813,65**	**406,70**	**228,75**	**285,00**	**1.734,10**

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

A livello provinciale, il 30,3% del personale dipendente nei servizi dell'area ospedaliera delle aziende è impiegato part-time (+ 0,8% rispetto al 2004) con valori massimi rilevati presso l'Azienda Sanitaria di Brunico con una percentuale pari al 40,1% (+ 6,6%). Il sensibile incremento rispetto al 2004 del personale dell'Azienda Sanitaria di Brunico presso i servizi ospedalieri è imputabile alla diversa classificazione utilizzata nel 2005 dei centri di costo relativi agli ambulatori attribuiti alla voce "poliambulatori".

Figura 15: **Area ospedaliera - personale part-time sul totale personale dipendente nei servizi al 31.12.2005**



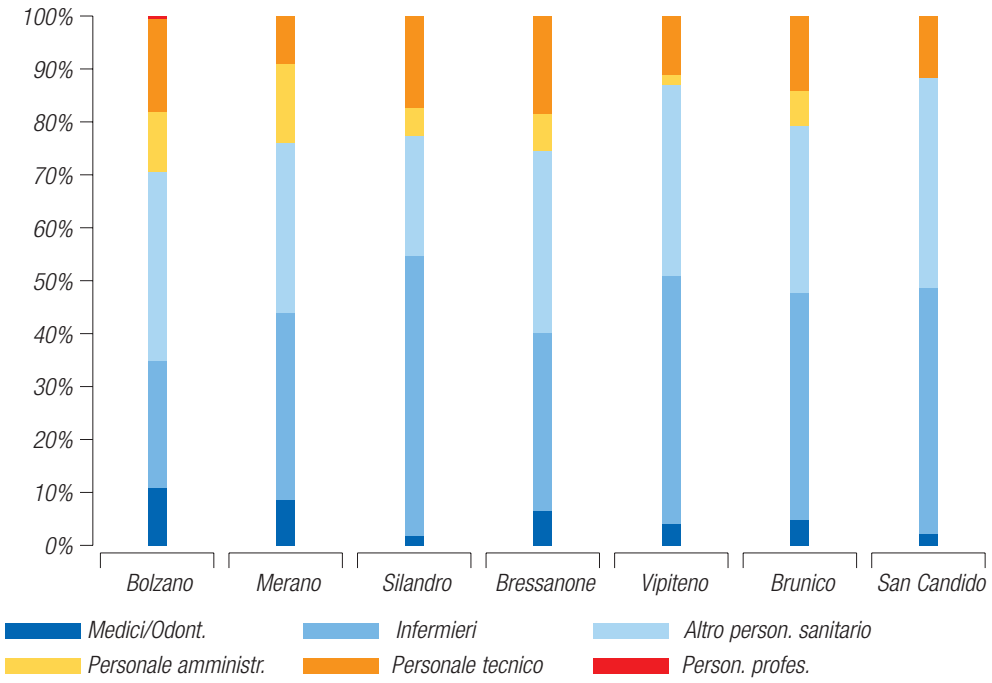
Le figure professionali maggiormente impiegate in termini equivalenti nei servizi dell'area ospedaliera (esclusa l'area della riabilitazione) delle aziende sanitarie sono quelle dell'altro personale sanitario (34,0%), seguite dal personale infermieristico (31,7%), dal personale tecnico (15,3%) e dal personale amministrativo (10,2%). Il personale medico copre l'8,5%. Il restante 0,2% è attribuibile al personale professionale.
La maggiore presenza di personale amministrativo è rilevata nei poliambulatori degli ospedali (27,25 unitá equivalenti). Il personale medico è maggiormente presente nel servizio di radiologia (38,00 unitá equivalenti), mentre quello infermieristico ha la concentrazione maggiore nel centro di responsabilitá Gruppo operatorio (122,65).

Tabella 14: **Totale personale dipendente nei servizi ospedalieri, per figura professionale - Anno 2005**

Servizio		Medici/ Odont.	Infermieri	Altro person. sanitario	Personale amministr.	Personale tecnico	Person. profes.	Totale
Consulenza Genetica	N	2	2	3	1	-	-	8
	EQ	2,00	1,75	2,50	1,00	-	-	7,25
Diagnostica Funzionale	N	-	15	-	3	-	-	18
	EQ	-	12,25	-	3,00	-	-	15,25
Gruppo Operatorio	N	-	134	-	3	89	-	226
	EQ	-	122,65	-	2,00	80,50	-	205,15
Istologia e anatomia patologica	N	13	-	28	11	11	-	63
	EQ	13,00	-	27,25	9,25	10,50	-	60,00
Laboratorio di analisi	N	19	21	151	24	18	-	233
	EQ	18,50	12,50	139,50	20,25	16,00	-	206,75
Medicina nucleare	N	5	-	12	3	1	-	21
	EQ	5,00	-	11,25	2,75	1,00	-	20,00
Poliambulatori	N	2	147	24	33	24	-	230
	EQ	2,00	113,55	19,75	27,25	17,25	-	179,80
Pronto soccorso - Astanteria	N	17	132	-	15	14	-	178
	EQ	17,00	117,85	-	13,50	13,50	-	161,85
Radiologia	N	38	4	155	30	17	-	244
	EQ	38,00	4,00	141,70	24,75	14,75	-	223,20
Servizio di Fisica sanitaria	N	-	-	11	2	2	-	15
	EQ	-	-	10,75	2,00	1,50	-	14,25
Servizio di immuno-ematologia e trasfusionale	N	10	18	30	5	5	-	68
	EQ	10,00	16,25	28,00	4,75	4,75	-	63,75
Servizio di Ingegneria clinica	N	-	-	-	5	21	3	29
	EQ	-	-	-	4,75	21,00	3,00	28,75
Servizio di Radioterapia	N	1	4	3	-	1	-	9
	EQ	1,00	3,25	3,00	-	1,00	-	8,25
Servizio diabetologico	N	-	20	2	-	-	-	22
	EQ	-	15,50	2,00	-	-	-	17,50
Servizio dietetico nutrizionale	N	7	-	54	4	1	-	66
	EQ	6,75	-	48,25	4,00	1,00	-	60,00
Servizio farmaceutico	N	-	4	20	19	23	-	66
	EQ	-	3,25	20,00	17,25	22,00	-	62,50
TOTALE	**N**	**114**	**501**	**493**	**158**	**227**	**3**	**1.496**
	EQ	**113,25**	**422,80**	**453,95**	**136,50**	**204,75**	**3,00**	**1.334,25**

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

Figura 16: **Totale personale equivalente dipendente negli altri servizi dell'area ospedaliera delle singole aziende sanitarie, per figura professionale - Anno 2005**



Personale dipendente presso i servizi di riabilitazione fisica

Il personale operante nei servizi di riabilitazione fisica dell'area ospedaliera delle aziende sanitarie della Provincia risulta pari a 399,85 unitá equivalenti. Il 36,3% è dipendente dell'Azienda Sanitaria di Bolzano, il 26,9% di quella di Merano, il 19,8% dell'Azienda Sanitaria di Brunico ed il 17,0% di quella di Bressanone.

Tabella 15: **Totale personale dipendente nei servizi di riabilitazione fisica, per azienda sanitaria - Anno 2005**

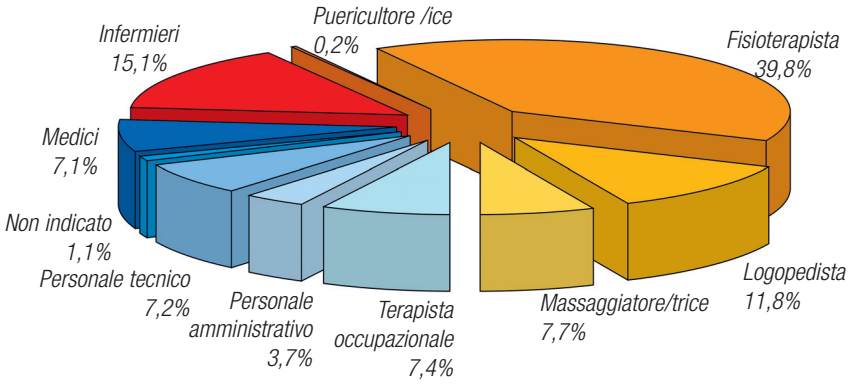
Figure Professionali	Bolzano		Merano		Bressanone		Brunico		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Medici	6	6,00	7	7,00	7	6,50	9	9,00	29	28,50
Infermieri	23	19,25	20	17,75	17	12,75	14	10,75	74	60,50
Puericultore/ice	1	0,75	-	-	-	-	-	-	1	0,75
Fisioterapista	77	66,25	48	41,00	33	28,75	27	23,00	185	159,00
Logopedista	26	21,25	16	11,10	2	2,00	15	12,75	59	47,10
Massaggiatore/trice	15	12,50	10	8,25	6	4,25	2	1,50	33	26,50
Terapista occupazionale	5	5,00	14	12,50	5	5,00	8	7,25	32	29,75
Personale amministrativo	7	5,00	5	3,50	3	2,75	6	3,50	21	14,75
Personale tecnico	6	4,75	7	6,50	8	6,00	17	11,50	38	28,75
Non indicato	5	4,25	-	-	-	-	-	-	5	4,25
TOTALE	**171**	**145,00**	**127**	**107,60**	**81**	**68,00**	**98**	**79,25**	**477**	**399,85**

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

Il personale dipendente presso i servizi di riabilitazione fisica dell'area ospedaliera dell'Azienda Sanitaria di Bolzano risulta pari a 145,00 unitá equivalenti.

AZIENDA SANITARIA DI BOLZANO – SERVIZI DI RIABILITAZIONE FISICA

Figura 17: **Totale personale equivalente dipendente nei servizi di riabilitazione fisica dell'area ospedaliera delle aziende sanitarie, per figura professionale - Anno 2005**



La figura professionale prevalente nei servizi di riabilitazione fisica delle aziende della Provincia è quella del fisioterapista (39,8%), seguita e dal personale infermieristico (15,1%) e dalla figura del logopedista (11,8%). Il 7,4% corrisponde alla figura del terapista occupazionale, il 7,2% a quella del personale tecnico, il 7,1% a quella del medico ed il 6,6% a quella del massaggiatore/massaggiatrice. Il restante 5,0% del personale è composto da personale amministrativo ed altro personale.

Il 43,8% del personale dipendente nei servizi riabilitativi dell'Azienda Sanitaria di Bolzano è impiegato nel servizio di riabilitazione fisica presso l'ospedale di Bolzano, il 40,5% nel servizio di riabilitazione fisica di via Fago, il restante 15,7% presso il servizio di Logopedia.

1.1.5. Personale dipendente nell'area territoriale

Le figure professionali dell'area territoriale sono aggregate secondo i seguenti profili professionali:

Personale amministrativo (assistenti amministrativi, collaboratori amministrativi, commesso/a, ispettori), Personale medico (personale medico), Personale infermieristico (personale infermieristico), Altro personale sanitario (personale con funzioni di riabilitazione, personale tecnico-sanitario, psicologi), Personale tecnico (assistenti sociali, ausiliari socio-sanitari specializzati, operatori tecnici, sociologi).

1.1.5.1. Personale dipendente per macroarea territoriale

Nell'ambito dell'analisi dell'area territoriale sono individuate ulteriormente sei sotto-aree. La macro-area con la maggiore percentuale di personale dipendente in termini equivalenti risulta quella dell'Assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale (31,7%, corrispondente a 367,85 unitá equivalenti).

Tabella 16: **Totale personale dipendente nell'area territoriale, per macroarea e per azienda sanitaria - Anno 2005**

Area	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
	Personale Part-Time				
Assistenza distrettuale	130	71	37	52	290
Assistenza territoriale in convenzione	-	-	7	-	7
Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale	41	69	18	22	150
Medicina di base	-	-	-	-	-
Prevenzione	67	11	8	10	96
Servizi generali, amministrativi area territoriale	11	1	-	-	12
TOTALE	**249**	**152**	**70**	**84**	**555**
	Personale a Tempo Pieno				
Assistenza distrettuale	89	63	16	19	187
Assistenza territoriale in convenzione	-	-	24	-	24
Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale	127	91	21	34	273
Medicina di base	36	-	-	-	36
Prevenzione	185	23	14	11	233
Servizi generali, amministrativi area territoriale	47	11	-	-	58
TOTALE	**484**	**188**	**75**	**64**	**811**
	Personale Equivalente				
Assistenza distrettuale	174,00	107,55	38,50	46,75	366,80
Assistenza territoriale in convenzione	-	-	28,50	-	28,50
Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale	154,30	134,05	32,25	47,25	367,85
Medicina di base	36,00	-	-	-	36,00
Prevenzione	229,55	30,75	19,25	16,75	296,30
Servizi generali, amministrativi area territoriale	53,85	11,50	-	-	65,35
TOTALE	**647,70**	**283,85**	**118,50**	**110,75**	**1.160,80**

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

L'area Assistenza territoriale in convenzione (presente solo presso l'Azienda Sanitaria di Bressanone), registra invece la concentrazione piú bassa di personale dipendente con 28,50 unitá equivalenti di personale dipendente.

Figura 18: **Totale personale equivalente dipendente nell'area territoriale, per macroarea di impiego - Anno 2005**

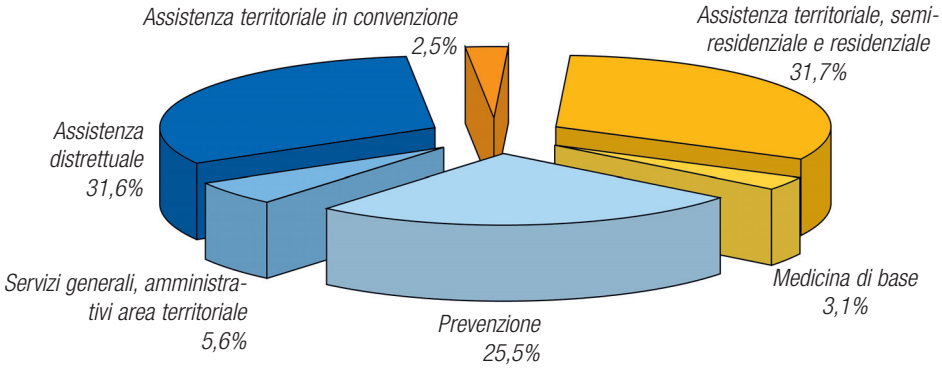
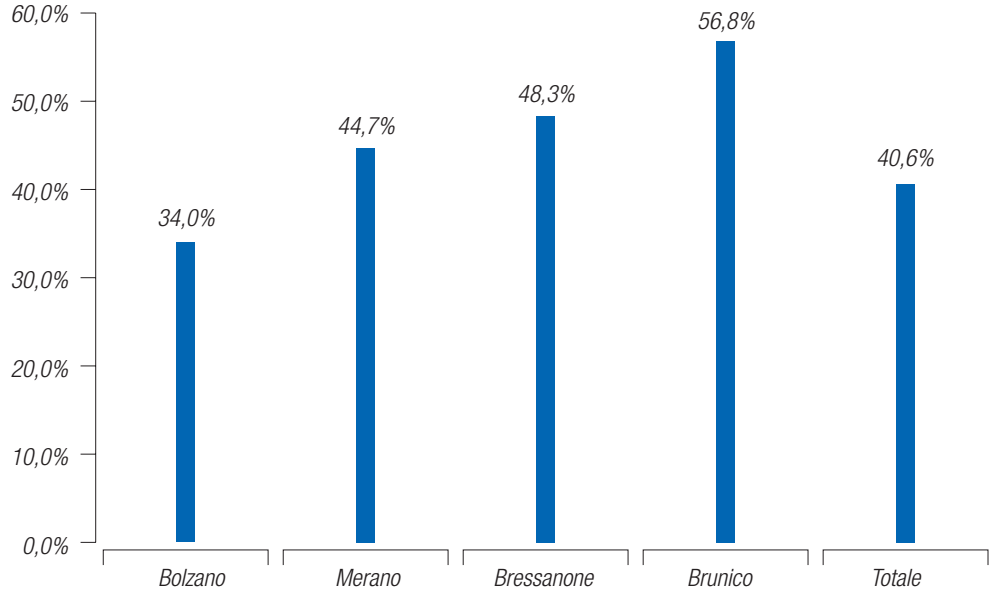
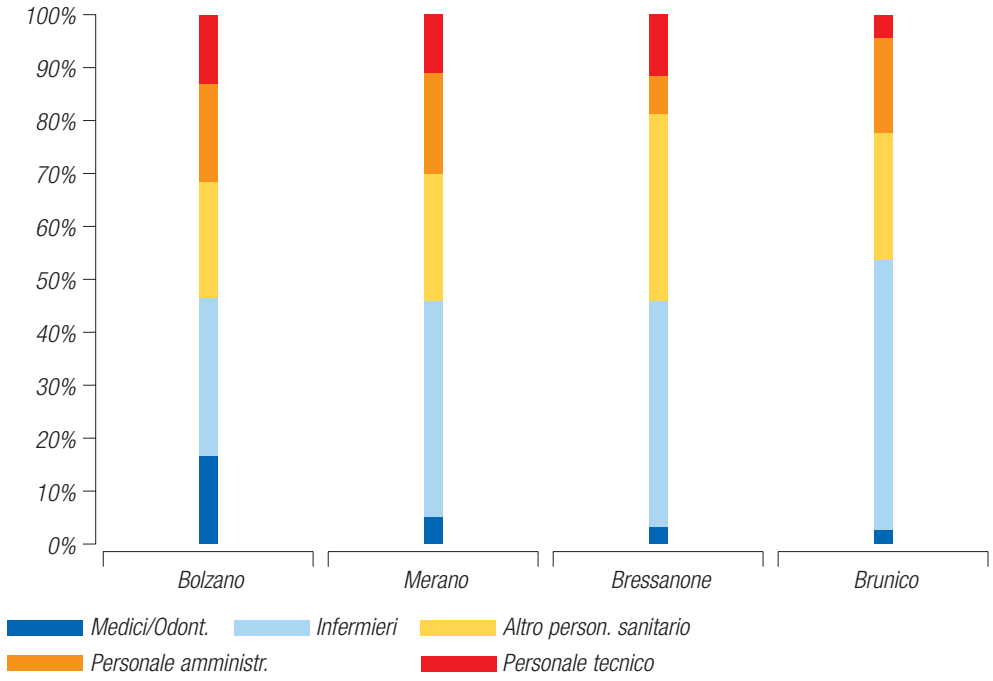


Figura 19: **Area territoriale - personale part-time sul totale personale dipendente delle aziende sanitarie al 31.12.2005**



Il 40,6% del personale dipendente nell'area territoriale delle aziende è impiegato part-time. E´ da sottolineare come l'Azienda Sanitaria di Brunico registri il 56,8% del proprio personale equivalente dipendente nell'area territoriale impiegato a part-time. L'azienda di Bolzano registra invece la percentuale piú bassa (34,0%)

Figura 20: **Personale equivalente dipendente dell'area territoriale delle aziende sanitarie; per figura professionale ed azienda sanitaria di impiego - Anno 2005**



La figura professionale maggiormente presente tra i dipendenti dell'area territoriale delle aziende sanitarie è quella del personale infermieristico. In termini equivalenti corrisponde al 35,8% del totale personale impiegato (415,35 unitá equivalenti). L'altro personale sanitario copre il 24,0%, seguito dal personale amministrativo con il 17,4%. Il per-

sonale tecnico compone l' 11,5% del personale dipendente nell'area territoriale, mentre le figure mediche coprono l' 11,2%.

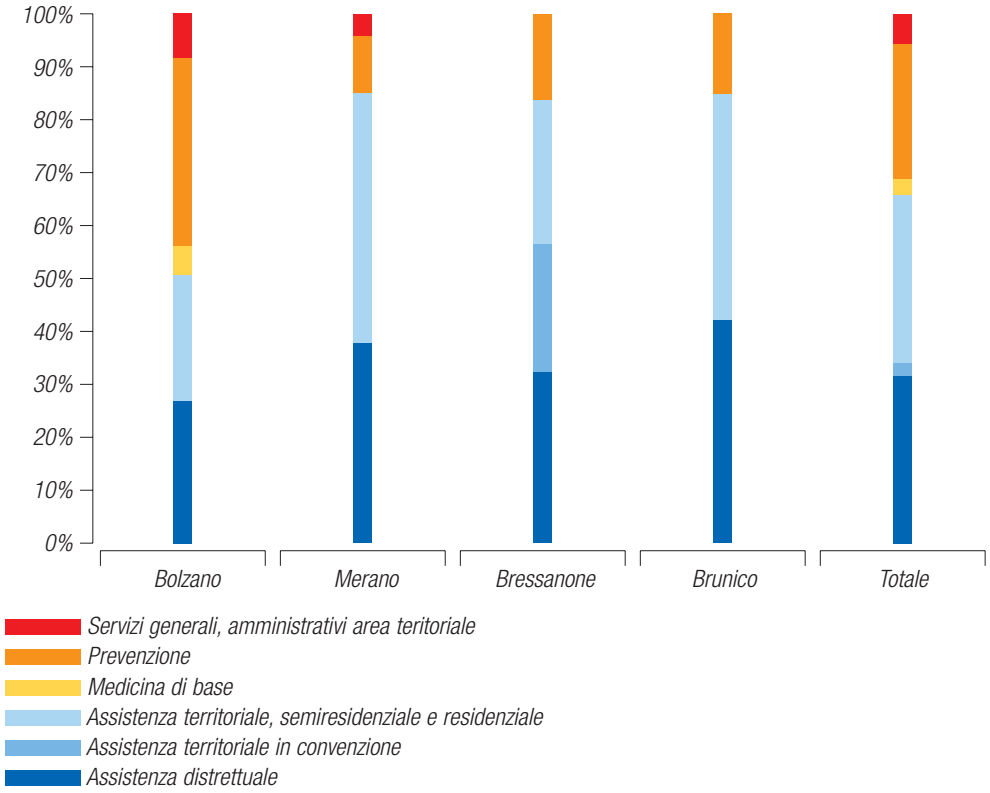
Tabella 17: **Totale personale dipendente nell'area territoriale, per macroarea e per figura professionale - Anno 2005**

Servizio	Medici/ Odont.		Infermieri		Altro person. sanitario		Personale amministr.		Personale tecnico		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Assistenza distrettuale	1	1,00	287	215,20	95	70,05	78	66,80	16	13,75	477	366,80
Assistenza territoriale in convenzione	2	1,75	14	13,25	8	7,50	2	2,00	5	4,00	31	28,50
Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale*	31	31,00	162	130,15	116	107,00	23	18,75	90	80,20	422	367,10
Medicina di base	4	4,00	14	14,00	-	-	2	2,00	16	16,00	36	36,00
Prevenzione	83	82,00	48	39,00	102	92,40	80	66,90	16	16,00	329	296,30
Servizi generali ed amministrativi area territoriale	10	10,00	4	3,75	2	2,00	50	45,85	4	3,75	70	65,35
TOTALE	**131**	**129,75**	**529**	**415,35**	**323**	**278,95**	**235**	**202,30**	**147**	**133,70**	**1.365**	**1.160,05**

** per 1 persona non è stata indicata la figura professionale (personale equivalente=0,75)*

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

Figura 21: **Personale equivalente dipendente nell'area territoriale, per macroarea e per azienda sanitaria di impiego - Anno 2005**



La figura medica (comprensiva anche della figura professionale del veterinario) è maggiormente presente nell'ambito dell'area prevenzione. Il personale infermieristico registra la presenza di 215,20 unitá equivalenti nell'area distrettuale, mentre il personale tecnico (80,20 u. eq.) è prevalente nell'area dell'assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale. L'area prevenzione presenta anche la maggiore concentrazione di personale amministrativo (66,90 u. eq.).

Assistenza distrettuale

Il numero di persone dipendenti nell'assistenza distrettuale delle aziende sanitarie al 31.12.2005 risulta pari a 477 unitá (60,8% di questo è impiegato a part-time). Ció corrisponde a 366,80 unitá equivalenti.

Tabella 18: **Totale personale dipendente nell'area territoriale, per distretto e per azienda sanitaria - Anno 2005**

Distretto	Bolzano			Merano			Bressanone			Brunico		
	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ
Val Gardena	9	2	8,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Val d'Ega Sciliar	15	10	20,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Salto-Sarentino-Renon	12	6	13,60	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oltradige	14	13	20,85	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Laives-Bronzolo-Vadena	16	7	17,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bassa Atesina	23	9	23,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolzano	41	41	70,05	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alta Val Venosta	-	-	-	10	5	11,75	-	-	-	-	-	-
Media Val Venosta	-	-	-	15	11	19,75	-	-	-	-	-	-
Naturno-circondario	-	-	-	6	8	11,75	-	-	-	-	-	-
Lana-circondario	-	-	-	14	8	17,25	-	-	-	-	-	-
Merano-circondario	-	-	-	20	22	34,50	-	-	-	-	-	-
Val Passiria	-	-	-	6	9	12,55	-	-	-	-	-	-
Alta Valle Isarco	-	-	-	-	-	-	7	4	8,25	-	-	-
Bressanone-circond.	-	-	-	-	-	-	21	7	20,00	-	-	-
Chiusa-circondario	-	-	-	-	-	-	9	5	10,25	-	-	-
Tures-Aurina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	3	9,75
Brunico-circondario	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	10	22,25
Alta Val Pusteria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	3	7,50
Val Badia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	3	7,25
TOTALE	**130**	**89**	**174,00**	**71**	**63**	**107,55**	**37**	**16**	**38,50**	**52**	**19**	**46,75**

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

Il distretto con la maggiore presenza di personale equivalente risulta essere quello di Bolzano (70,05 u. eq.), mentre nel distretto della Val Badia figura il minor numero di unitá equivalenti di personale dipendente (7,25).

Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale

Il numero di persone dipendenti nell'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale delle aziende sanitarie al 31.12.2005 risulta pari a 423 unitá (35,5% di questo è impiegato a part-time). Ció corrisponde a 367,85 unitá equivalenti.

La figura prevalente operante nella macro-area dell'assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale è quella del personale infermieristico, che copre il 35,5% del totale personale equivalente operante in quest'area (corrisponde a 130,15 u. eq.). Segue l'altro personale sanitario con il 29,1% sul totale (107,00 u. eq.) ed il personale tecnico con il 21,8%. Il restante personale è composto da personale medico (8,4%) e personale amministrativo (5,1%).

Tabella 19: **Totale personale dipendente nell'area dell'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale, per servizio e per azienda sanitaria - Anno 2005**

Servizio		Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Assistenza ai tossico ed alcoldipendenti - SerT	P.T.	4	6	4	2	16
	T.P.	26	14	7	8	55
	EQ	28,854	17,75	9,25	9,25	65,10
Assistenza psichiatrica - Centri diurni	P.T.	-	-	-	-	-
	T.P.	3	-	-	-	3
	EQ	3,00	-	-	-	3,00
Assistenza psichiatrica - Centro riabilitazione psichiatrica Stadio	P.T.	15	-	-	-	15
	T.P.	28	1	-	-	29
	EQ	37,70	1,00	-	-	38,70
Assistenza psichiatrica - CSM	P.T.	10	17	5	3	35
	T.P.	43	44	1	10	98
	EQ	49,00	55,75	4,75	11,75	121,25
Assistenza psichiatrica - Focolari protetti	P.T.	1	7	4	7	19
	T.P.	1	15	3	4	23
	EQ	1,75	20,00	5,25	8,25	35,25
Assistenza residenziale agli anziani	P.T.	3	32	-	8	43
	T.P.	6	10	-	2	18
	EQ	8,00	28,30	-	6,75	43,05
Centri di degenza	P.T.	-	6	-	-	6
	T.P.	-	5	-	-	5
	EQ	-	8,50	-	-	8,50
Servizio psicologico	P.T.	8	1	5	2	16
	T.P.	20	2	10	10	42
	EQ	26,00	2,75	13,00	11,25	53,00
TOTALE	P.T.	**41**	**69**	**18**	**22**	**150**
	T.P.	**127**	**91**	**21**	**34**	**273**
	EQ	**154,30**	**134,05**	**32,25**	**47,25**	**367,85**

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

Figura 22: **Personale equivalente dipendente dell'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale nell'area territoriale delle aziende sanitarie, per figura professionale ed azienda sanitaria di impiego - Anno 2005**

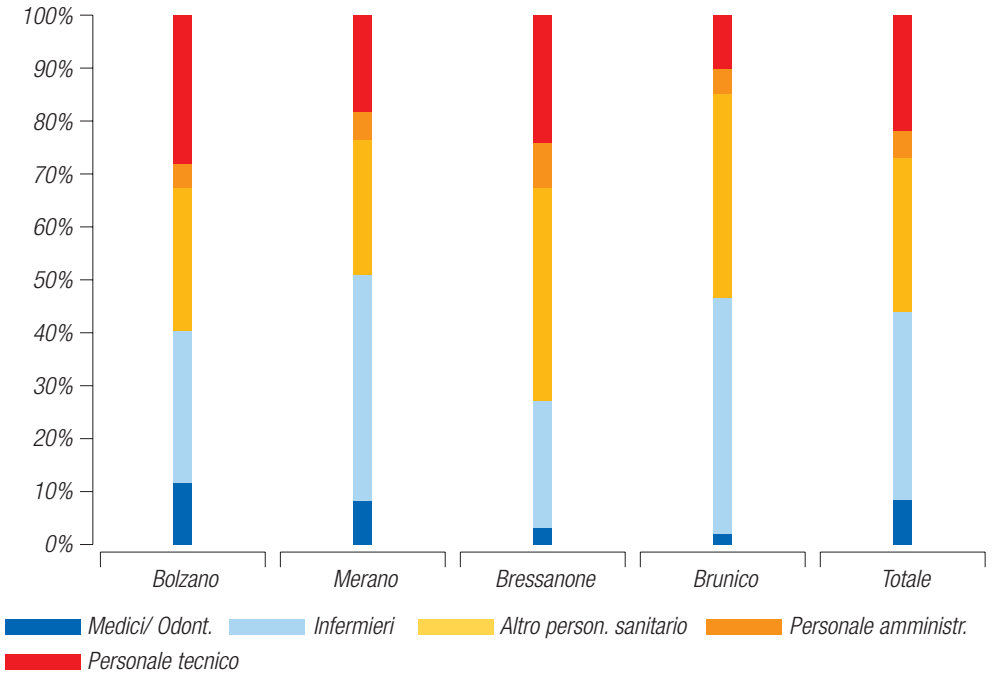


Tabella 20: **Totale personale dipendente nell'area dell'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale per figura professionale - Anno 2005**

Servizio	Medici/ Odont.		Infermieri		Altro person. sanitario		Personale amministr.		Personale tecnico		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Assistenza ai tossico ed alcoldipendenti - SerT	9	9,00	20	18,50	24	22,50	6	4,50	12	10,60	71	65,10
Assistenza psichiatrica - Centri diurni	-	-	2	2,00	-	-	-	-	1	1,00	3	3,00
Assistenza psichiatrica - Centro riabilitazione psichiatrica Stadio*	3	3,00	12	10,60	2	2,00	2	2,00	24	20,35	43	37,95
Assistenza psichiatrica - CSM	19	19,00	37	32,25	40	36,50	8	6,25	29	27,25	133	121,25
Assistenza psichiatrica - Focolari protetti	-	-	21	16,25	1	1,00	-	-	20	18,00	42	35,25
Assistenza residenziale agli anziani	-	-	60	42,55	-	-	-	-	1	0,50	61	43,05
Centri di degenza	-	-	10	8,00	-	-	-	-	1	0,50	11	8,50
Servizio psicologico	-	-	-	-	49	45,00	7	6,00	2	2,00	58	53,00
TOTALE	**31**	**31,00**	**162**	**130,15**	**116**	**107,00**	**23**	**18,75**	**90**	**80,20**	**422**	**367,10**

** per 1 persona non è stata indicata la figura professionale (personale equivalente=0,75)*

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

La maggiore concentrazione di personale medico, di personale amministrativo e di personale tecnico dipendente è presente nei servizi di assistenza psichiatrica dei Centri di salute mentale (rispettivamente 19,00, 6,25 e 27,25 u. eq.). L'area dei servizi di assistenza residenziale agli anziani comprende la maggiore concentrazione di personale infermieristico, mentre l'altro personale sanitario (in prevalenza psicologi) è presente in percentuale maggiore presso il servizio psicologico.

Area Prevenzione

Il personale dipendente nell'area prevenzione delle aziende sanitarie al 31.12.2005 risulta pari a 329 unitá (29,1% di questo è impiegato a part-time), che in termini equivalenti corrisponde a 296,30 unitá. Il 32,4% del totale personale equivalente (96,10 u. eq.) opera nei servizi di igiene e sanitá pubblica delle aziende. Seguono i servizi veterinari con il 24,6% (72,85 u. eq.), i servizi di medicina legale (12,4%, corrispondente a 36,75 u. eq.), il personale dipendente dei servizi pneumologici (10,8%, corrispondente a 32,10 u.eq.) e quello della sezione clinica della medicina del lavoro dell'azienda sanitaria di Bolzano (10,0%, corrispondente a 29,75 u. eq.). Il restante personale è impiegato presso i servizi di medicina sportiva e di igienistica del servizio di medicina del lavoro dell'azienda sanitaria di Bolzano.

Tabella 21: **Totale personale dipendente nell'area della prevenzione, per servizio e per azienda sanitaria - Anno 2005**

Servizio		Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Igiene e sanità pubblica	Part-Time	15	7	5	5	32
	T. Pieno.	38	17	12	9	76
	Pers. Equiv	46,85	21,75	15,50	12,00	96,10
Medicina dello sport	Part-Time.	3	-	3	5	11
	T. Pieno	10	-	1	2	13
	Pers. Equiv	12,00	-	2,75	4,75	19,50
Medicina Legale	Part-Time	12	4	-	-	16
	T. Pieno	20	6	-	-	26
	Pers. Equiv	27,75	9,00	-	-	36,75
Servizio di medicina del lavoro - Clinica	Part-Time	8	-	-	-	8
	T. Pieno	24	-	-	-	24
	Pers. Equiv	29,75	-	-	-	29,75
Servizio di medicina del lavoro - Igienistica	Part-Time.	2	-	-	-	2
	T. Pieno	8	-	-	-	8
	Pers. Equiv	9,25	-	-	-	9,25
Servizio pneumologico	Part-Time	17	-	-	-	17
	T. Pieno	19	-	1	-	20
	Pers. Equiv.	31,10	-	1,00	-	32,10
Servizio veterinario	Part-Time	10	-	-	-	10
	T. Pieno.	66	-	-	-	66
	Pers. Equiv	72,85	-	-	-	72,85
TOTALE	Part-Time	**67**	**11**	**8**	**10**	**96**
	T. Pieno.	**185**	**23**	**14**	**11**	**233**
	Pers. Equiv	**229,55**	**30,75**	**19,25**	**16,75**	**296,30**

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

La figura professionale prevalente operante nella macro-area della Prevenzione è quella dell'altro personale sanitario, che copre il 31,2% del totale personale equivalente operante in quest'area (corrisponde a 92,40 u. eq.). Seguono il personale medico (compresi i veterinari) ed il personale amministrativo con rispettivamente il 27,7% (82,00 u.eq.) ed il 22,6% (66,90 u. eq.). Il personale infermieristico copre il 13,2% (39,00 u. eq.) mentre il restante 5,4% (16,00 u. eq.) è composto da personale tecnico.

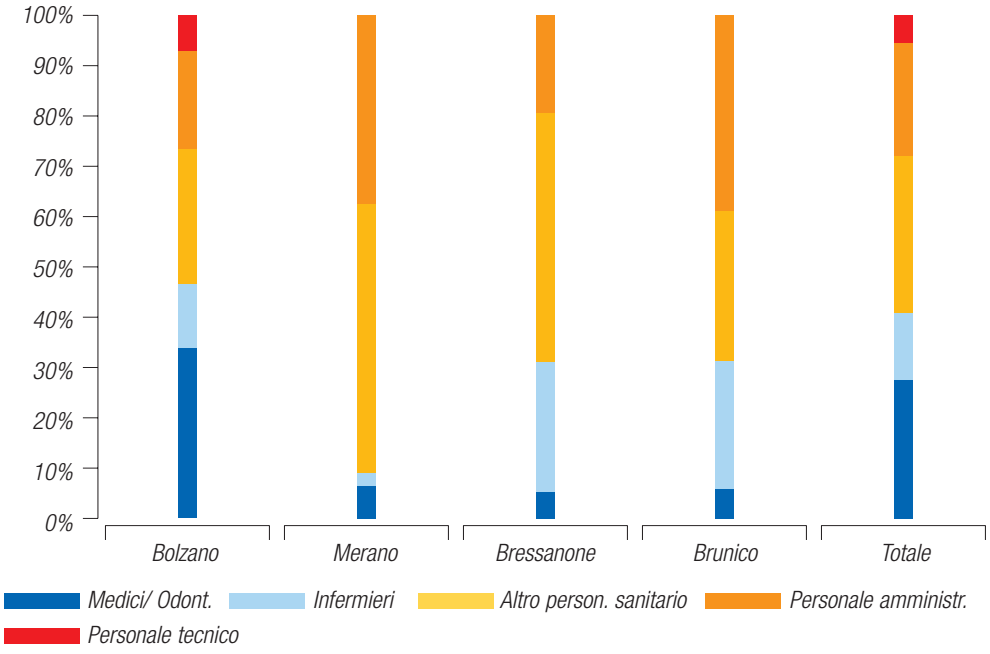
La maggiore concentrazione di personale della classe medico/veterinario è presente nel servizio veterinario (38,00 u. eq.). Il servizio con la presenza piú elevata di personale infermieristico dipendente è il Servizio pneumologico, con 10,25 unità equivalenti. La maggiore concentrazione di personale amministrativo si registra presso il Servizio di medicina legale (24,50 u. eq.).

Tabella 22: **Totale personale dipendente nell'area della prevenzione per figura professionale - Anno 2005**

Servizio	Medici/ Veter.		Infermieri		Altro person. sanitario		Personale amministr.		Personale tecnico		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Igiene e sanità pubblica	11	11,00	9	7,25	62	56,55	24	19,30	2	2,00	108	96,10
Medicina dello sport	5	5,00	13	9,75	1	1,00	5	3,75	-	-	24	19,50
Medicina Legale	5	4,50	5	3,75	2	2,00	28	24,50	2	2,00	42	36,75
Servizio di medicina del lavoro - Clinica	14	14,00	9	8,00	5	3,75	3	3,00	1	1,00	32	29,75
Servizio di medicina del lavoro - Igienistica	2	1,75	-	-	6	6,00	2	1,50	-	-	10	9,25
Servizio pneumologico	8	7,75	12	10,25	12	9,35	5	4,75	-	-	37	32,10
Servizio veterinario	38	38,00	-	-	14	13,75	13	10,10	11	11,00	76	72,85
TOTALE	**83**	**82,00**	**48**	**39,00**	**102**	**92,40**	**80**	**66,90**	**16**	**16,00**	**329**	**296,30**

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

Figura 23: **Personale equivalente dipendente nell'area prevenzione nell'area territoriale delle aziende sanitrie, per figura professionale ed azienda sanitaria di impiego - Anno 2005**



1.2. LA FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO

Nell'anno scolastico 2005/2006 gli iscritti alla Scuola Superiore di Sanitá "Claudiana" sono stati 568; i diplomati nell´anno 2005 sono stati 177.
Nel 2005 sono stati 239 gli operatori socio sanitari (OSS) diplomati.
Sono state concesse 106 borse di studio a personale medico per specializzazioni all'estero e 38 per specializzazioni in Italia.
Nell'ambito della formazione continua, sono stati 97 i corsi e 13 i convegni organizzati dalla Provincia; piú di 827 i corsi organizzati dalle aziende sanitarie.

La Provincia Autonoma di Bolzano promuove e gestisce, direttamente o attraverso convenzioni con enti e con le aziende sanitarie, interventi di formazione ed aggiornamento in forma coordinata e coerente con lo sviluppo dell'organizzazione dei servizi sanitari e il relativo fabbisogno di risorsa umana qualificata nel breve e nel medio termine.
L'attività di formazione ed aggiornamento viene distinta in formazione di base, formazione specialistica e formazione continua. A queste vanno aggiunti i tirocini obbligatori per i medici laureandi e la formazione per i medici di base.
La programmazione degli interventi di formazione di base, specialistica e continua viene effettuata attraverso il piano triennale della formazione del personale sanitario della Provincia, che viene elaborato secondo gli indirizzi del Piano Sanitario Provinciale 2000-2002, tenendo conto delle esigenze di crescita professionale del personale dei servizi sanitari, individuate direttamente dall'Assessorato alla sanità, nonché delle priorità segnalate dalle aziende sanitarie. Tale piano viene annualmente integrato con iniziative emergenti che vengono inserite nel calendario degli interventi (seminari, convegni, corsi di formazione) da realizzare nel corso dell'anno.
I corsi di formazione continua per il personale in servizio presso le strutture sanitarie, sono gestiti sia a livello provinciale che a livello di singola azienda sanitaria.

1.2.1. Formazione di base

La formazione di base prepara il personale per una qualifica professionale e si riferisce a corsi e scuole per operatori sanitari, al termine dei quali viene rilasciato un diploma / titolo di studio.
A partire dall'anno scolastico 1996/97 è iniziata l'attività della "Scuola Provinciale Superiore di Sanità - Claudiana", istituita a seguito dell'introduzione dei "diplomi universitari" in ambito nazionale. A questo fine sono state stipulate convenzioni con 4 università italiane (Verona, Ferrara, Roma, Innsbruck), mentre l'organizzazione didattica fa riferimento ai modelli degli stati membri dell'Unione Europea di lingua tedesca.
E' da segnalare che a seguito della riforma universitaria con l'inizio dell'anno accademico 2002/2003 i diplomi universitari sono diventati lauree di 1° livello.

Tabella 23: **Numero iscritti a corsi della Scuola superiore di sanitá secondo l'anno di frequenza – Anno 2005/2006**

Figura professionale	I anno	II anno	III anno	Totale
Infermieri professionali	130	117	70	317
Ostetriche	-	14	11	25
Tecnici di radiologia	-	13	-	13
Tecnici di laboratorio	-	-	12	12
Fisioterapisti	18	18	19	55
Ergoterapisti	-	-	19	19
Dietisti	15	-	12	27
Igieniste dentali	-	12	-	12
Logopedisti	20	-	-	20
Infermieri pediatrici	-	-	22	22
Tecnici della prevenz. amb.	-	-	16	16
Ortottisti	9	-	-	9
Master management	-	21	-	21
TOTALE	**192**	**195**	**181**	**568**

Fonte: PAB - Ufficio Formazione del personale

Anche nell'anno scolastico 2004/05 sono stati svolti i corsi integrativi OTA (operatori tecnici addetti all'assistenza) – OSS (operatori socio-sanitari), nonché i corsi per operatori socio-sanitari. Questi operatori svolgono la loro attivitá sia nel settore sociale che in quello sanitario, in servizi di tipo socio-assistenziale e socio-sanitario, residenziali o semiresidenziali, in ambiente ospedaliero, territoriale e al domicilio dell'utente.
I corsi vengono svolti presso le aziende sanitarie, presso le Scuole per le professioni sociali italiana e tedesca e presso il KVW ("Katholischer Verband der Werktätigen") e si sono conclusi nel 2005 con un incremento di diplomati rispetto al 2004 pari al 25,1%.

Tabella 24: **Numero operatori socio sanitari (OSS) diplomati per istituto frequentato – Anno 2005**

Istituto	n. diplomati
Aziende sanitarie	53
Scuole prof. sociali in lingua italiana	76
Scuole prof. sociali in lingua tedesca	76
KVW	34
TOTALE OSS DIPLOMATI	**239**

Nel 2005 è terminato, inoltre, presso l´azienda sanitarie di Bolzano il modulo di specializzazione in psichiatria.

Figura 24: **N° iscritti ai corsi di formazione di base anni scolastici 1995/1996 - 2005/2006**

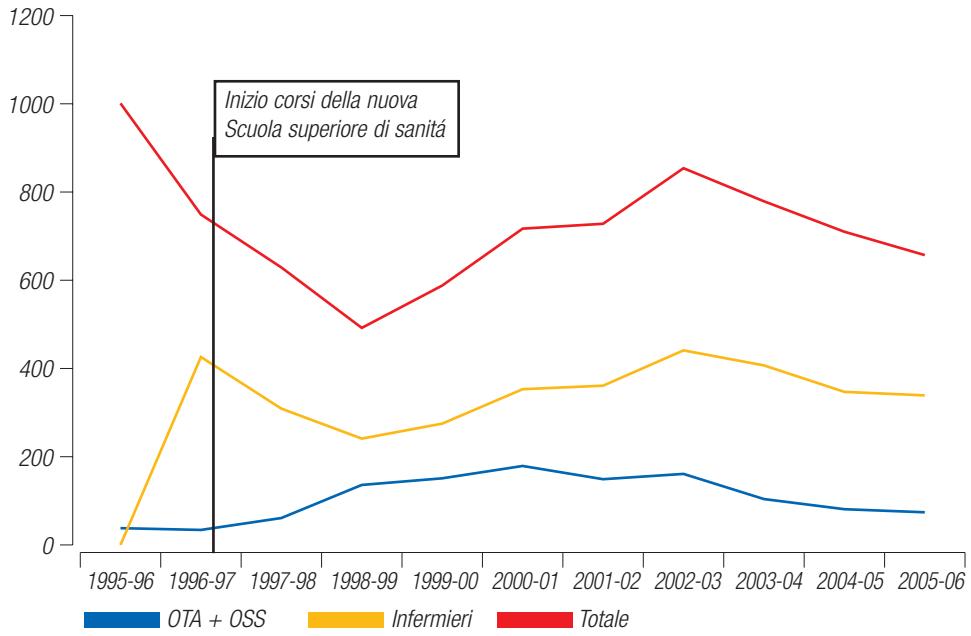


Tabella 25: **Numero diplomati alla Scuola Provinciale Superiore di Sanitá "Claudiana" per figura professionale – Anno 2005**

Figura professionale	*n° diplomati*	*percentuale sugli iscritti all'ultimo anno di corso*
Infermieri professionali	*78*	*93,9 %*
Infermiere pediatrico	*17*	*80,9 %*
Assistente sanitario	*14*	*100,0 %*
Fisioterapisti	*16*	*100,0 %*
Logopediasta	*13*	*68,4 %*
Ortottista	*11*	*100,0 %*
Ostetriche	*12*	*66,6 %*
Tecnico di radiologia	*12*	*92,3 %*
Tecnici ortopedico	*4*	*100,0 %*
TOTALE	***177***	***88,9%***

Fonte:PAB - Ufficio Formazione del personale

Il numero totale di diplomati presso la Scuola Provinciale Superiore di Sanitá "Claudiana" e ai corsi per OSS nell'anno scolastico 2004/2005 è stato pari a 416. Rispetto all'anno precedente il numero totale di diplomati è diminuito del 4,1% circa. Il numero totale dei diplomati alla Scuola Provinciale Superiore di Sanitá "Claudiana" nel 2005 è invece aumentato di 36 unitá rispetto al 2004; in particolare si osserva una riduzione degli infermieri professionali diplomati (passano da 85 nel 2004 a 78 nel 2005), a fronte di un contingente di 31 soggetti diplomati in discipline non presenti nel 2004 (17 Infermieri pediatrici, a cui si sono aggiunti anche 14 Assistenti sanitari).

1.2.2. Formazione specialistica

La formazione specialistica consente a chi possiede una laurea in medicina e chirurgia di proseguire la propria preparazione in un determinato ambito medico.

La Provincia Autonoma di Bolzano sostiene la formazione specialistica di medici e di altre figure sanitarie professionali laureate appartenenti all´ambito sanitario (psicologi, biologi, fisici, farmacisti, etc.) tramite convenzioni con università italiane, austriache o di altri stati membri della Comunità Europea appartenenti all'area culturale di lingua tedesca e

mediante la concessione di borse di studio.
Il fabbisogno di medici specialisti viene stabilito per ciascuna specializzazione dalla Giunta Provinciale in base a quanto segnalato dalle aziende sanitarie e dalle strutture convenzionate, tenendo presenti gli obiettivi del piano sanitario provinciale.
E' stata inoltre approvata la nuova legge provinciale n. 14/2002 sulla formazione medico-specialistica elaborata in armonia con le novitá legislative statali ed europee in materia. Sono stati anche predisposti i relativi regolamenti di esecuzione, che entreranno in vigore nel corso dell´anno 2006.

Tabella 26: **Numero borse di studio concesse per le specializzazioni – Anno accademico 2004-2005**

Tipo di specializzazione	*Estero*	*Italia*
Anestesia e rianimazione	*16*	*1*
Cardiologia	*-*	*3*
Chirurgia generale	*10*	*1*
Chirurgia maxillo facciale	*-*	*3*
Chirurgia plastica	*1*	*-*
Chirurgia toracica	*-*	*2*
Dermatologia e Venereologia	*3*	*1*
Ematologia	*-*	*2*
Geriatria	*-*	*2*
Ginecologia e ostetricia	*10*	*2*
Medicina fisica e riabilitazione	*4*	*1*
Medicina interna	*10*	*6*
Neurochirurgia	*1*	*-*
Neurologia	*5*	*-*
Neuropsichiatria infantile	*1*	*-*
Oftalmologia	*5*	*-*
Ortopedia e traumatologia	*7*	*1*
Otorinolaringoiatria	*3*	*-*
Pediatria	*19*	*5*
Psichiatria	*4*	*-*
Psicologia clinica	*-*	*3*
Radiodiagnostica	*3*	*3*
Urologia	*3*	*-*
Scienza dell'alimentazione	*-*	*1*
Igiene e medicina preventiva	*1*	*1*
TOTALE	***106***	***38***

Fonte:PAB - Ufficio Formazione del personale

Nel 2005 alcuni biologi, dietologi, medici e psicologi hanno inoltre beneficiato di contributi per brevi periodi di specializzazione o pratica, secondo quanto previsto dalla L.P. n. 14/2002 art. 4, per un importo complessivo impegnato pari a Euro 368.257,00.

Tabella 27: **Numero contributi concessi per periodi di specializzazione o pratica (art. 4 L.P. n. 14/2002) – Anno 2005**

Tipo di specializzazione	*Estero*	*Italia*
Biologi	*-*	*1*
Dietologi	*1*	*-*
Medici	*1*	*-*
Psicologi	*8*	*12*
TOTALE	***10***	***13***

Fonte:PAB - Ufficio Formazione del personale

1.2.3. Tirocini

Nel 2005 il numero di domande per l'assegno di studio relativo al tirocinio per l'ammissione all'esame di stato, inoltrate da psicologi e veterinari, è leggermente aumentato rispetto all'anno precedente, passando da 43 a 48 richieste totali per un importo totale di Euro 445.510,00.

Tabella 28: **Numero domande di assegno di studio presentate da biologi, psicologi e veterinari tirocinanti e importo impegnato - Anni 1993-2005**

Anno	N° domande			Importo totale (Euro)
	Biologi	Psicologi	Veterinari	
1993	10	-	-	27.891,00
1994	13	19	-	108.942,00
1995	12	13	-	81.165,00
1996	13	7	-	113.495,00
1997	15	11	1	191.281,00
1998	16	25	-	247.077,00
1999	16	13	-	274.873,00
2000	11	26	3	257.093,00
2001	3	25	2	297.232,00
2002	-	32	3	246.955,00
2003	-	39	1	318.722,00
2004	-	43	2	348.247,00
2005	-	48	-	445.510,00

Fonte:PAB - Ufficio Formazione del personale

1.2.4. Medicina generale

Nel 2005 è proseguito il corso triennale di formazione specifica in medicina generale con 15 partecipanti. È stata rinnovata la convenzione con l'Accademia altoatesina di medicina generale per la parte teorica della formazione. Il Comitato scientifico si è riunito quattro volte.

1.2.5. Formazione continua

La formazione continua offre ai professionisti la possibilitá di acquisire nel corso della loro carriera nuove conoscenze ed abilitá, che consentono di mantenere il livello della loro professionalitá al passo con l'evoluzione della cultura scientifica e tecnica nel loro settore e di essere quindi competenti ed in grado di gestire, secondo standard appropriati, il proprio lavoro, tenendo conto anche degli sviluppi del sistema sanitario provinciale previsti dal Piano sanitario provinciale.

Il 5/3/2001 è entrata in vigore la L.P. n. 7, che all'art. 49 prevede l´istituzione della Commissione provinciale per la formazione continua (operante dal dicembre 2002). Si tratta di un organo provinciale coerente con l'attuale "sistema nazionale ECM" (educazione continua in medicina). Alla base del sistema dei "crediti formativi" vi è la convinzione che ogni operatore sanitario, sia esso medico, infermiere o altro, non può permettersi, una volta terminata la formazione di base e specialistica, di fermarsi nel proprio sviluppo professionale. Per ogni operatore sanitario è quindi previsto un aggiornamento continuo delle conoscenze teoriche, delle abilità pratiche e delle competenze relazionali e comunicative.

Ciò si concretizza nell´obbligo di maturare 150 crediti formativi nell´arco di un determinato periodo di tempo e di una maturazione graduale negli anni precedenti (10 crediti nel 2002, 20 crediti nel 2003, 30 nel 2004 e 30 nel 2005).

Come previsto dalla disciplina della materia a livello nazionale, e nel rispetto dell'autonomia di cui è dotata la Provincia Autonoma di Bolzano, la commissione provinciale per la formazione continua ha elaborato:

a) gli obiettivi formativi provinciali in ambito sanitario
b) i criteri di valutazione delle iniziative formative che si svolgono in Alto Adige ed i criteri di valutazione delle esperienze formative degli operatori del Servizio Sanitario Provinciale maturati all´estero. Gli eventi formativi offerti nelle altre regioni o province vengono valutati a livello locale, se il sistema ivi è stato implementato, oppure dalla Commissione nazionale. L´assegnazione del punteggio in base alla L.P. n. 14/2002 e al relativo regolamento di esecuzione, è stata delegata agli ordini e ai collegi professionali.

1.2.5.1. Corsi gestiti dalla Provincia

L'orientamento della Provincia (attraverso l'Ufficio formazione del personale sanitario) verso progetti di formazione continua interaziendali al posto di singole iniziative non connesse tra di loro, si è rilevata una buona scelta ed ha tenuto conto del ruolo della stessa Provincia nell'ambito della formazione continua. Ciò ha significato l'aver affrontato e sviluppato importanti argomenti di interesse provinciale, nonché la costruzione dell'offerta formativa in modo corrispondente.

L'obiettivo di ciò è stato quello di raggruppare le risorse, promuovere l'interdisciplinarietá e realizzare reti di collaborazione.

Gli argomenti trattati in forma di progetto sono stati: Palliative Care, Evidence Based Nursing, Biblioteca medica virtuale, e-learning, management, psicosomatica, etica, medicina complementare e medicina dell´ambiente.

Palliative Care: ha avuto inizio il 2° corso base interdisciplinare in collaborazione con diversi partners e si è svolta la 3^ "Giornata delle cure palliative" a Vipiteno, con grande partecipazione di pubblico.

Evidence Based Nursing: è proseguita la programmazione per un progetto sull'implementazione dell' EBN nel processo assistenziale e nella formazione infermieristica, di concerto con i rappresentanti infermieristici nelle aziende sanitarie, il Collegio professionale e la Scuola Provinciale Superiore di Sanità "Claudiana".

Biblioteca Medica Virtuale: è stato realizzato uno strumento di supporto all'attività operativa quotidiana degli operatori sanitari altoatesini nell'attività assistenziale, nel lavoro amministrativo, nello studio, nell'educazione continua e nella ricerca. E' un portale aperto alle conoscenze medico-scientifiche, rivolto alla sanità altoatesina, alla quale offre la possibilità di accedere facilmente alle più autorevoli fonti di conoscenza disponibili online. Il sito "www.bmv.bolzano.it" é accessibile a tutti. Alle risorse dei periodici elettronici e alle banche dati della Biblioteca Medica Virtuale hanno accesso:

- il personale dipendente delle Aziende sanitarie della Provincia Autonoma di Bolzano
- il personale e gli studenti della Scuola provinciale superiore di sanità "Claudiana"
- il personale del Dipartimento Sanità e Politiche Sociali della Provincia Autonoma di Bolzano

E-learning: sono state avviate iniziative di e-learning su importanti tematiche di interesse sanitario. I corsi sono rivolti ad operatori ed operatrici di ambiti sanitari diversi: medici di ogni specialità, attivi sia nel setting ospedaliero sia in quello della medicina generale, personale infermieristico e personale amministrativo. Si è inteso così costruire

un'adeguata offerta formativa riguardante soprattutto la metodologia dell'agire in sanità ed incontrare l'attenzione del maggior numero di operatori ed operatrici sanitari del Sistema Sanitario altoatesino, motivandoli ad essere protagonisti di un'assistenza sanitaria appropriata ed efficace. L'e-learning è un mezzo utile anche per creare comunità di apprendimento permanente, cioè luoghi virtuali di scambio, elaborazione e discussione delle tematiche oggetto di educazione continua.

Management e gestione: nel 2005 sono stati conclusi i primi due corsi per dirigenti sanitari ai sensi del D.P.R. n. 484/1997 e della Legge provinciale n. 5/1998 con validità su tutto il territorio nazionale, con 42 partecipanti. Ai corsi sono stati ammessi anche collaboratori non dirigenti per consentire alle aziende sanitarie di creare un pool di futuri dirigenti; vi hanno partecipato inoltre alcuni dirigenti amministrativi al fine di creare una rete di connessione tra le esigenze del settore medico e quelle del settore amministrativo. Gli argomenti dei moduli didattici trattavano la gestione del personale, la gestione d'impresa e l'organizzazione. Per quanto riguarda i contenuti, la realizzazione dei corsi è stata affidata all'Università Bocconi di Milano e all'Università di Innsbruck, mentre il coordinamento è stato gestito in loco. Sono stati inoltre attivati altri due nuovi corsi con un totale di 44 partecipanti.

Psicosomatica: nel 2004/05 è stata organizzata per la prima volta una serie di 5 iniziative su questo argomento, destinata a medici e psicologi, che si sono tenute al Centro terapeutico di "Bad Bachgart". Tra i vari temi sono stati trattati i disturbi somatoformi dell´apparato respiratorio, cardiovascolare e gastrointestinale, oltre a patologie specifiche quali mal di testa e mal di schiena.

Etica: nel 2005 ha continuato ed ampliato la sua attività il Comitato Etico Provinciale, che ha svolto tre sedute plenarie e alcune sedute dei sottogruppi per l'esame di vari argomenti. Il tema principale dell'anno era "Etica e comunicazione", intorno al quale sono stati svolti un convegno per personale sanitario ed altri interessati e tre conferenze per il pubblico. Sulla pagina web è stato pubblicato un testo informativo riguarante il referendum sulla procreazione medicalmente assistita, e sulla cosiddetta "Pillola abortiva" RU 486. I membri del Comitato hanno risposto a numerose richieste pervenute via e-mail da parte di cittadini. Inoltre sono stati espressi pareri su diverse ricerche ed è stata completamente ristrutturata la pagina web.

Medicina complementare: è stato avviato un corso di perfezionamento in omeopatia per farmacisti in collaborazione con l´Università di Camerino, la "Società Italiana di Medicina Omeopatica" e l´Ordine dei farmacisti della Provincia di Bolzano, come anche un corso di formazione in agopuntura per medici, in collaborazione con l´Istituto "Matteo Ricci" di Bologna, la DÄGFA (Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur) e l´Ordine dei medici della Provincia di Bolzano.

Medicina ambientale: è stato organizzato un "Corso di formazione di base in medicina ambientale", destinato a medici di medicina generale e a medici specialisti e si è svolto inoltre il convegno "Focus polveri sottili: cause, effetti sulla salute, contromisure", al quale hanno partecipato personale sanitario, amministratori politici, esperti del settore operanti nelle strutture provinciali e comunali, e rappresentanti delle organizzazioni ambientaliste.

Nel 2005 la Provincia Autonoma di Bolzano ha organizzato 97 corsi e 13 convegni rivolti al personale sia laureato che al personale infermieristico, tecnico, riabilitativo e ausiliario operante nelle aziende sanitarie.

I corsi di formazione continua hanno visto la partecipazione di 3.390 operatori sanitari. La figura professionale prevalente tra quelle partecipanti ai corsi è quella del personale infermieristico (962 partecipazioni), seguita da quella dei medici (940). Le ore complessive organizzate per attivitá di formazione continua sono state circa 1.881, a cui è equivalsa una spesa di circa euro 536.003.
Ai 13 convegni organizzati dalla Provincia hanno partecipato 1.313 dipendenti delle aziende sanitarie, di cui 712 erano medici. Complessivamente le ore dedicate ai convegni sono state 103 e l'importo liquidato ammonta a circa euro 189.689.

Tabella 29: **Attivitá di aggiornamento per il personale impiegato nei servizi sanitari della Provincia– Anno 2005**

Figure professionali	*N° partecipanti a corsi di formazione continua*	*N° partecipanti a convegni*
Medici	*940*	*712*
Psicologi	*412*	*22*
Psichiatri	*38*	*1*
Veterinari	*63*	*2*
Biologi, fisici, farmacisti, chimici	*151*	*84*
Personale amministrativo	*122*	*34*
Personale infermieristico	*962*	*197*
Personale riabilitativo	*132*	*19*
Personale tecnico sanitario	*148*	*45*
Personale ausiliario	*4*	*0*
Altro personale non laureato	*418*	*197*
TOTALE	***3.390***	***1.313***

Fonte:PAB - Ufficio Formazione del personale

1.2.5.2. Corsi gestiti dalle aziende sanitarie

Anche nel 2005 le aziende sanitarie hanno organizzato numerosi corsi di formazione continua per il personale operante sia nel territorio che in ospedale. Complessivamente le aziende sanitarie hanno organizzato piú di 827 corsi, alcuni dei quali ripetuti in diverse edizioni durante l'anno (non sono disponibili al momento della chiusura della redazione della presente edizione della Relazione Sanitaria i dati relativi all'Azienda Sanitaria di Brunico).
Come ogni anno, i corsi realizzati hanno trattato diverse tematiche, da quelle di approfondimento medico, a quelle connesse con l'assistenza infermieristica, con un occhio di riguardo per la formazione in campo informatico per tutti i profili professionali dei dipendenti delle aziende sanitarie.

Tabella 30: **Numero corsi e spesa complessiva per l'attivitá di formazione gestita dalle aziende sanitarie – Anno 2005**

	Bolzano	*Merano*	*Bressanone*	*Brunico*
N° corsi	*154*	*368*	*305*	*n.d.*
Spesa complessiva (in Euro)	*93.304*	*206.120*	*149.053*	*n.d.*

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 31: **Numero partecipanti all'attivitá di formazione gestita dalle aziende sanitarie – Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico
Medici	1.103	741	437	n.d.
Altro personale laureato	72	178	161	n.d.
Personale infermieristico	1.059	3.186	2.853	n.d.
Personale di riabilitazione	232	247	307	n.d.
Personale tecnico-sanitario	516	208	32	n.d.
Personale amministrativo	397	269	282	n.d.
Altre figure professionali	320	423	851	n.d.

Fonte: aziende sanitarie

1.2.5.3. Contributi ad enti ed associazioni che organizzano corsi in campo sanitario

La Legge provinciale n. 14/02 prevede la concessione di contributi ad enti ed associazioni che organizzano corsi in campo sanitario. Nell'anno 2005 sono state presentate e accolte 25 domande e sono stati assegnati contributi per un importo complessivo di circa Euro 503.699,00.

1.2.5.4. Assegni di studio per la formazione e specializzazione del personale sanitario specializzato, degli operatori tecnici e del personale ausiliario

La Legge provinciale n. 14/02 prevede, inoltre, la possibilità di concedere assegni di studio a coloro che frequentano scuole o corsi di formazione di base, specialistica e continua. Nell'anno 2005 sono state presentate 76 domande (6 delle quali sono state respinte) ed è stato impegnato a tal fine l´importo complessivo di Euro 216.725,00.
Sono escluse da questo importo le domande presentate dagli studenti della Scuola Provinciale Superiore di Sanitá "Claudiana" e dei corsi per operatori socio-sanitari, in quanto queste ricadono nelle competenze dell´Ufficio Assistenza Scolastica ed Universitaria.

1.2.6. Equipollenza di titoli di studio conseguiti in un paese dell'area tedesca

L'art. 6 del D.P.R. 26 gennaio 1980, n. 197 prevede che la Provincia Autonoma di Bolzano puó rilasciare una dichiarazione di equipollenza per titoli di studio riguardanti professioni sanitarie non mediche che siano stati conseguiti da cittadini dell'Unione Europea in un paese dell'area culturale tedesca (Germania, Austria e Svizzera), tenendo conto del fabbisogno di detti operatori nel servizio sanitario della Provincia di Bolzano. Questa equipollenza è valida solo nel territorio della Provincia di Bolzano.
La dichiarazione di equipollenza viene rilasciata solamente se il candidato possiede gli stessi requisiti richiesti in Italia per la frequenza della stessa formazione. Inoltre la formazione frequentata e conclusa all'estero deve avere la stessa durata sia per quanto riguarda l'insegnamento teorico che per il tirocinio.
Nell'anno 2005 sono state rilasciate 14 dichiarazioni di equipollenza. Con Decreto del Ministero della salute del 18/06/2002 la Provincia Autonoma di Bolzano (insieme ad altre regioni interessate) è stata autorizzata a compiere gli atti istruttori per il riconoscimento dei titoli abilitanti dell´area sanitaria (infermieri e tecnici sanitari di radiologia medica) conseguiti in paesi extracomunitari, ai sensi dell´art. 1, comma 10-ter, del Decreto legge 12/11/01 n. 402, convertito in legge dall´art. 1 della Legge 8/1/2002 n. 1. Con questa autorizzazione è stato accelerato lo svolgimento delle pratiche.

2. LA SPESA SANITARIA

La spesa sanitaria pubblica complessiva per l'anno 2005 ammonta a 1.121,791 milioni di euro (2.331,75 euro pro-capite)
La spesa sanitaria corrente rappresenta il 92,7% della spesa sanitaria complessiva sostenuta dalle aziende sanitarie e dalla Provincia (1.039,982 milioni di euro; 2.161,70 euro pro-capite);
La spesa sanitaria corrente provinciale complessiva, rapportata al PIL ammonta nel 2005 al 7,5% (a livello nazionale si pone al 6,8%);
Il saldo monetario della mobilitá ospedaliera interregionale del 2005 risulta essere complessivamente positivo, e corrisponde a 3,687 milioni di euro;
Il saldo monetario della mobilitá specialistica interregionale del 2005 risulta essere complessivamente positivo, e corrisponde a circa 1,107 milioni di euro

SPESA PUBBLICA E SPESA PRIVATA

I paragrafi che seguono hanno lo scopo di analizzare la spesa sanitaria pubblica della Provincia di Bolzano ossia la spesa sostenuta dal Servizio sanitario provinciale. Alla determinazione della spesa concorrono:

- i costi sostenuti dalle aziende sanitarie e gli investimenti effettuati dalle stesse desumibili rispettivamente dai bilanci e dalle deliberazioni provinciali;
- le spese direttamente sostenute dalla Provincia, sia correnti che in conto capitale, che si rilevano dal bilancio provinciale.

Dall'analisi macroeconomica della spesa sanitaria si deduce che le famiglie italiane negli ultimi anni hanno destinato risorse sempre crescenti per i consumi sanitari.
Le analisi che seguono sono dedicate alla sola spesa sanitaria pubblica, in quanto, essendo la quota della spesa privata di difficile rilevazione a causa della scarsità delle fonti informative, quest'ultima non viene esaminata.

SPESA SANITARIA CORRENTE ED IN CONTO CAPITALE

All'interno della spesa pubblica è possibile distinguere due macroaggregati, la spesa corrente e la spesa in conto capitale, trattate rispettivamente nel paragrafo 3.2 e nel paragrafo 3.3.
Per spesa corrente si intende la spesa sostenuta per la copertura dei costi di gestione, come ad esempio quelli relativi al personale e all'acquisto di beni e servizi ed è composta dai costi sostenuti dalle aziende sanitarie e da una quota a carico del bilancio della Provincia. La spesa in conto capitale o per investimenti é invece quella diretta all'acquisto, alla costruzione e alla ristrutturazione di beni durevoli ed è costituita dagli investimenti effettuati dalle aziende e dalle spese direttamente sostenute dalla Provincia a tal scopo.

COSTI SOSTENUTI DALLE AZIENDE SANITARIE E MODELLO DI AGGREGAZIONE

I dati di costo delle aziende sanitarie sono estrapolati dal piano dei conti che alimenta il bilancio delle aziende ed elaborati secondo la logica di aggregazione del Ministero della Salute. A concorrere alla determinazione dei costi delle aziende sanitarie vi sono i costi di gestione (personale, acquisti di beni, servizi sanitari e non sanitari, …), i costi straordinari, altri costi (come gli accantonamenti per il personale) e la quota relativa alla mobilitá passiva extra provinciale ed estera. Non concorrono alla determinazione dei costi sostenuti dalle aziende sanitarie la mobilitá passiva infraprovinciale in quanto viene eli-

minata a livello di bilancio consolidato delle aziende e le voci di natura economica come gli ammortamenti e la svalutazione dei crediti. I costi sostenuti dalle aziende sanitarie per l'erogazione dell'assistenza aggiuntiva (assistenza erogata oltre i LEA nazionali) sono stati anch'essi scorporati, in quanto attribuiti alle spese sostenute dalla Provincia; sono state evitate in tal modo duplicazioni della spesa. Tale criterio di aggregazione dei costi è stato utilizzato a partire dal 2002, anno di adozione della contabilitá economico-patrimoniale da parte delle aziende sanitarie. Prima del 2002 vigeva la contabilitá finanziaria; dato che i due sistemi contabili si fondano su presupposti diversi, non è sempre possibile effettuare confronti storici. Fonte dei dati per gli anni 2002, 2003 e 2004 è il bilancio di esercizio delle aziende, mentre per il 2005 è il bilancio preconsuntivo.

INVESTIMENTI DELLE AZIENDE SANITARIE

Gli investimenti delle aziende sanitarie sono stati calcolati sulla base delle assegnazioni effettuate alle stesse mediante deliberazioni della Giunta Provinciale. Tali assegnazioni provengono dai fondi stanziati sugli appositi capitoli del bilancio provinciale 2005; non vengono imputate le quote relative alla riassegnazione dei residui perenti perché non di competenza.

SPESA CORRENTE DELLA PROVINCIA

Il documento di riferimento per i dati della spesa corrente direttamente sostenuta dalla Provincia è il modello CE ministeriale del IV trimestre 2005. Il modello è stato rivisto nell'ottica di considerare anche la quota della spesa aggiuntiva scorporata dai costi di esercizio delle aziende sanitarie e di depurare il dato così ottenuto da quote di costo già imputate alle aziende sanitarie per evitare duplicazioni di spesa. Quindi la spesa corrente della Provincia comprende sia l'assistenza che ricade all'interno dei livelli essenziali di assistenza (LEA) definiti a livello nazionale (DPCM 22/11/2001), che quella oltre i LEA nazionali. Non sono compresi nella spesa corrente della Provincia i fondi destinati alla copertura di spese socio-sanitarie (sovvenzioni per cure climatiche a minori, sovvenzioni per iniziative nel settore socio-sanitario e sovvenzioni a favore di associazioni donatori di sangue).

SPESA IN CONTO CAPITALE DELLA PROVINCIA

La spesa per investimenti della Provincia è data dagli impegni sui capitoli del bilancio provinciale direttamente gestiti dalla Provincia volti al finanziamento delle spese in conto capitale.

COEFFICIENTI DI CONVERSIONE EURO CORRENTI IN EURO COSTANTI ESPRESSI IN EURO 2005

Per consentire i confronti temporali sono stati applicati ai valori nominali di spesa dei vari anni, i coefficienti di conversione euro correnti in euro costanti riferiti al 2005. Tali coefficienti, sintetizzati in Tabella 1, considerati i differenti andamenti del tasso di inflazione provinciale e nazionale, sono stati calcolati rispettivamente per i due ambiti territoriali e si basano sulla media degli indici ASTAT/ISTAT di variazione del costo della vita per le famiglie di operai ed impiegati.

Tabella 1: **Coefficienti di conversione euro correnti in euro costanti espresse in Euro 2005: Provincia (Comune di Bolzano) e Italia**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Provincia	1,546	1,460	1,389	1,294	1,226	1,187	1,162	1,143	1,119	1,092	1,060	1,034	1,017	1,000
Italia	1,430	1,372	1,320	1,253	1,206	1,185	1,165	1,146	1,118	1,089	1,063	1,037	1,017	1,000

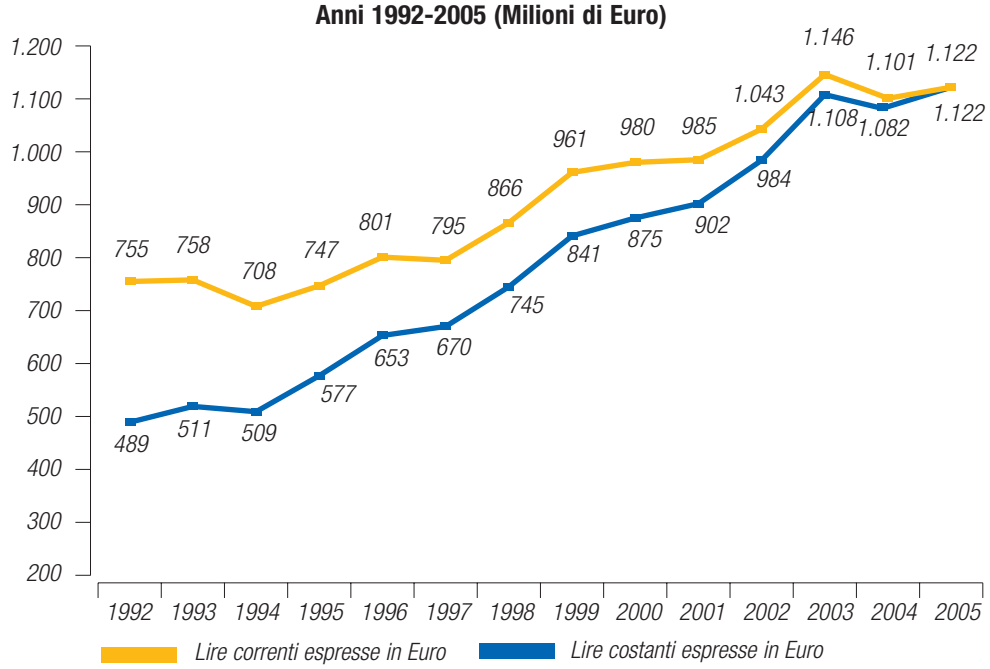
Fonte: ASTAT / ISTAT

I dati nazionali relativi alla spesa sanitaria ed al prodotto interno lordo, utilizzati ai fini dei confronti della realtà provinciale rispetto alla situazione nazionale, sono desunti dalla pubblicazione IRIS 1996, per il periodo 1990-95; i dati relativi alla spesa sanitaria corrente riferita al territorio nazionale per gli anni 1996-99 sono stati tratti dalla "Relazione generale sulla situazione economica del paese -1999"; i dati nazionali per gli anni successivi sono stati forniti dal Ministero della Salute.
Il rapporto tra la spesa sanitaria nazionale e il PIL a prezzi di mercato, è stato ricostruito, dal 1999 al 2003, in base alle valutazioni riportate nella "Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2003". La fonte del PIL a prezzi di mercato per l'anno 2004 e per l'anno 2005 è Eurostat.
Infine i dati riferiti al prodotto interno lordo della Provincia per gli anni 1992-2005 sono stati forniti dall'ASTAT. I dati relativi agli anni 2002 e 2003 sono provvisori mentre per il 2004 e il 2005 esistono solo delle previsioni.

2.1. LA SPESA SANITARIA PUBBLICA

Per spesa sanitaria pubblica complessiva è da intendersi l'ammontare delle spese sostenute direttamente dalla Provincia per il Servizio Sanitario Provinciale (espresse in termini di impegni effettuati sia per la parte corrente sia per quella in conto capitale) a cui vanno ad aggiungersi i costi di esercizio sostenuti, nonché gli investimenti effettuati dalle aziende sanitarie. Quindi il Servizio Sanitario Provinciale è finanziato dal fondo sanitario provinciale (costituito prevalentemente da imposte e tasse), dalla compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria e dai proventi derivanti dalla gestione finanziaria e straordinaria delle aziende.

Figura 1: **Spesa sanitaria pubblica complessiva (aziende sanitarie e Provincia); Anni 1992-2005 (Milioni di Euro)**



La spesa sanitaria pubblica complessiva rilevata per l'anno 2005 ammonta complessivamente a 1.121,791 milioni di euro pari a 2.331,75 euro pro-capite. In Figura 1 è rappresentato l'andamento della spesa sanitaria pubblica provinciale per il periodo temporale 1992-2005. Dal grafico si evince che la spesa complessiva per l'anno 2003 risulta superiore rispetto a quella registrata nel biennio successivo; tale differenza é giustificata dal fatto che nell'anno 2003 il Servizio Sanitario Provinciale ha potuto disporre di oltre 60 milioni di euro pervenuti dallo Stato una tantum destinati al finanziamento delle spese in conto capitale.

SPESA CORRENTE E SPESA PER INVESTIMENTI

Dalla distribuzione della spesa sanitaria complessiva secondo le componenti, spesa corrente e spesa per investimenti, rappresentata in Figura 2, emerge che l'incidenza della spesa corrente sulla spesa complessiva nel 2005, è pari al 92,7%; il rimanente 7,3% riguarda la spesa per investimenti in beni immobili, beni mobili ed attrezzature biomediche.

Figura 2: **Spesa sanitaria corrente e per investimenti - Anno 2005**

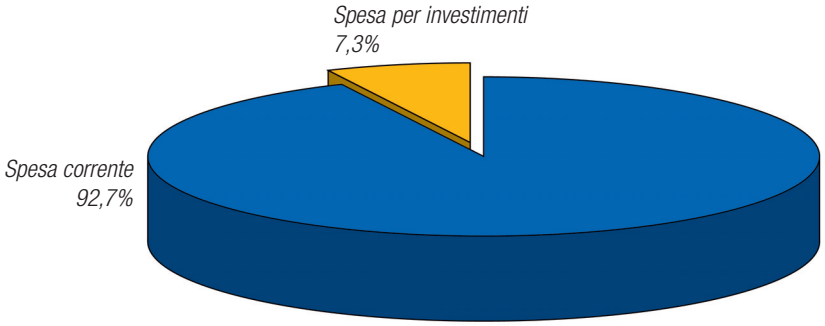


Figura 3: **Spesa sanitaria delle aziende e della Provincia - Anno 2005 (Migliaia di Euro)**

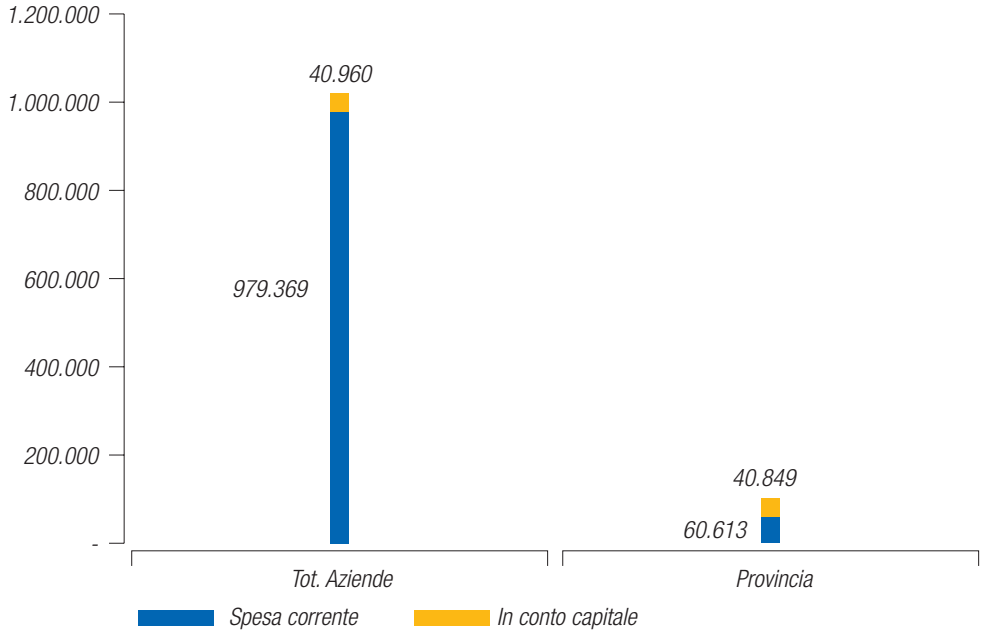


Tabella 2: **Composizione della spesa sanitaria per azienda e Provincia: valori assoluti e pro-capite. Anno 2005**

Spesa sanitaria	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Tot. aziende	Provincia*	Totale
Valori assoluti (in migliaia di euro)							
Spesa corrente	497.021	223.161	134.521	124.666	979.369	60.613	1.039.982
Conto capitale	20.967	2.995	11.030	5.968	40.960	40.849	81.809
Totale	**517.988**	**226.156**	**145.551**	**130.634**	**1.020.329**	**101.462**	**1.121.791**
Valori pro-capite (in euro)							
Spesa corrente	2.319,19	1.780,81	1.955,38	1.715,32	2.035,71	125,99	2.161,70
Conto capitale	97,83	23,90	160,33	82,11	85,14	84,91	170,05
Totale	**2.417,02**	**1.804,71**	**2.115,71**	**1.797,43**	**2.120,85**	**210,90**	**2.331,75**

*La spesa aggiuntiva è attribuita alla Provincia

Fonte: PAB – Ufficio economia sanitaria

Figura 4: **Spesa sanitaria corrente e per investimenti delle aziende sanitarie - Anno 2005**

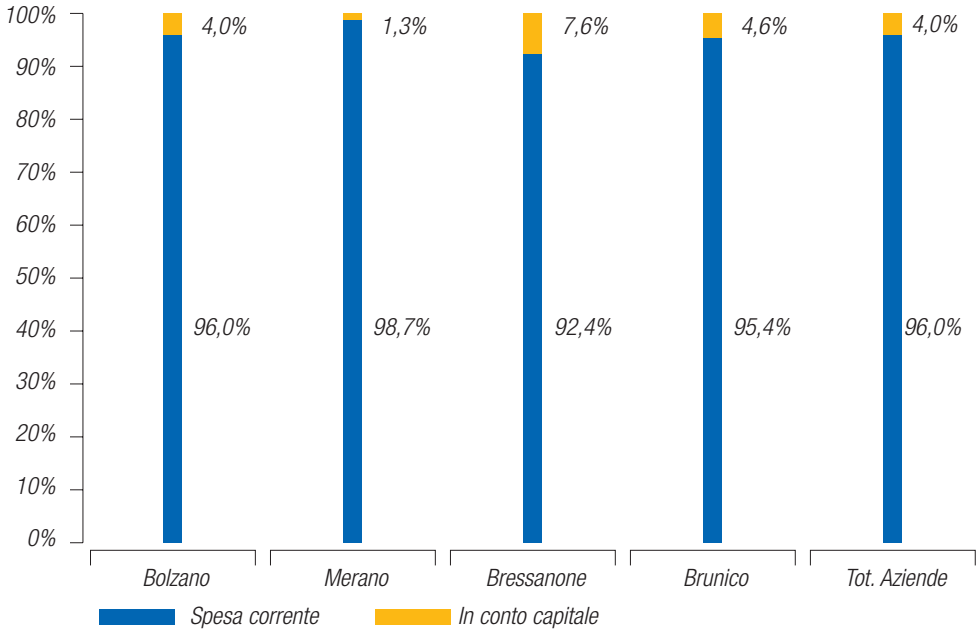
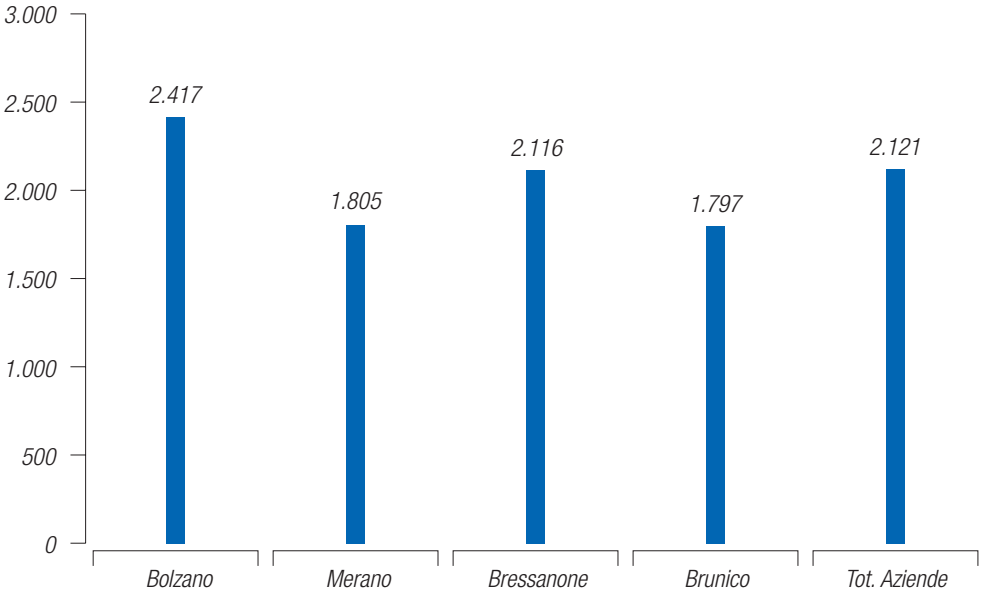


Figura 5: **Spesa sanitaria procapite per azienda sanitaria - Anno 2005 (in Euro)**



SPESA SANITARIA PER AZIENDA

A livello locale, la distribuzione percentuale della spesa complessiva sostenuta dalle aziende sanitarie rispetto alle due componenti, corrente e in conto capitale, assume configurazioni differenti nelle singole aziende, con valori percentuali della componente di spesa corrente massimi e minimi rispettivamente per l'Azienda Sanitaria di Merano (98,7%) e per l'Azienda Sanitaria di Bressanone (92,4%) (Figura 4).

SPESA SANITARIA PRO-CAPITE

In termini pro-capite (Figura 5), la spesa sanitaria complessiva sostenuta dalle aziende sanitarie è di 2.120,85 euro, con valori massimi raggiunti dall'Azienda Sanitaria di Bolzano (2.417,02 euro) e valori minimi assunti dall'Azienda di Brunico (1.797,43 euro). Per non indurre in errate interpretazioni si precisa che nei costi delle aziende sanitarie sono compresi anche i costi sostenuti per i cittadini non residenti.

2.2. LA SPESA SANITARIA CORRENTE

SPESA SANITARIA CORRENTE DELLA PROVINCIA E COSTI SOSTENUTI DALLE AZIENDE

La spesa sanitaria corrente rappresenta il 92,7% della spesa complessiva sostenuta dalle aziende sanitarie e dalla Provincia, quantificabile nel 2005 in circa 1.039,982 milioni di euro, corrispondente a 2.161,70 euro pro-capite.

La spesa sanitaria corrente è composta dalla spesa corrente standard e dalla spesa corrente aggiuntiva. Per spesa corrente standard si intende la spesa sostenuta per garantire i livelli essenziali di assistenza, uniformi su tutto il territorio nazionale, ai cittadini residenti e agli aventi diritto. Nella Provincia di Bolzano viene garantito inoltre un livello di assistenza sanitaria che supera lo standard nazionale il cui costo viene principalmente imputato alla spesa corrente. Tale costo riguarda l'erogazione di prestazioni aggiuntive previste da apposite leggi provinciali, riguardanti per esempio l'assistenza odontoiatrica (L.P. 16/88), l'ospedalizzazione a domicilio (L.P. 33/88), la fornitura straordinaria di protesi non previste nel nomenclatore tariffario (L.P. 2/86).

COSTI SOSTENUTI DALLE AZIENDE SANITARIE

Come giá descritto all'apertura del capitolo a concorrere alla determinazione dei costi delle aziende sanitarie vi sono i costi di gestione (personale, acquisti di beni, servizi sanitari e non sanitari, …), i costi straordinari, altri costi (come gli accantonamenti per il personale) e la quota relativa alla mobilità passiva extra provinciale ed estera. Non concorrono alla determinazione dei costi sostenuti dalle aziende sanitarie la mobilità passiva infraprovinciale in quanto si compensa a livello di bilancio consolidato delle aziende e le voci di natura economica come gli ammortamenti. I costi sostenuti dalle aziende sanitarie per l'erogazione dell'assistenza aggiuntiva sono stati anch'essi scorporati in quanto calcolati tra le spese sostenute dalla Provincia in modo tale da evitare una duplicazione della spesa.

Come si può vedere dalla Figura 6 i costi sostenuti dalle aziende sanitarie sono pari al 94,2% della spesa corrente complessiva e la spesa corrente della Provincia incide quindi per il 5,8% sul totale.

Figura 6: **Spesa sanitaria corrente della Provincia e costi sostenuti dalle aziende sanitarie - Anno 2005**
Spesa corrente complessiva: 1.039,982 Mil. di Euro

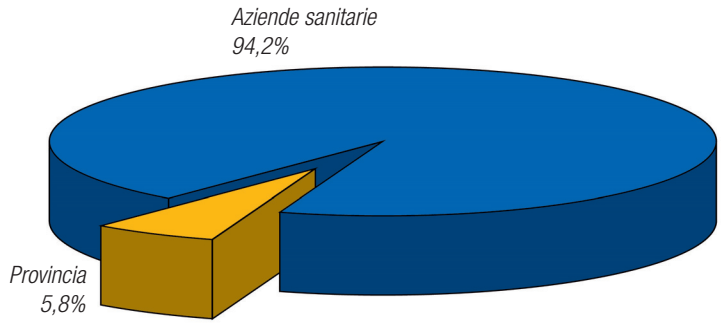
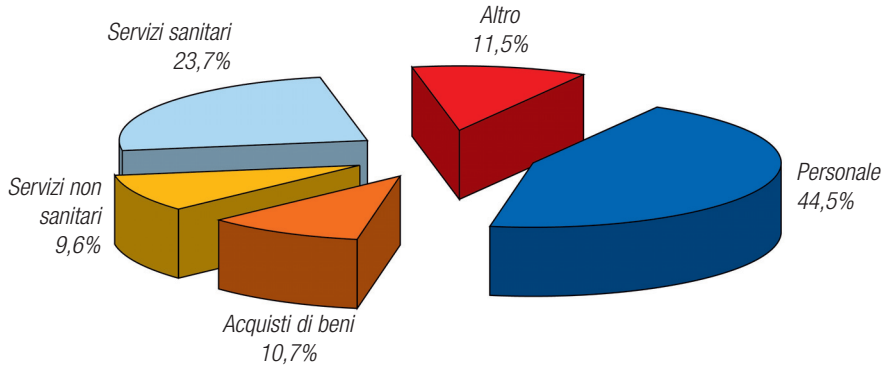


Figura 7: **Costi delle aziende sanitarie per categoria**
Totale costi aziende sanitarie:
979,369 Mil. di Euro - Anno 2005



In valore assoluto infatti dei 1.039,982 milioni di euro 979,369 milioni sono costi sostenuti dalle aziende sanitarie e sono in gran parte destinati al personale, al consumo di beni e servizi, all'assistenza di base e ad altre forme di assistenza sanitaria in convenzione (come si evince dalla Tabella 3). Nella Figura 7 viene presentata la suddivisione dei costi sostenuti dalle aziende sanitarie per le principali categorie, dalla quale si desume la forte incidenza dei costi del personale. Nella tabella seguente si propone la suddivisione dei costi delle aziende sanitarie per le principali categorie in valore assoluto.

Tabella 3: **Costi delle aziende sanitarie per categoria, valori in migliaia di Euro - Anno 2005**

Categorie di costo	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	tot. AS
1) Personale	201.417	103.021	67.798	63.793	436.028
2) Acquisti di beni	53.122	21.310	16.582	13.603	104.617
3) Servizi non sanitari	62.888	12.283	10.240	8.592	94.003
4) Servizi sanitari	121.212	61.023	25.564	24.745	232.544
4.1) Assistenza medico-generica	17.927	11.486	6.177	6.446	42.037
4.2) Assistenza farmaceutica	34.017	16.807	8.544	9.570	68.937
4.3) Assistenza riabilitativa	2.905	2.019	1	156	5.080
4.4) Assistenza specialistica convenz	3.462	737	11	21	4.231
4.5) Ass. protes. ed integrat. convenz	11.542	2.471	1.565	1.155	16.734
4.6) Assistenza ospedaliera convenz	12.565	7.022	38	107	19.733
4.7) Altra assistenza	38.794	20.480	9.228	7.290	75.792
5) Altro (costi finanziari, straordinari, accantonamenti,…)	58.382	25.525	14.337	13.933	112.177
SUBTOTALE	**497.021**	**223.161**	**134.521**	**124.666**	**979.369**

Fonte: PAB - Ufficio Economia Sanitaria

Tabella 4: **Costi pro-capite delle aziende sanitarie per categoria, valori in Euro - Anno 2005**

Categorie di costo	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	tot. AS
1) Personale	940	822	986	878	906
2) Acquisti di beni	248	170	241	187	217
3) Servizi non sanitari	293	98	149	118	195
4) Servizi sanitari	566	487	372	340	483
4.1) Assistenza medico-generica	84	92	90	89	87
4.2) Assistenza farmaceutica	159	134	124	132	143
4.3) Assistenza riabilitativa	14	16	0	2	11
4.4) Assistenza specialistica convenz	16	6	0	0	9
4.5) Ass. protes. ed integrat. convenz	54	20	23	16	35
4.6) Assistenza ospedaliera convenz	59	56	1	1	41
4.7) Altra assistenza	181	163	134	100	158

Fonte: PAB - Ufficio Economia Sanitaria

SPESA CORRENTE DELLA PROVINCIA

La spesa sanitaria corrente sostenuta dalla Provincia ammonta per il 2005 a 60,613 milioni di euro. Essa comprende i contributi per l'attività di formazione del personale sanitario, le spese per il conseguimento degli obiettivi del Piano Sanitario Provinciale ed i rimborsi per le varie forme di assistenza aggiuntiva, tra cui l'ospedalizzazione a domicilio e l'assistenza odontoiatrica. La spesa corrente a carico della Provincia risulta, rispetto agli anni precedenti, ridimensionata, in quanto il servizio di trasporto in ambulanza, l'elisoccorso, l'assistenza erogata in Austria e l'assistenza indiretta sono stati trasferiti alle aziende sanitarie ai sensi dell'art. 76 della legge provinciale n.7/2001.

Figura 8: **Spesa sanitaria corrente (Provincia e aziende sanitarie); Anni 1992-2005 (Milioni di Euro)**

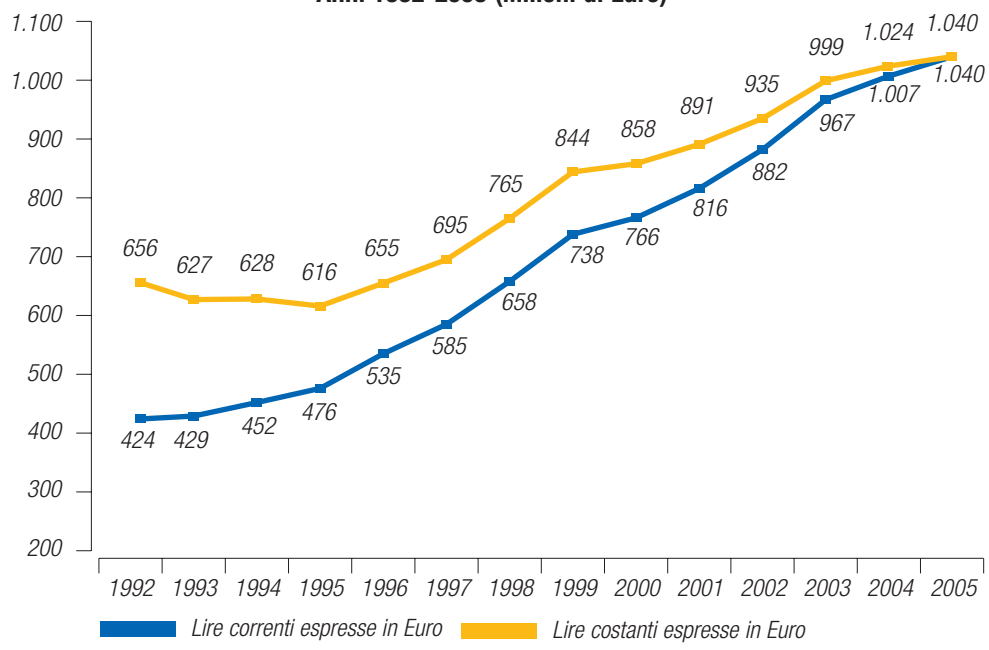
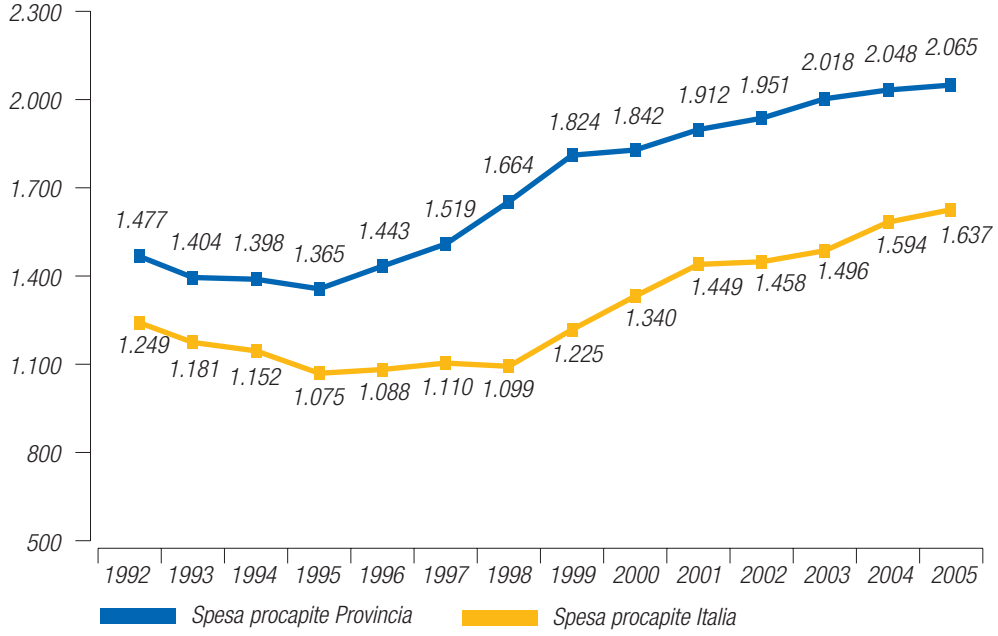


Figura 9: **Spesa sanitaria corrente procapite in lire costanti espresse in Euro**
Anni 1992-2005



ANDAMENTI TEMPORALI DELLA SPESA CORRENTE

L'andamento temporale della spesa sanitaria corrente sostenuta dall'amministrazione provinciale a cui vanno ad aggiungersi i costi delle aziende sanitarie (Figura 8) ripercorre essenzialmente il trend osservato in precedenza per la spesa sanitaria complessiva, essendo quest'ultima composta per oltre il 90% da spesa sanitaria corrente. Fa eccezione l'anno 2003 in cui le spese per investimenti hanno influito in maniera relativamente maggiore sulla spesa complessiva, in quanto il Servizio sanitario provinciale ha potuto disporre di oltre 60 milioni di euro per investimenti per fondi pervenuti dallo Stato.

SPESA CORRENTE PROCAPITE PROVINCIALE E NAZIONALE

Di grande interesse è anche il confronto dell'andamento della spesa sanitaria corrente pro-capite provinciale con quello nazionale registrato dal 1992 al 2005. Dato che il Servizio Sanitario Provinciale eroga delle prestazioni che rientrano in livelli assistenziali oltre allo standard nazionale, la spesa pro-capite provinciale é più alta di quella nazionale come si può notare dalla Figura 9. Ai fini della confrontabilitá tra i dati della Provincia e quelli nazionali i primi sono stati rielaborati secondo il modello proposto dal Ministero nella rappresentazione dei costi del SSN per funzioni di spesa scorporando interamente la mobilitá passiva (per evitare duplicazioni di spesa a livello nazionale) e le altre voci di natura economica (ammortamenti, svalutazione crediti, ecc. …).

La spesa sanitaria pro-capite altoatesina risulta essere più elevata rispetto a quella nazionale, con differenze che nel corso degli ultimi anni sono andate aumentando.

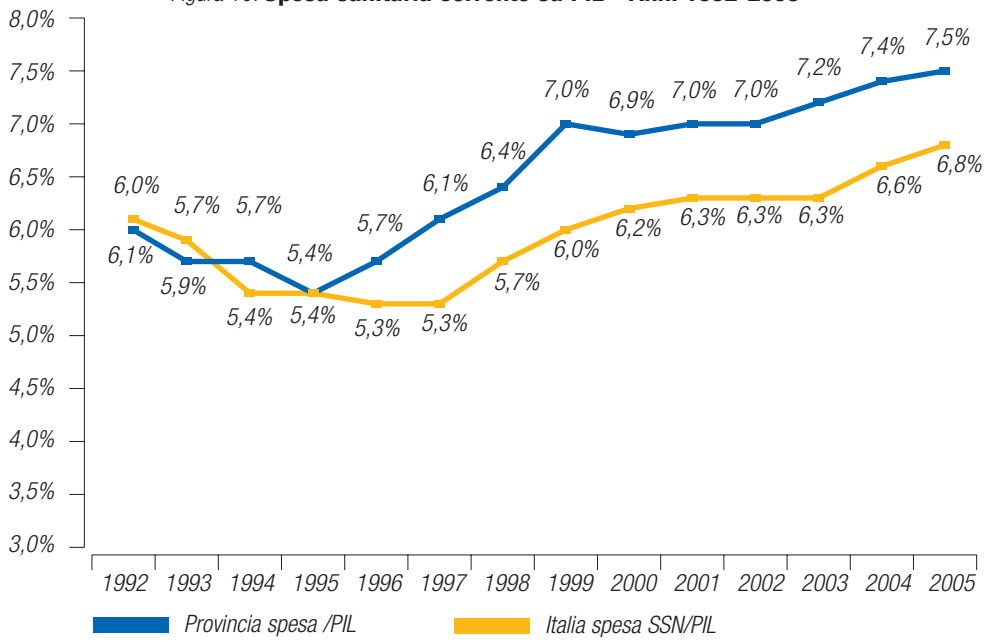
Un'ulteriore modalità di valutazione dell'andamento della spesa sanitaria corrente riguarda il rapporto tra la spesa sanitaria corrente ed il PIL (prodotto interno lordo).

SPESA CORRENTE E PIL PROVINCIALE E NAZIONALE

Tale rapporto esprime la quota parte della ricchezza prodotta destinata alla tutela della salute attraverso il servizio sanitario pubblico. Nella Figura 10 sono rappresentati gli andamenti del rapporto percentuale tra spesa sanitaria e PIL a livello nazionale e provinciale. A partire dal 1994 i valori provinciali superano quelli nazionali; nel 1999 la differenza tra i due rapporti è pari a 1 punto percentuale, mentre la forbice sembra lentamente restringersi nuovamente. Anche in questo caso per la confrontabilitá dei dati, i costi della Provincia (aziende sanitarie e Provincia) sono stati rielaborati scorporando intera-

mente la mobilitá e le voci di natura economica (modello di rappresentazione dei costi del Ministero della Salute).

Figura 10: **Spesa sanitaria corrente su PIL - Anni 1992-2005**

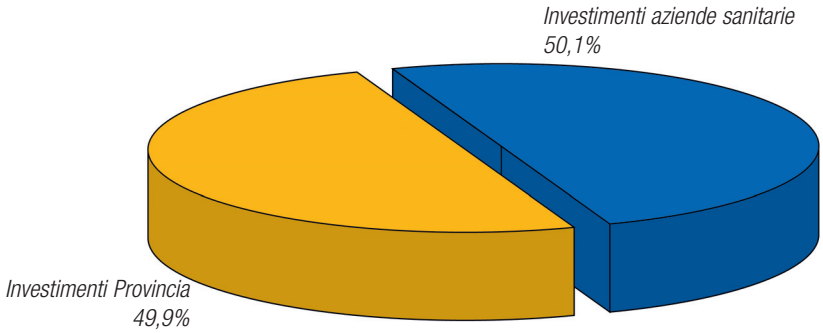


2.3. LA SPESA SANITARIA PER INVESTIMENTI

SPESA PER INVESTIMENTI SOSTENUTA DALLE AZIENDE SANITARIE E DALLA PROVINCIA

La spesa sanitaria complessivamente sostenuta dalle aziende sanitarie e dalla Provincia per investimenti in beni immobili, arredi ed attrezzature biomediche ammonta nel 2005 circa a 81,809 milioni di euro, pari al 7,3% della spesa sanitaria complessiva. Di questi, 40,960 milioni sono a carico del bilancio delle aziende sanitarie ed 40,849 milioni di euro sono sostenuti direttamente dalla Provincia (Figura 11).

Figura 11: **Ripartizione percentuale spesa per investimenti - Anno 2005**



Nel corso degli ultimi anni si può osservare come la distribuzione percentuale degli investimenti rispettivamente a carico delle aziende e della Provincia abbia assunto un andamento diverso nel corso del periodo considerato. Infatti nel primo periodo compreso tra il 1992 e il 1995 la spesa sostenuta dalla Provincia per investimenti é superiore a quella sostenuta dalle aziende sanitarie; dal 1996 al 1998 la tendenza si inverte: sono le aziende sanitarie che sostengono una spesa superiore alla Provincia. Nel periodo 1999 -

2002 e per il 2004 risulta nuovamente maggiore la spesa sostenuta dalla Provincia; nell'anno 2003 si assiste nuovamente ad una inversione di tendenza (Figura 13), giustificata quest'ultima dai fondi pervenuti dallo Stato a sostegno delle spese per investimento. Nel 2005 metá degli investimenti sono effettuati dalle aziende e metá dalla Provincia.
La variabilità temporale tra gli anni è dovuta alla natura stessa degli investimenti, in particolare di quelli che richiedono i finanziamenti più consistenti.

Figura 12: **Spesa sanitaria per investimenti (aziende sanitarie e Provincia) - Anni 1992-2005**

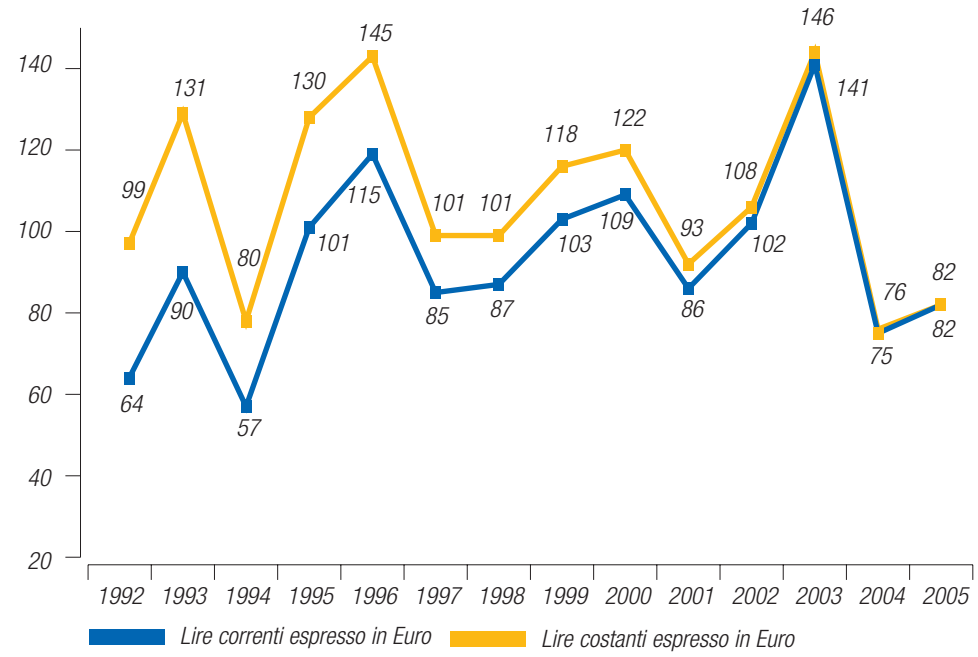
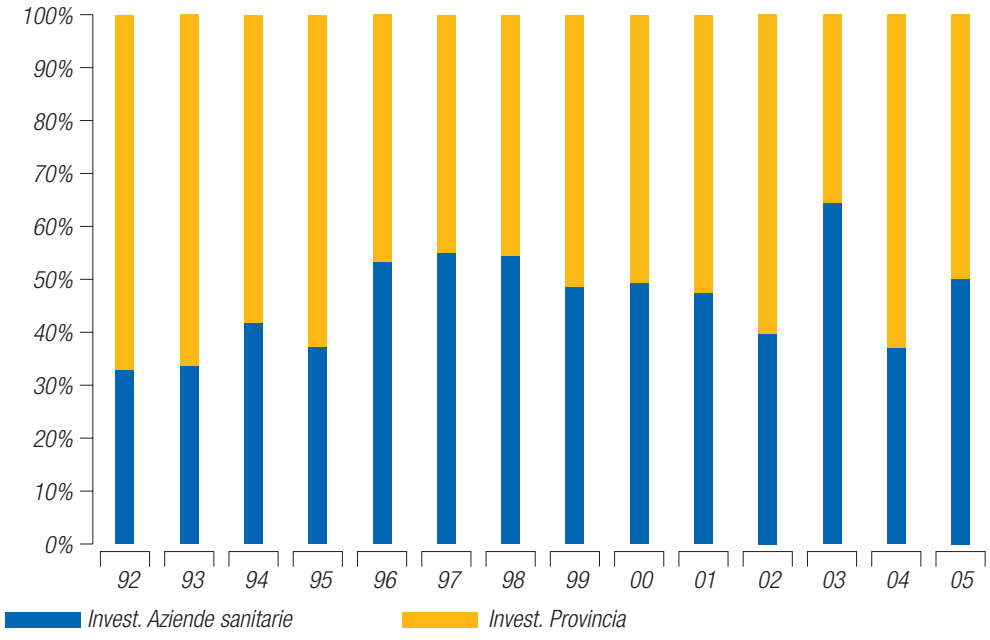


Figura 13: **Spesa per investimenti suddivisa tra aziende sanitarie e Provincia - Anni 1992-2005**



L'andamento della spesa provinciale per investimenti nel periodo 1992 - 2005, sia in termini nominali che reali, evidenzia come l'impegno di risorse finanziarie sia stato molto variabile di anno in anno. In particolare negli anni 1995, 1996 e 2003 gli impegni di spesa per gli investimenti sono stati consistenti (Figura 12). Questo risultato emerge anche dall'analisi storica del rapporto percentuale della spesa complessiva per investimenti (aziende sanitarie e Provincia) rispetto alla spesa complessiva corrente (Figura 13). In corrispondenza al 1996 è infatti possibile riscontrare che la spesa in conto capitale ha raggiunto il 22,2% della spesa sanitaria corrente, a fronte di un 7,9% nel 2005 (Figura 14).

Figura 14: **Spesa per investimenti (aziende sanitarie e Provincia) su spesa corrente - Anni 1992-2005**

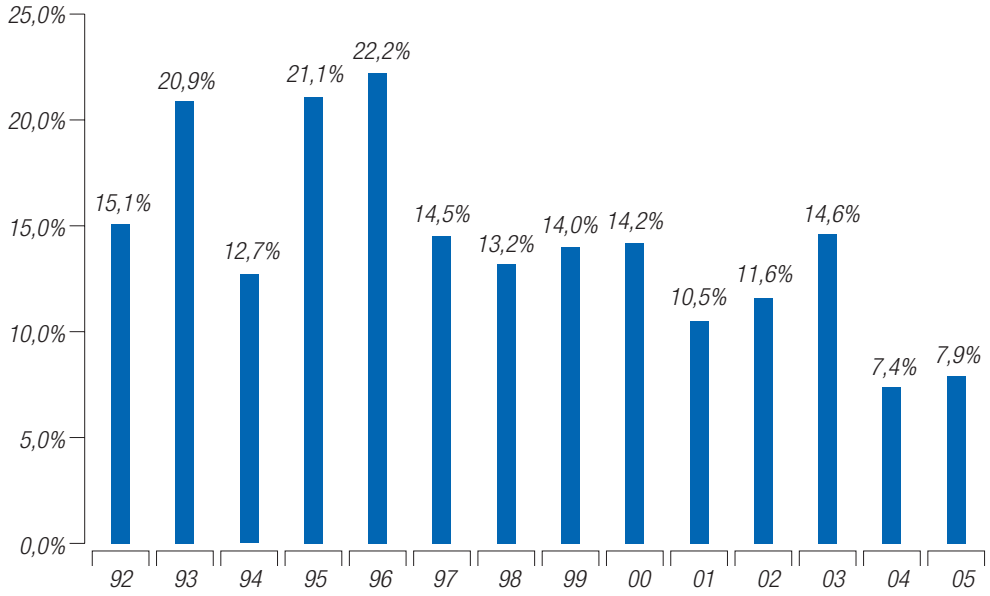
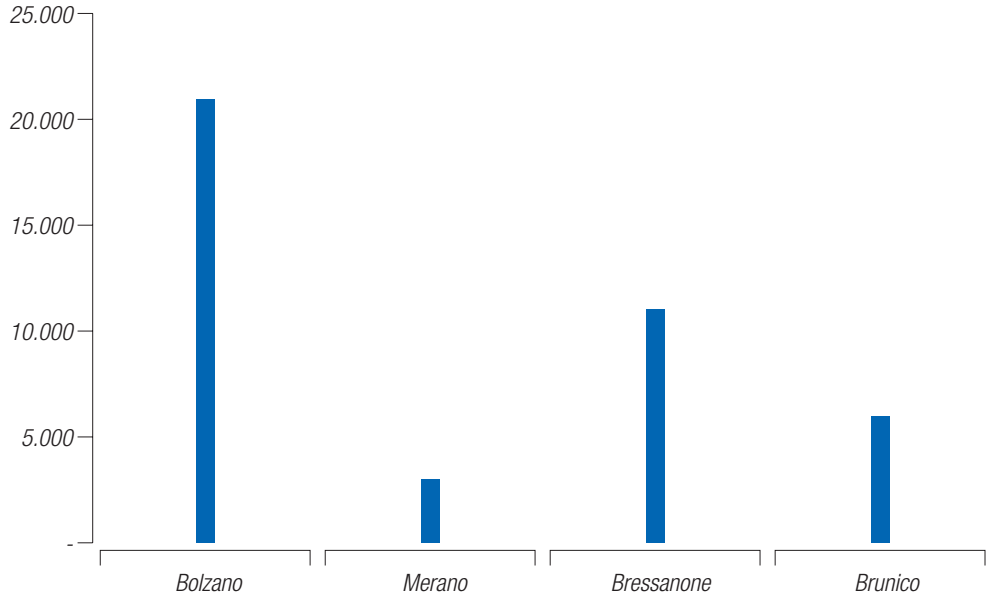


Figura 15: **Spesa per investimenti per singola azienda sanitaria - Anno 2005**



SPESA PER INVESTIMENTI PER AZIENDA SANITARIA

Analizzando la suddivisione della quota degli investimenti 2005 per azienda si può notare come in valore assoluto l'Azienda Sanitaria di Bolzano abbia investito piú fondi per gli investimenti, al contrario dell'Azienda Sanitaria di Merano che ha investito fondi di entità più modesta (Figura 15).
Rispetto al 2004 si osserva un maggiore impegno di risorse finanziarie in conto capitale nelle aziende sanitarie di Bolzano, Bressanone e Brunico (rispettivamente + 32,7%, 226,1% e + 118,9%).

2.4. I SALDI DELLA MOBILITÀ PER LE PRESTAZIONI DI RICOVERO E PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Il tariffario dei ricoveri, secondo quanto previsto dalla normativa, viene utilizzato per compensare il fenomeno della mobilità sanitaria intraprovinciale, interregionale ed internazionale. La mobilità (sia attiva che passiva) tra le aziende sanitarie provinciali viene chiamata intraprovinciale e viene compensata direttamente tra le aziende, quella con le altre regioni italiane è definita interregionale e la relativa compensazione avviene a livello di regioni e province autonome; infine la mobilità con stati esteri (internazionale) viene compensata a livello nazionale.
Dal punto di vista finanziario come voce passiva si considera l'ammontare che deve essere pagato dall'azienda sanitaria per propri residenti che usufruiscono di ricoveri presso altre aziende sanitarie (mobilità passiva) e come voce attiva figura l'ammontare incassato per ricoveri prodotti dalla azienda sanitaria e fruiti da cittadini non residenti nel territorio di afferenza dell'azienda stessa (mobilità attiva). Il saldo che deriva dalla differenza tra mobilità passiva e attiva è oggetto di compensazione.

2.4.1. Le prestazioni di ricovero e i relativi saldi della mobilità

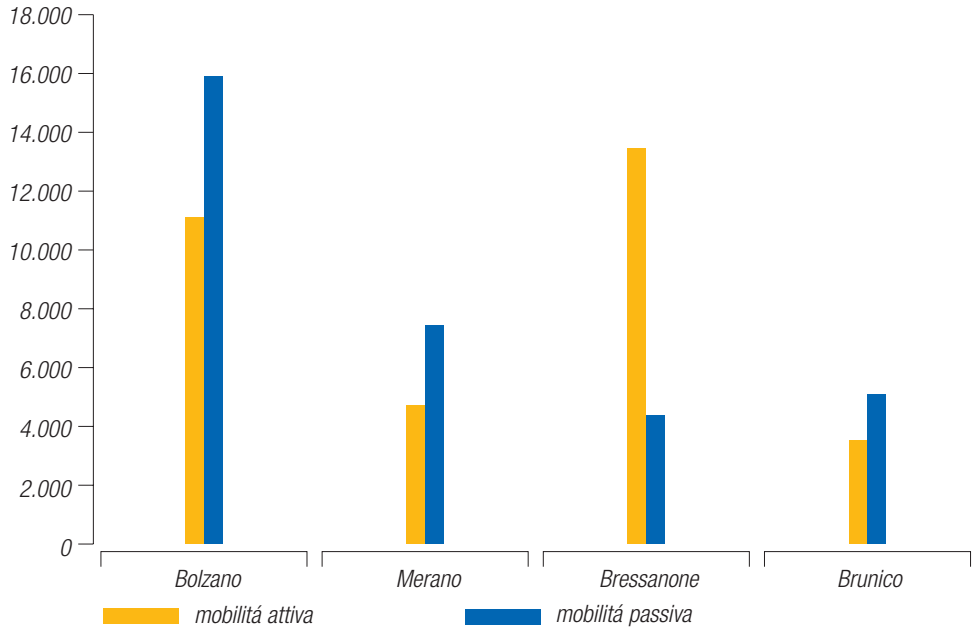
Con riferimento alla mobilità intraprovinciale, in termini di numero assoluto di ricoveri l'Azienda Sanitaria di Bressanone nell'anno 2005 risulta avere il valore più alto di mobilità attiva pari a 5.743 ricoveri. Per quanto riguarda la mobilitá passiva intraprovinciale l'Azienda Sanitaria di Bolzano registra sempre in termini assoluti il numero più alto di ricoveri rispetto alle altre quattro aziende e cioè 6.997 ricoveri (Tabella 5 e Figura 16).

Tabella 5: **Numero di ricoveri relativi a mobilità ospedaliera pubblica attiva e passiva intraprovinciale e importo corrispondente. Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Mobilità attiva					
N. ricoveri	*3.133*	*2.219*	*5.743*	*2.119*	*13.214*
Importo tot. (migliaia di €)	*11.114*	*4.700*	*13.461*	*3.536*	*32.811*
Mobilità passiva					
N. ricoveri	*6.997*	*2.422*	*1.851*	*1.944*	*13.214*
Importo tot. (migliaia di €)	*15.896*	*7.446*	*4.382*	*5.087*	*32.811*
SALDO ATTIVA – PASSIVA (MIGLIAIA DI €)	***-4.782***	***-2.746***	***9.079***	***-1.551***	***0***

Fonte: PAB - Ufficio Economia Sanitaria

Figura 16: **Mobilitá attiva e passiva intraprovinciale ospedaliera pubblica (Migliaia di Euro) - Anno 2005**



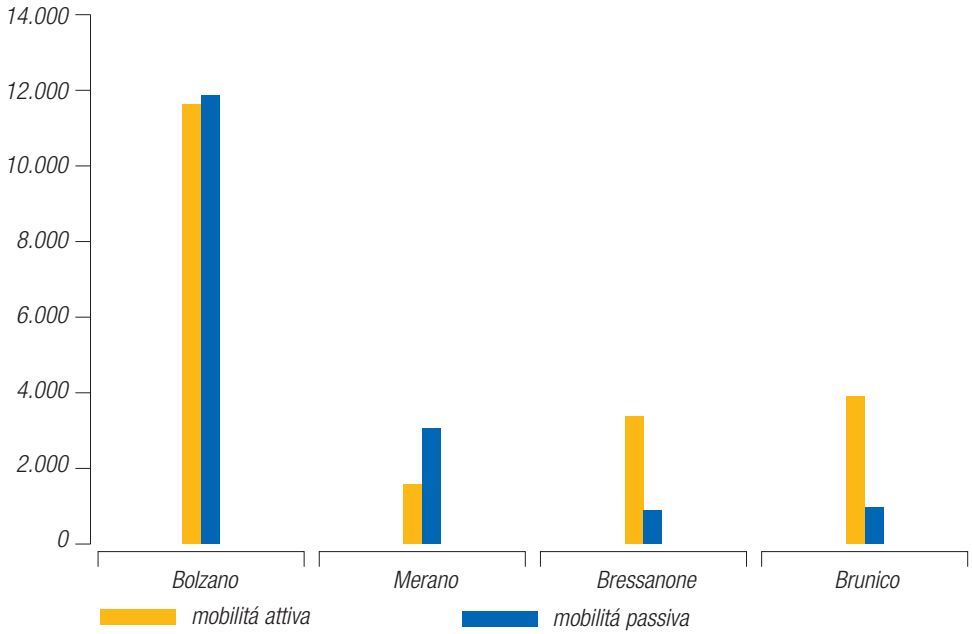
Per quanto riguarda la mobilità interregionale per l'anno 2005, si nota che le aziende sanitarie di Bressanone e Brunico registrano in termini assoluti di numero di ricoveri, una mobilità attiva maggiore rispetto alla mobilità passiva (Tabella 6 e Figura 17).
Come nell'anno 2004, l'Azienda Sanitaria di Merano presenta un saldo negativo in termini monetari di ca. -1.484 mila Euro, al quale per l'anno 2005 si aggiunge l'Azienda di Bolzano con un -241 mila euro. Le altre due aziende di Bressanone e Brunico presentano un saldo positivo tra mobilitá attiva e passiva.

Tabella 6: **Numero di ricoveri relativi a mobilità ospedaliera attiva e passiva interregionale e importo corrispondente - Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Mobilità attiva					
N. ricoveri	3.352	692	1.363	2.488	7.895
Importo totale (migliaia di €)	11.614	1.564	3.375	3.892	20.445
Mobilità passiva					
N. ricoveri	3.432	785	236	279	4.732
Importo totale (migliaia di €)	11.855	3.048	887	968	16.758
SALDO ATTIVA – PASSIVA (MIGLIAIA DI €)	**-241**	**-1.484**	**2.488**	**2.924**	**3.687**

Fonte: PAB - Ufficio Economia Sanitaria

Figura 17: **Mobilitá ospedaliera attiva e passiva interregionale (Migliaia di Euro) - Anno 2005**



Complessivamente il saldo monetario della mobilità ospedaliera interregionale risulta comunque essere positivo e pari a circa 3,6 milioni di Euro.
Per quanto riguarda invece la mobilità interregionale nel suo complesso (cioè prendendo in considerazione oltre ai ricoveri, anche gli altri flussi – specialistica, farmaceutica, ecc….) si nota che l'Azienda di Brunico presenta il saldo positivo più elevato, mentre l'Azienda di Merano riporta un saldo negativo (Figura 18).

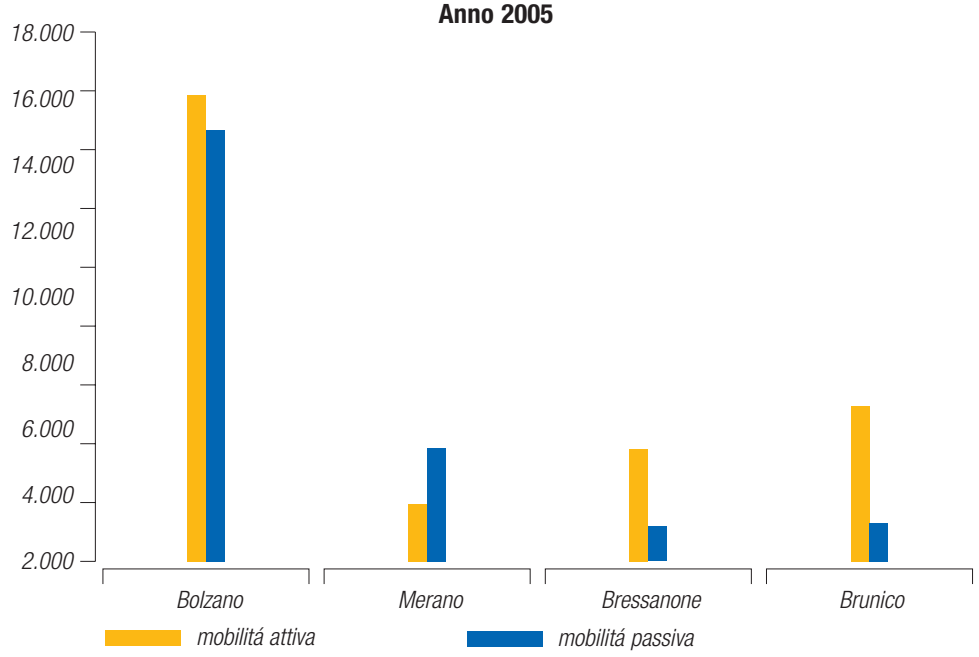
Tabella 7: **Numero di prestazioni relative a mobilità interregionale attiva e passiva e importo corrispondente - Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Mobilità attiva					
N. prestazioni	*193.215*	*28.457*	*41.505*	*100.635*	*363.812*
Importo totale (migliaia di €)	*15.849*	*1.943*	*3.825*	*5.280*	*26.897*
Mobilità passiva					
N. prestazioni	*180.799*	*54.064*	*18.354*	*21.812*	*275.029*
Importo totale (migliaia di €)	*14.658*	*3.850*	*1.183*	*1.307*	*20.998*
SALDO ATTIVA – PASSIVA (MIGLIAIA DI €)	***1.191***	***-1.907***	***2.642***	***3.973***	***5.899***

Fonte: PAB - Ufficio Economia Sanitaria

Complessivamente il saldo monetario della mobilità interregionale relativa al 2005 evidenzia un importo positivo di poco inferiore ai 6 milioni di Euro (6,6 nel 2004).

Figura 18: **Totale mobilitá interregionale attiva e passiva (Migliaia di Euro) - Anno 2005**



Per quanto riguarda la mobilità internazionale sono disponibili i dati relativi all'anno 2002 concernenti il valore complessivo dei ricoveri, ad esclusione dei ricoveri in Austria, regolamentati da specifiche convenzioni.

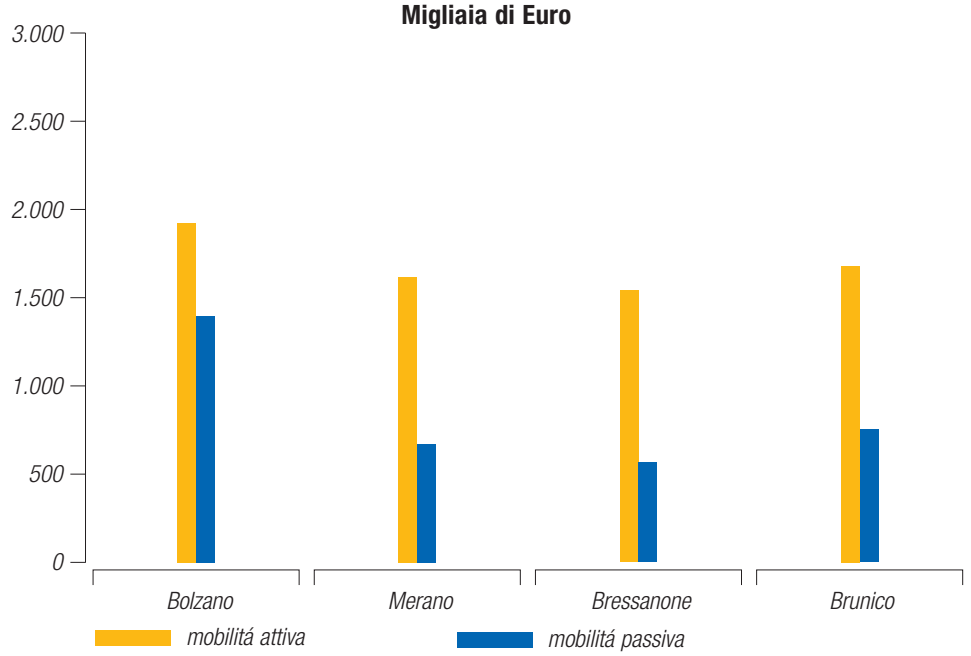
Tabella 8: **Importo mobilità ospedaliera attiva internazionale (esclusa assistenza ospedaliera erogata in Austria) – Anno 2002**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Mobilità attiva					
Importo totale (migliaia di €)	*1.924*	*1.619*	*1.540*	*1.680*	*6.763*
Mobilità passiva					
Importo totale (migliaia di €)	*1.398*	*671*	*566*	*753*	*3.388*
SALDO ATTIVA – PASSIVA (MIGLIAIA DI €)	***526***	***948***	***974***	***927***	***3.375***

Fonte: PAB - Ufficio Economia Sanitaria

Come risulta dalla Tabella 8 e dalla Figura 19, il saldo complessivo della mobilitá ospedaliera internazionale per l'anno 2002 si è ulteriormente incrementato rispetto all'anno 2001, ed è in attivo per 3,3 milioni di Euro.

Figura 19: **Mobilitá ospedaliera attiva e passiva 2002 internazionale (Esclusa Austria) - Migliaia di Euro**



Nelle Figura 20 e 21 viene rappresentata la composizione della spesa per mobilità attiva e passiva secondo le due componenti interregionale ed internazionale. Per quanto riguarda la mobilità passiva internazionale sono sempre i residenti dell'Azienda Sanitaria di Brunico a ricorrere in maggior misura a ricoveri all'estero; relativamente a quella attiva, l'azienda più "attraente" per gli stranieri risulta essere ancora quella di Merano.
A livello interregionale l'Azienda Sanitaria di Bolzano risulta essere la preferita tra gli italiani residenti al di fuori della Provincia.

Figura 20: **Spesa per mobilitá passiva interregionale 2005 e internazionale 2002 - Ricoveri (Migliaia di Euro)**

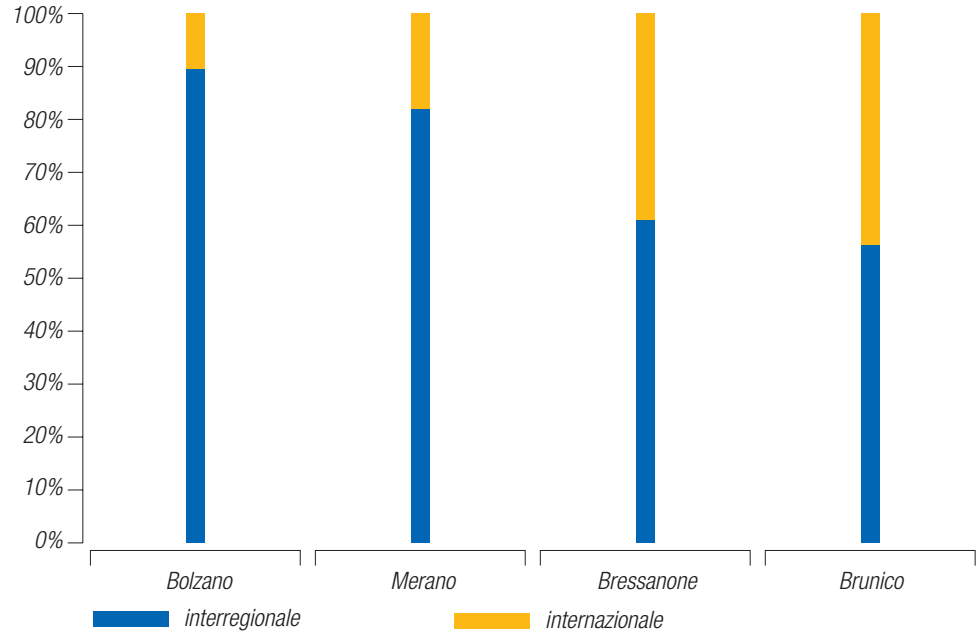
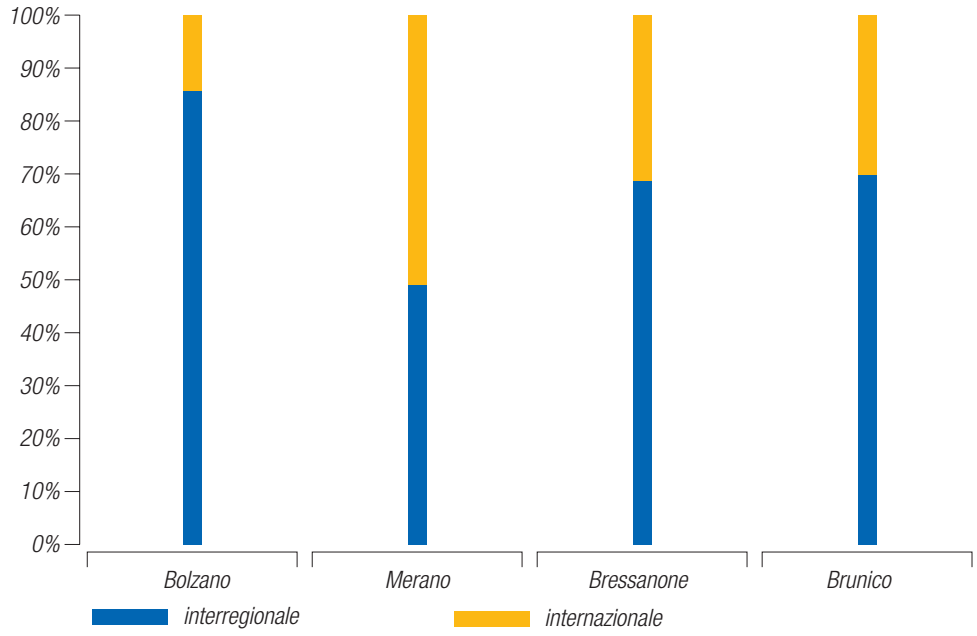


Figura 21: **Entrate per mobilitá attiva interregionale 2005 e internazionale 2002 - Ricoveri (Migliaia di Euro)**



2.4.2. Le prestazioni di specialistica e i relativi saldi della mobilità

Le aziende sanitarie devono assicurare ai cittadini le prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio contemplate dai livelli essenziali di assistenza avvalendosi di servizi propri e di altri soggetti erogatori pubblici e privati e, in questo secondo caso, utilizzando come sistema di remunerazione il pagamento a prestazione (d.legisl. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni). Analogamente alle prestazioni di ricovero, anche per le prestazioni ambulatoriali l'amministrazione provinciale ha adottato un proprio nomenclatore tariffario, sulla base di un documento nazionale, utilizzato sia ai fini del pagamento del ticket, sia per la remunerazione delle prestazioni scambiate tra strutture erogatrici o offerte dalle strutture private convenzionate col sistema sanitario provinciale.

Mediante il sito Internet dei servizi sanitari provinciali www.provincia.bz.it/sanita/2303/tarspec, oppure l'osservatorio tariffe pubbliche (www.provincia.bz.it/osservatorio-tariffe) il tariffario è accessibile a tutti, operatori e semplici cittadini, per fornire informazioni sempre aggiornate e indicazioni puntuali circa l'applicazione delle tariffe. Le tariffe rappresentano la remunerazione massima che può essere corrisposta alle strutture per le prestazioni di specialistica erogate nell'ambito del sistema sanitario provinciale.

Tabella 9: **Importo mobilitá specialistica interregionale – Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Attiva (migliaia di €)	1.582	218	298	773	2.871
Passiva (migliaia di €)	1.185	367	91	121	1.764
SALDO ATTIVA – PASSIVA (MIGLIAIA DI €)	**397**	**-149**	**207**	**652**	**1.107**

Fonte: PAB - Ufficio Economia Sanitaria

Figura 22: **Valori della mobilitá specialistica attiva e passiva interregionale (in Migl. di Euro) - Anno 2005**

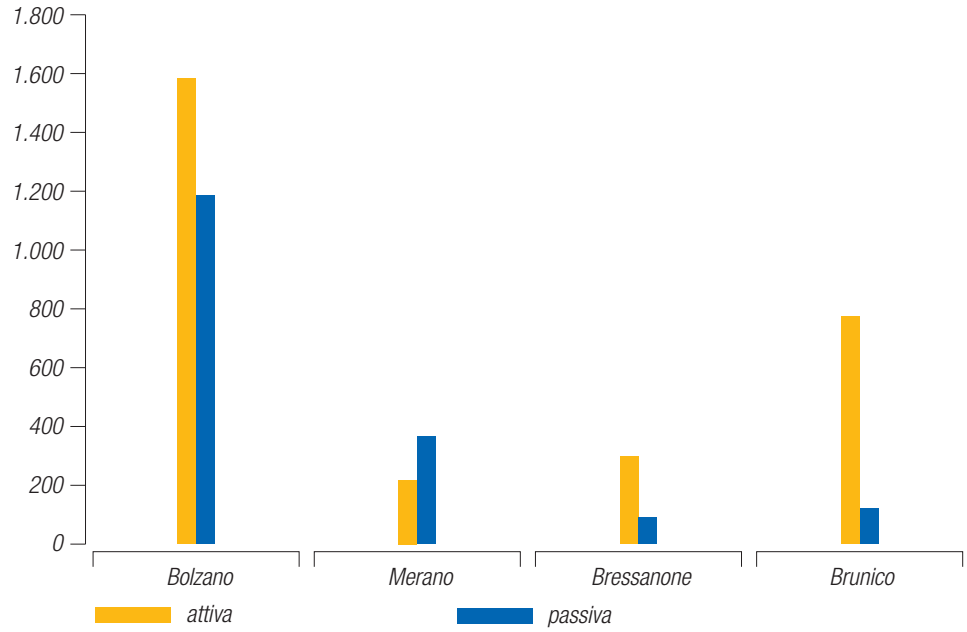
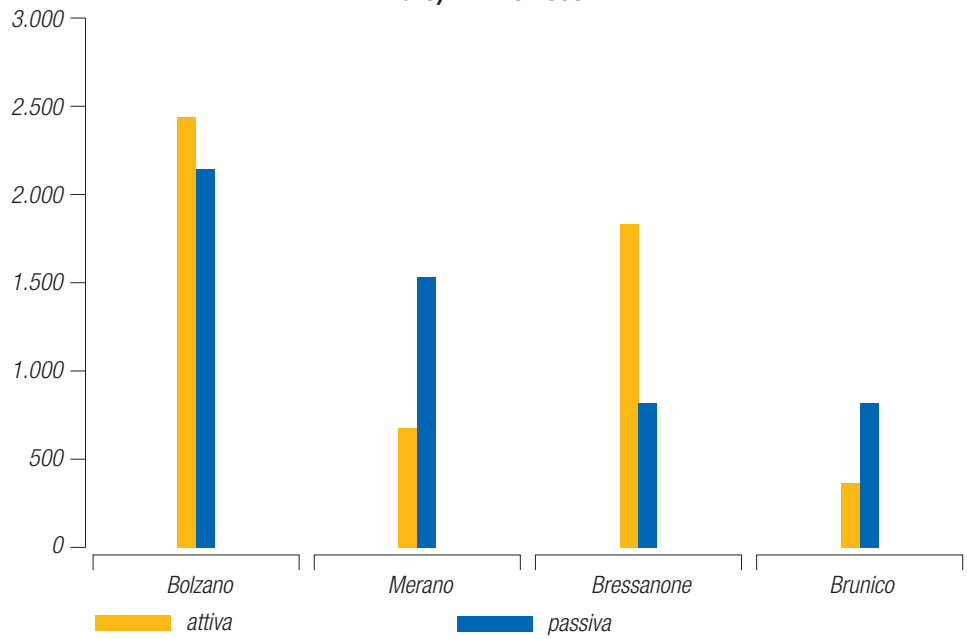


Tabella 10: **Importo mobilitá specialistica interregionale – Anno 2005**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Attiva (migliaia di €)	2.439	678	1.833	364	5.314
Passiva (migliaia di €)	2.143	1.531	820	820	4.632
SALDO ATTIVA – PASSIVA (MIGLIAIA DI €)	**296**	**-853**	**1.013**	**-456**	

Fonte: PAB – Ufficio economia sanitaria

Figura 23: **Valori della mobilitá specialistica attiva e passiva intraprovinciale (Migliaia di Euro) - Anno 2005**



MOBILITÀ ATTIVA E PASSIVA DELLA SPECIALISTICA

Anche in questo caso i tariffari vengono applicati per la compensazione della mobilità sanitaria, attiva e passiva. Il fenomeno dal punto di vista finanziario si configura in modo esattamente identico a quello della mobilità dei ricoveri.

Nel 2005, come anche nel 2004, l'Azienda Sanitaria di Bressanone presenta, per la mobilità della specialistica a livello intraprovinciale, un saldo positivo, al quale si aggiunge quest'anno anche l'Azienda Sanitaria di Bolzano, mentre risulta negativo il saldo per Merano e Brunico.

A livello interregionale il saldo attivo più elevato è registrato ancora dall'Azienda di Brunico, come é positivo anche il saldo delle aziende sanitarie di Bolzano e Bressanone, mentre Merano registra un saldo negativo.



Appendice

Profilo Donna

Profilo Donna

Questa parte della Relazione Sanitaria "Profilo Donna" si propone di mettere a fuoco e di fornire, altresì, un quadro informativo d'insieme sulle principali aree d'interesse per la salute dell'universo femminile.

A livello mondiale, ma anche nazionale è sempre più evidente l'esigenza di attuare un'efficace politica di promozione della salute distinta per genere; promozione che, in quanto tale, abbisogna oltre che di dati sulla prevalenza di malattie e disturbi nei due sessi, anche di informazioni sulla loro realtà di vita, sui diversi ruoli lavorativi, la diversa esposizione a rischi per la salute.

Più di recente, il report annuale dello IOM (*Institute of Medicine*) su *Understanding the biology of sex and gender differences* ha rilevato, nelle proprie conclusioni, che la differenza di genere apre interrogativi su molte problematiche che finora non sono state neppure immaginate. La salute delle donne è cambiata anche perché è cambiato il loro ruolo sociale. Oggi la donna è *overcommitted*: si confronta, cioè, con un carico di impegni maggiore rispetto a quelli che è in grado di gestire. Molte donne devono fare i conti con la fretta, con una maggiore ansia, un aumento dello stress e i disturbi correlati. I disturbi psichiatrici sono in netta prevalenza femminili e le malattie cardiocircolatorie sono diventate la prima causa di morte per le donne. Il detto comune per cui l'infarto era definito *the widow maker disease* (la malattia che rende vedove), oggi non vale più.

Un documento dell'OMS (Dipartimento per la salute della donna) su *gender and health* evidenzia l'importanza e la complessità del tema della diversità femminile, sottolineandone l'ancora sostanziale misconoscenza e sottovalutazione. Il corso naturale delle malattie - afferma il documento - può essere diverso nell'uomo e nella donna; l'uomo e la donna stessi spesso rispondono differentemente alle malattie. Il documento evidenzia anche la presenza di rilevanti pregiudizi nella ricerca medica, recitando testualmente: "Sempre più, oggi, appare evidente che la ricerca medica è sempre stata condizionata dal genere. Gli argomenti scelti, i metodi utilizzati e la successiva analisi dei dati riflettono una prospettiva maschile in più sensi (..). Il pregiudizio di genere è evidente non solo nella scelta dei temi, ma anche nel disegno di molte ricerche. Nei casi in cui le stesse malattie colpiscono uomini e donne, molti ricercatori hanno ignorato le possibili differenze tra i sessi per quanto riguarda gli indicatori diagnostici, i sintomi, le prognosi e l'efficacia relativa di trattamenti differenti (...). Fin quando i ricercatori considereranno gli uomini come la norma, la cura medica offerta alle donne continuerà ad essere compromessa".

È ancora reale la sottovalutazione dei bisogni di salute della donna nell'ambito della ricerca e della sperimentazione clinica e farmacologica che, centrata sull'uomo e sulla sua realtà biologica e sociale, impedisce di cogliere diversità e differenze, nonostante si vadano sempre più affermando evidenze scientifiche relative alle disomogeneità di comportamento e di risposta terapeutica dei farmaci in funzione del sesso.

La vita di una donna è influenzata da una molteplicità di fattori diversi capaci di incidere profondamente sulla preservazione dello stato di salute. Alcuni sono di natura sociale, culturale, economica, altri di natura biologica.

Una maggiore attenzione alle problematiche connesse alla salute della donna e alla sua peculiarità si è evidenziata negli ultimi anni, tanto che nel PSN 2006 - 2008 si fa riferimento ad alcune patologie che hanno particolare impatto sulla popolazione femminile, come, ad esempio, l'osteoporosi (il 23% delle donne oltre i 40 anni e il 14% degli uomini oltre i 60 anni – Rapporto OSMED 2004); sono previste iniziative per promuovere la

prevenzione dei tumori al seno e all'utero, ma soprattutto la donna è considerata il focus su cui incentrare Campagne di comunicazione per la prevenzione di alcune patologie connesse agli stili di vita (fumo, alimentazione, attività fisica), per il suo ruolo fondamentale nel controllo diretto sui fattori di rischio legati alla vita quotidiana.
Considerata l'importanza della tematica e tenuto conto di quanto sopra anche a livello provinciale si è ritenuto opportuno dedicare nell'edizione 2005 della Relazione sanitaria una parte alla donna, in cui viene evidenziato un profilo sanitario femminile, descritta la domanda sanitaria e i bisogni di salute della donna.

Spesso si dice che le donne siano colpite dal paradosso sanitario che le fa vivere di più, ma comunque più colpite da patologie invalidanti e infatti, oltre che registrare oggettivamente percentuali maggiori di prevalenza per almeno una malattia cronica, anche a livello soggettivo le donne si lamentano di più del loro stato di salute, sottolineando la delicatezza del rapporto donna-salute. Le donne ricorrono ai farmaci in percentuale superiore all'uomo ma paradossalmente sino ad oggi questo aspetto ha ricevuto scarsa attenzione poiché gli studi clinici che includevano le donne erano rari.
In Provincia di Bolzano, gli indicatori socio-sanitari analizzati confermano queste condizioni generali per le donne nei confronti del mondo sanitario:

- Speranza di vita alla nascita per le donne di 83,9 anni contro i 77,6 anni per gli uomini.
- Donne affette da almeno una malattia cronica pari al 23,5% dell'intera popolazione femminile, contro il 19,2% degli uomini.
- 18,8% percentuale di donne che considera il proprio stato di salute non buono, mentre è pari al 12,4% l'analoga percentuale maschile.
- Donne con almeno una prescrizione farmaceutica pari al 70%, contro il 50,5% degli uomini.

Rispetto alle altre realtà italiane, una mortalità più bassa (un otto per mille contro quasi un dieci registrato a livello nazionale), tassi di fecondità più elevati (1,5 figli per donna in Provincia di Bolzano contro 1,2 della media italiana) e una discreta attenzione alla prevenzione e a stili di vita salubri (percentuali più basse di donne in sovrappeso e abitudini alimentari "insalubri" più contenute, ma purtroppo percentuali di fumatrici maggiori rispetto al resto d'Italia) caratterizzano comunque un quadro positivo della salute delle donne altoatesine.
Nell'ambito della salute riproduttiva, una determinante fondamentale che non può essere trascurata è la cittadinanza.
Età media al parto per cittadine straniere di 29,1 anni contro i 31,5 delle cittadine italiane.
Prima visita in gravidanza oltre l'undicesima settimana di gestazione per almeno una donna straniera su tre, contro un 17% delle donne italiane.
Rapporto di abortività di 250 ogni 1.000 nati da madre straniera, contro un 83,2 per mille nati da madre italiana.
Il numero di donne straniere, prevalentemente giovani, è in continua crescita in provincia, e sicuramente pone nuove domande sul sistema sanitario e assistenziale nel campo della tutela della maternità e dell'infanzia.

1. TREND DEMOGRAFICO E SOCIALE

1.1. STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

In Provincia di Bolzano le donne rappresentano il 50,6% dell'intera popolazione. Questa percentuale è più bassa sia rispetto al valore nazionale (51,4%) che rispetto al valore medio dell'Unione Europea (51,2%) e questo perché la struttura demografica altoatesina é mediamente più giovane. Infatti, a partire da un rapporto biologico costante dei sessi alla nascita a favore della popolazione maschile (nel 2005, ad esempio, ogni 100 neonati maschi si sono registrate 93 neonate femmine), la prevalenza femminile si accentua in modo significativo solo dopo i 55/60 anni, arrivando ad avere fino a tre donne ogni uomo nella popolazione over 85 anni.

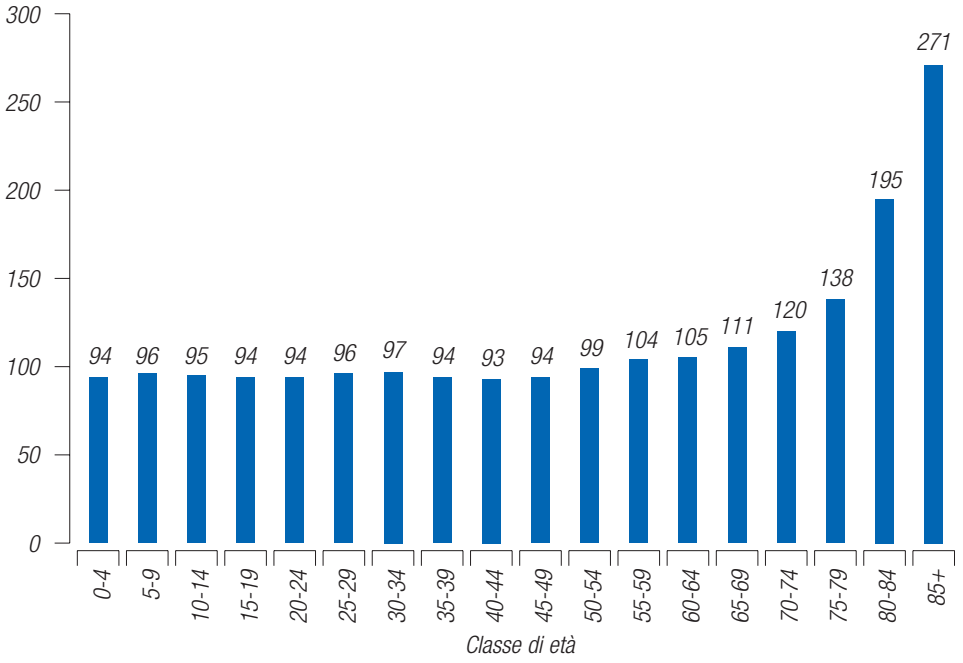
Tabella 1: **Popolazione femminile sul totale della popolazione nei paesi dell'Unione Europea – Anno 2000**

Paese	*Totale Popolazione**	*Numero di Donne**	*Donne in %*
EU 25	*451.265*	*231.213*	*51,2*
Lettonia	*2.379,9*	*1.284,5*	*54,0*
Estonia	*1.372,1*	*739,4*	*53,9*
Lituania	*3.512,1*	*1.867,8*	*53,2*
Ungheria	*10.221,6*	*5.356,4*	*52,4*
Portogallo	*10.198,2*	*5.278,8*	*51,8*
Austria	*8.002,2*	*4.133,9*	*51,7*
Italia	*57.679,9*	*29.676,6*	*51,5*
Francia	*58.748,7*	*30.215,3*	*51,4*
Polonia	*38.653,6*	*19.870,2*	*51,4*
Slovacchia	*5.398,7*	*2.773,6*	*51,4*
Repubblica Ceca	*10.278,1*	*5.277,0*	*51,3*
Germania	*82.163,5*	*42.072,7*	*51,2*
Finlandia	*5.171,3*	*2.648,3*	*51,2*
Slovenia	*1.987,8*	*1.017,0*	*51,2*
Belgio	*10.239,1*	*5.233,1*	*51,1*
Spagna	*39.733,0*	*20.297,2*	*51,1*
Cipro	*690,5*	*350,8*	*50,8*
Lussemburgo	*435,7*	*221,1*	*50,8*
Regno Unito	*59.623,4*	*30.252,8*	*50,7*
Grecia	*10.554,4*	*5.354,6*	*50,7*
Danimarca	*5.330,0*	*2.695,9*	*50,6*
Svezia	*8.861,4*	*4.481,3*	*50,6*
Paesi Bassi	*15.864,0*	*8.017,7*	*50,5*
Malta	*388,8*	*196,3*	*50,5*
Irlanda	*3.776,6*	*1.901,3*	*50,3*
Alto- Adige (2000)	*464,5*	*235,4*	*50,7*
Alto- Adige (2005)	*481,1*	*243,3*	*50,6*

** Valori in migliaia*

Fonte: Eurostat, ASTAT

Figura 1: **Numero di donne ogni 100 uomini – Provincia di Bolzano, anno 2005**



Fonte: ASTAT

L'elevato rapporto di femminilità nelle classi di età più anziane è anche in parte il risultato di una differente speranza di vita tra uomini e donne. Infatti, in Provincia di Bolzano, in linea con i valori sia nazionali che europei, le donne vivono mediamente 6 anni in più rispetto agli uomini (nel 2004 la speranza di vita alla nascita per una donna altoatesina era di 83,9 anni contro i 77,6 anni per l'uomo).

Rispetto alla popolazione straniera, invece, contrariamente alla popolazione complessiva, si registra, sempre per il 2004, una prevalenza maschile, dove le donne straniere rappresentano solo il 48,1% del totale. Questa percentuale è andata comunque notevolmente aumentando negli anni, mostrando un graduale passaggio da un insediamento della popolazione straniera individuale a quello familiare.

1.2. PRINCIPALI CAUSE DI MORTE

Rispetto alla popolazione totale, la mortalità femminile è più bassa di quella maschile; spesso si dice che le donne siano colpite dal paradosso sanitario che le fa vivere di più, ma comunque più colpite da patologie invalidanti.

Il tasso generico di mortalità in Italia nel 2002 è stato per le donne italiane di 953,5 casi ogni 100mila abitanti (1.009,1 per gli uomini). Tassi generici femminili leggermente più bassi rispetto a quelli maschili anche in Provincia di Bolzano dove però una struttura demografica più giovane e le buone condizioni di salute diminuiscono sensibilmente i valori rispetto alla media nazionale, delineando tra il resto, negli anni, una convergenza per entrambi i sessi attorno all'otto per mille.

Tabella 2: **Principali cause di morte per classe di età della popolazione femminile in Provincia di Bolzano – Anno 2002**

Classe di età	*Principali cause di morte*	*%*
15-29	*Cause esterne*	*70,0*
30-44	*Tumori*	*53,3*
45-59	*Tumori*	*65,1*
60-69	*Tumori*	*52,6*
70-79	*Malat. Sist. Circolatorio*	*42,9*
80+	*Malat. Sist. Circolatorio*	*61,9*
TOTALE	*Malat. Sist. Circolatorio*	*52,4*

Fonte: Registro provinciale di mortalità

Le cause di morte si trovano differentemente rappresentate nelle diverse età. Confrontando le principali cause di morte della popolazione femminile altoatesina rispetto a quella nazionale, l'andamento per età rimane pressoché uguale.
Nella classe di età più giovane (15-29 anni) - dove peraltro il numero dei morti è contenuto (48 decessi nel territorio altoatesino) - rivestono maggiore importanza le cause esterne (incidenti stradali ed altre cause accidentali). Nelle altre tre classi di età analizzate (dai 30 ai 69 anni) i tumori rimangono la prima causa di morte, con percentuali particolarmente elevate nella classe 45-59 anni. A partire dai 70 anni, invece, le malattie del sistema circolatorio costituiscono la prima causa di morte.

1.3. FAMIGLIA E LAVORO

Il quadro generale della società rileva sempre più fasi di forte cambiamenti. Da quando nuovi modelli comportamentali si sono affermati nella nostra cultura, gli analisti sociali hanno un bel da fare per capire e spiegare le nuove tendenze.
Sono soprattutto il calo dei matrimoni e il calo dei tassi di natalità a far emergere una realtà altoatesina perfettamente allineata a quella nazionale e dell'Europa più progredita, anche se, nonostante questi dati, ancora oggi un gran numero di donne, soprattutto in Provincia di Bolzano, sceglie la famiglia.

MATRIMONI E SEPARAZIONI

I tassi di nuzialità hanno registrato una contrazione notevole (in Provincia di Bolzano si è passati da un tasso pari a 5,9 ogni 1.000 abitanti nel 1990 per scendere a 4,0 nel 2003) in concomitanza con un innalzamento dell'età media femminile al primo matrimonio (da 26 a 31 anni), proporzionalmente a quella maschile (da 29 a 34 anni). Si rileva un netto aumento delle convivenze (nel 2000 l'ISTAT stimava che il 12,8% dei giovani preferisce convivere prima del matrimonio e che generalmente la convivenza dura 4 anni prima delle nozze). I matrimoni celebrati con rito civile hanno superato quelli con rito religioso (nel 2003 il 57,7% dei matrimoni altoatesini è stato di tipo civile); sempre nel 2003 le separazioni sono state il doppio di quelle pronunciate nel 1990, anche se con valori leggermente più contenuti rispetto alla media europea, mentre i divorzi hanno registrato un lieve aumento, incrementando conseguentemente il numero di famiglie monoparentali.

Tabella 3: **Indicatori demografici di nuzialità – Provincia di Bolzano, anni 1990-2003**

Anni	Tasso di nuzialità	Matrimoni civili (%)	Tasso di divozialitá	Tasso di separabilitá
1990	5,9	38,1	0,6	0,7
1993	5,3	39,3	0,6	0,8
1995	5,5	39,6	0,6	1,1
1998	4,5	42,0	0,7	1,3
2000	4,6	49,0	0,7	1,1
2003	4,0	57,7	0,8	1,4

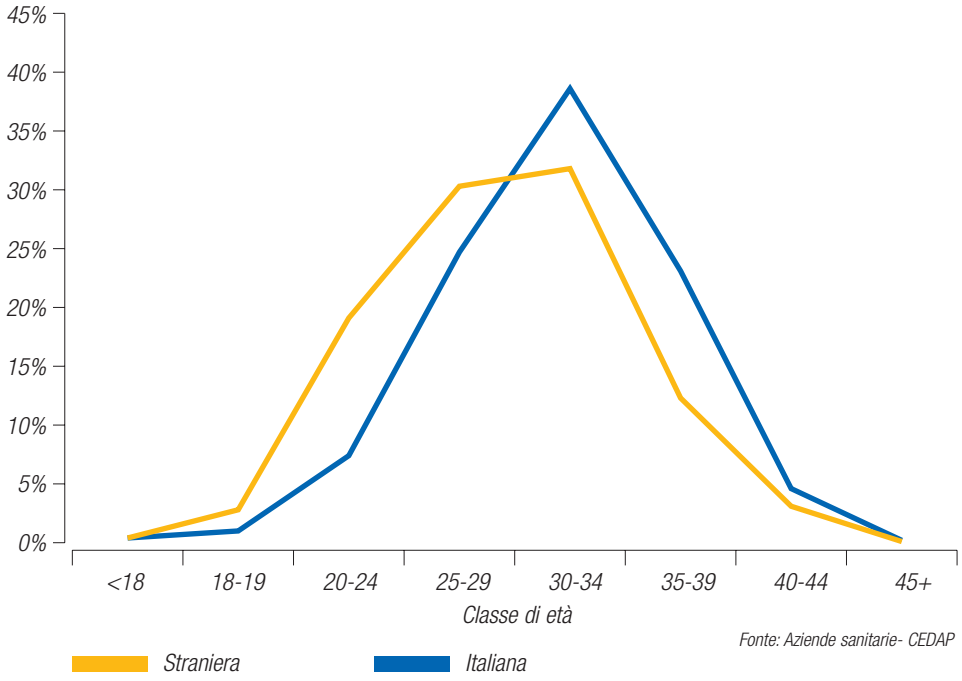
Fonte: ASTAT

Si può quindi affermare che non esiste più un unico modello familiare; gli studi sociali e la stessa osservazione della realtà quotidiana mostrano che anche le famiglie tradizionali sono cambiate e sicuramente questo è dovuto, in parte, al passaggio che si è avuto negli ultimi decenni da un'autorità indiscussa del padre capofamiglia ad una realtà sempre più policentrica, che vede crescere la parità e il rispetto reciproco tra i coniugi e l'autorevolezza femminile nelle relazioni con i figli.

COMPORTAMENTO RIPRODUTTIVO

Un'ulteriore conseguenza delle nuove strutture familiari e dei nuovi stili di vita, che riguardano anche un maggiore livello di istruzione e un maggiore coinvolgimento lavorativo delle donne, è, a fronte della caduta dei livelli di fecondità (circa 1,5 figli per donna nel 2004, registrando un calo del 45% rispetto agli anni '70), l'innalzamento dell'età media della madre dovuto a posticipazioni delle scelte procreative. Nel 2005 l'età media delle mamme altoatesine al parto è stata di 31,1 anni (agli inizi del 1980 era di soli 27,8 anni). L'età delle madri con precedenti parti (multipare) è stata di 32,3 anni, mentre quella delle madri nullipare di 29,5 anni. Notevoli differenze si riscontrano distinguendo le donne per cittadinanza: per le madri altoatesine cittadine italiane si è registrata un'età media al parto di 31,5 anni, che scende a 29,1 anni per le cittadine altoatesine straniere (distribuzioni per fasce di età differenti soprattutto nelle classi di età estreme).

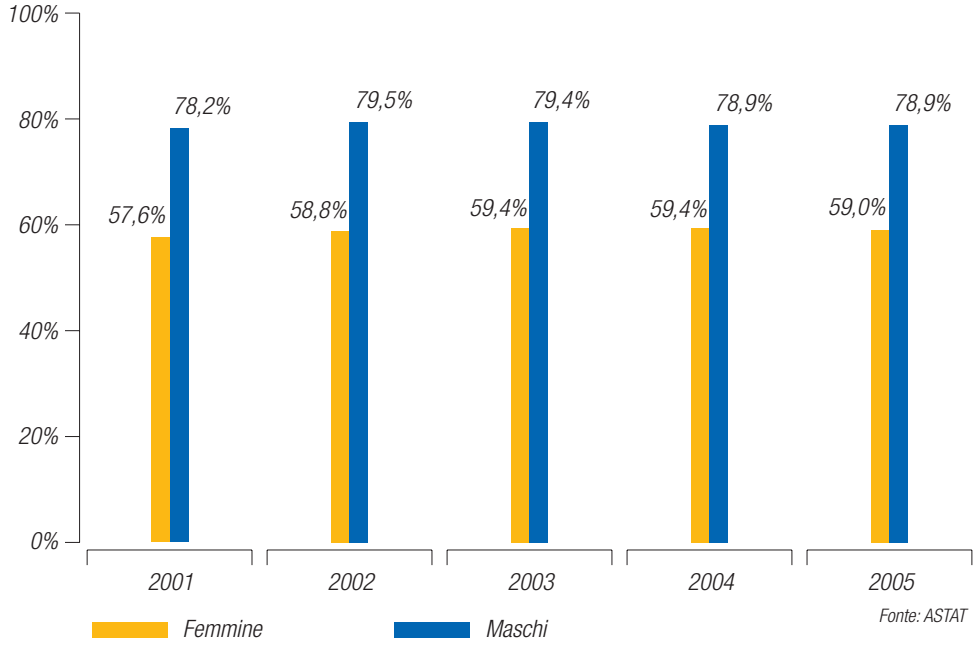
Figura 2: **Età della madre al parto per classe di età e cittadinanza – Provincia di Bolzano, anno 2005**



Fonte: Aziende sanitarie- CEDAP

Negli ultimi anni il tasso d'attività femminile ha registrato valori in aumento, rimanendo forte la pressione sul mercato del lavoro delle donne che, avendo raggiunto generalmente alti livelli d'istruzione e qualificazione (si pensi che attualmente dei giovani altoatesini iscritti presso le università il 55% circa è rappresentato da donne), non intendono abbandonarlo con il matrimonio o con la maternità.
A livello nazionale, secondo l'ISTAT, nel 2004 la componente femminile ha contribuito in misura maggiore rispetto a quella maschile all'espansione della base occupazionale, anche se in misura più contenuta rispetto agli anni precedenti. L'incidenza delle donne sul totale degli occupati ha raggiunto nel 2004 il 40,3%, rimanendo però ampio il divario del nostro Paese in confronto all'incidenza dell'occupazione femminile nell'area UE-15 (43,5% nel 2003) e nelle altre grandi economie europee (45,7% in Francia, 44,9% in Germania).
In Provincia di Bolzano nel 2005 il tasso di occupazione femminile è stato pari al 59% (79% quello maschile). La disoccupazione femminile, in tendenza con gli anni passati, resta superiore a quella maschile, pur rimanendo sensibilmente al di sotto rispetto alla media dei 25 stati dell'Unione Europea: il tasso delle donne è stato pari al 3,5% (10,0% UE-25) contro un 2,2% di quello maschile (8,4% UE-25). Sono in maggioranza le donne a lavorare a tempo parziale, rispettivamente il 36,2% delle donne occupate è a tempo parziale contro appena il 4,1% degli uomini e nella maggior parte dei casi i motivi di questa scelta sono di carattere familiare. Maggiore è la percentuale di donne anche per i contratti a termine tra i lavoratori dipendenti: 16,9% per le donne contro un 7,8% per gli uomini.

Figura 3: **Tasso di occupazione per sessi – Provincia di Bolzano, anni 2001-2005**



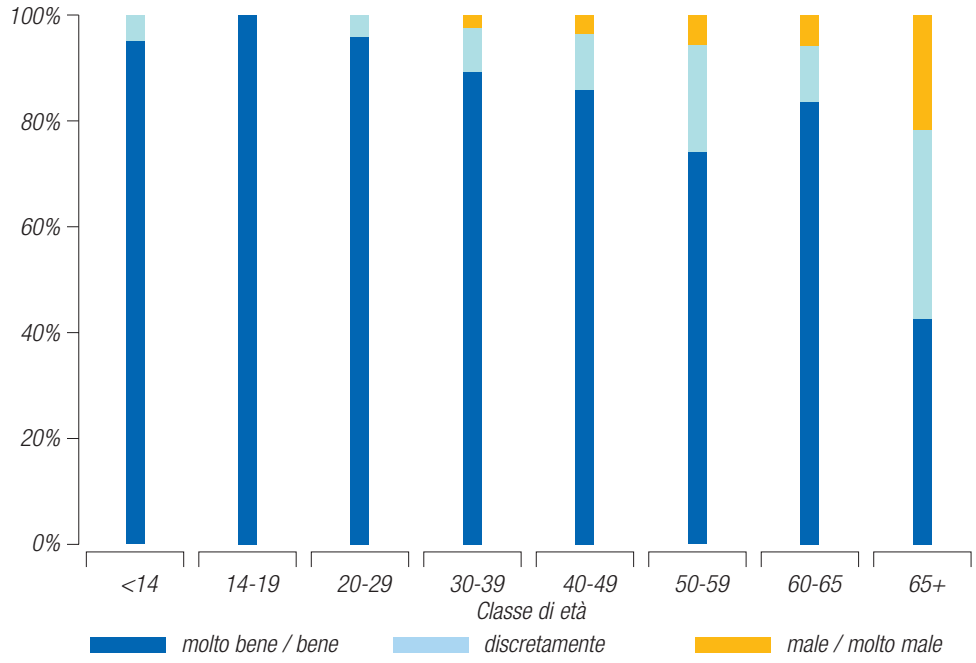
Fonte: ASTAT

Le pari opportunità sul luogo del lavoro rimangono però ancora lontane per le donne italiane. Secondo uno studio pubblicato nel 2005 dal *World Economic Forum*, l'Italia detiene il primato negativo per la partecipazione e opportunità economiche tra i sessi e per le presenze femminili al potere, facendo invece registrare come punti di forza la tutela della salute e della maternità.

1.4. PERCEZIONE DELLA SALUTE

"La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto assenza di malattia infermità" (OMS, Organizzazione mondiale della Sanità) e la percezione dello stato di salute della popolazione viene utilizzata in molti paesi europei come indicatore globale delle condizioni di salute della popolazione.

Figura 4: **Percezione dello stato di salute – Popolazione femminile in Provincia di Bolzano, anno 2005**



Fonte: ASTAT

Nel 2005 oltre l'80% delle donne altoatesine ha considerato il suo stato di salute buono / molto buono. Questa percentuale è ovviamente più alta nelle fasce d'età più giovani e cala proporzionalmente all'aumentare dell'età. Tuttavia, indipendentemente dall'età, tra le donne si registra una quota più alta di persone che valutano il proprio stato di salute non buono, in generale il 18,8% contro il 12,4% degli uomini, che aumenta al 67,4% per le prime contro il 42,7% per i secondi nelle classi di età più anziane. Queste differenze possono essere, in parte, lette come effetto della longevità femminile ma non possono esimersi dal sottolineare la delicatezza del rapporto tra donne e salute, dove appunto appare evidente che il binomio "vita più lunga = miglior stato di salute" non può essere considerato veritiero.

2. DETERMINANTI DI SALUTE E PREVENZIONE

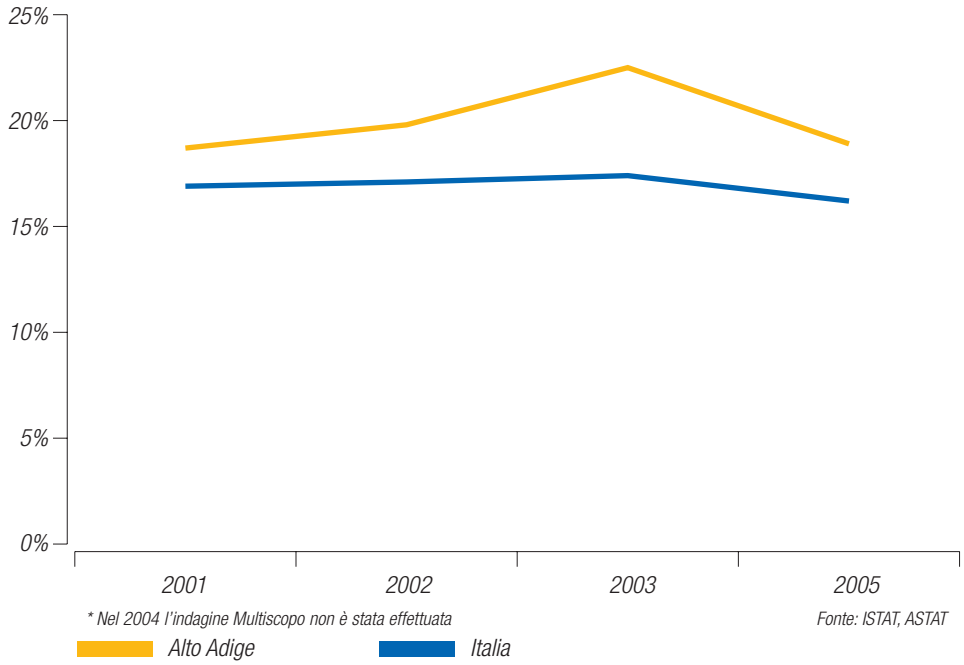
I comportamenti personali legati alla salute sono in grado di spiegare una quota consistente di morbosità: ad esempio, studi epidemiologici dimostrano che nel caso delle malattie cardiovascolari, il 60% di queste patologie sarebbe evitabile riducendo la concentrazione di fattori di rischio individuali quali fumo, dieta ricca di grassi e povera di fibre, attività fisica. L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) stima che, nei paesi europei più sviluppati, gli stili di vita non salutari spieghino quasi il 25% di malattie nelle donne (quasi il 50% per gli uomini).

2.1. FUMO E ALCOL

FUMO

La sigaretta esercita ancora oggi un fascino accattivante sulle donne. La conquista della parità con gli uomini da parte delle donne si è purtroppo accompagnata ad un progressivo aumento delle fumatrici, che è proseguito anche negli anni in cui si è cominciata ad osservare una diminuzione del numero di fumatori maschi. Solo di recente le donne fumatrici altoatesine, dopo un incremento percentuale notevole negli ultimi anni (quasi due punti percentuali di aumento medio annuale), sono tornate a registrare valori di prevalenza come agli inizi del 2000 (attorno al 18% con un numero medio di sigarette giornaliere pari a 9), rimanendo, comunque, percentualmente sempre al di sopra dei valori medi nazionali.

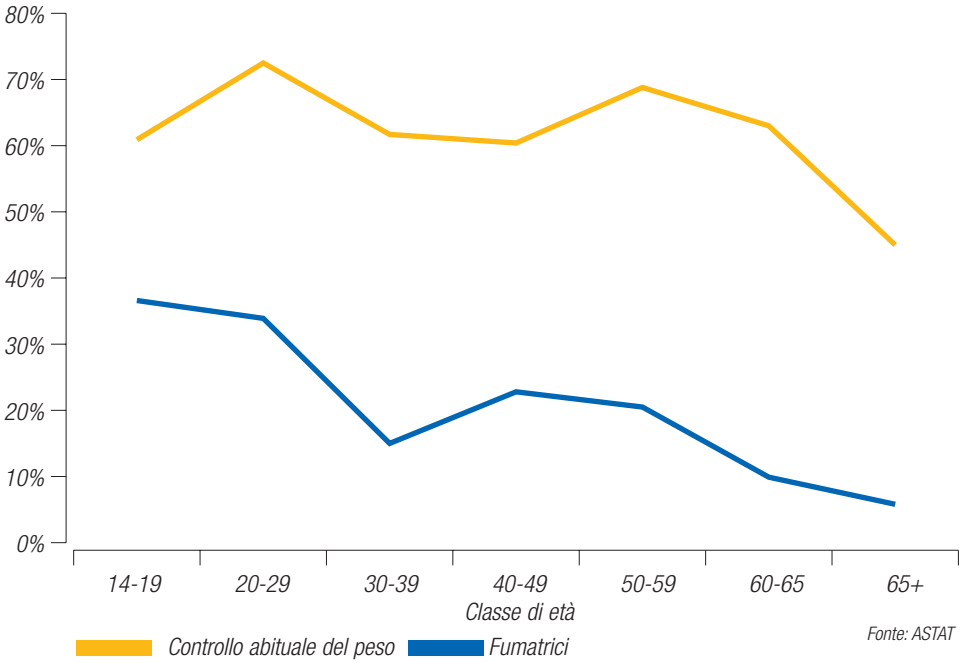
Figura 1: **Percentuale di fumatrici – Confronto Italia, Provincia di Bolzano, anni 2001-2005***



Uno dei motivi determinanti che spingono le donne a fumare è l'idea che fumare faccia dimagrire; molte preferiscono rimanere schiave della sigaretta piuttosto che ingrassare.

Infatti, i dati mostrano come le fasce d'età femminili con valori di prevalenza per le fumatrici maggiori siano significativamente correlate ad un'attenzione maggiore e più continuativa verso il controllo del proprio peso corporeo.

Figura 2: **Fumatrici e controllo del peso per classe di età – Provincia di Bolzano, anno 2005**



Fonte: ASTAT

CONSUMO DI ALCOL

L'abitudine al fumo è spesso associata ad altri comportamenti a rischio, come l'eccesso di consumo alcolico. Studi nazionali e internazionali hanno evidenziato come il problema dell'abuso di alcol riguarda sempre più da vicino il mondo giovanile e in particolare le ragazzine, che vi ricorrono, probabilmente, per sentirsi più sicure ed essere accettate dal gruppo; altro periodo "a rischio" nella vita delle donne è quello a cavallo dei 40/50 anni, quando molte di esse si trovano a fare un bilancio della propria vita, bilancio, che spesso, purtroppo risulta deludente. La stima dell'OMS per i paesi europei relativamente ai prodotti alcolici, come responsabili del carico totale di malattia dell'individuo, è dell'8-10%.
La prevalenza delle consumatrici di alcol in Italia è stata nel 2005 del 58,1%; più alta è la percentuale delle consumatrici in Provincia di Bolzano che si attesta al 67,0%. Il consumo di alcolici fuori pasto ed episodi di ubriacatura concentrati in singole occasioni (*binge drinking*) rappresentano comportamenti a rischio per la salute. Nel primo caso, il 5,2% delle donne altoatesine ha dichiarato di consumare almeno settimanalmente vino o alcolici fuori dal pasto; mentre è del 9,5% il valore della popolazione femminile in Provincia di Bolzano che dichiara un consumo elevato di bevande alcoliche in un'unica occasione almeno una volta nel corso dell'anno (5 è il numero medio di *binge drinking* dichiarato nel corso di un anno).

Tabella 1: **Prevalenza di donne che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno per classe di età – Provincia di Bolzano, anno 2005**

	Classe di età							*Totale*
	14-19	*20-29*	*30-39*	*40-49*	*50-59*	*60-65*	*65+*	
% di donne	*65,9*	*88,9*	*63,7*	*67,2*	*73,6*	*62,9*	*53,1*	*67,0*

Fonte: ASTAT

2.2. PESO E ALIMENTAZIONE

La diffusione di abitudini alimentari scorrette e l'obesità rappresentano un problema di grande rilevanza epidemiologica, sociale ed economica poiché, insieme all'inattività fisica, costituiscono uno dei principali fattori di rischio per molte malattie cronico-degenerative.

INDICE DI MASSA CORPOREA

Le donne altoatesine (considerando la popolazione femminile dai 14 anni in su) sono un po' più attente alla loro linea. Infatti rispetto ad una media nazionale pari all'8,7% di donne con problemi di obesità e al 25,8% (una donna su quattro) di donne in sovrappeso (dati Istat 2003), in Alto Adige nel 2005 si sono registrati valori più contenuti: per quanto riguarda l'obesità si è registrato un 6,6% mentre la prevalenza di donne altoatesine con problemi di sovrappeso è del 22,8%. Nettamente diversa invece la situazione maschile dove gli uomini altoatesini con problemi di peso superano di 7 punti percentuali i valori medi nazionali (in Alto Adige circa un uomo su due risulta essere in sovrappeso o avere problemi di obesità).

Tabella 2: **Abitudini alimentari nella popolazione femminile di tre anni e oltre in Provincia di Bolzano – Consumo giornaliero, anno 2005**

Classe di età	Alimenti										
	Pane Pasta	Salumi	Carne bianca	Carne bovine	Latte	Formaggio	Uova	Pesce	Verdure in foglie	Altra verdura	Frutta
03-13	73,0	15,3	2,7	1,1	79,2	57,4	2,2	1,1	45,9	22,4	79,0
14-19	69,5	5,8	3,7	-	63,6	44,4	2,1	-	56,4	40,5	74,2
20-29	74,2	9,0	5,7	4,9	64,2	48,8	8,4	3,3	56,9	39,8	59,8
30-39	74,2	15,8	1,6	3,2	74,4	53,3	6,2	-	56,2	53,1	73,8
40-49	71,6	9,6	-	-	62,6	46,9	7,3	-	74,1	54,1	80,7
50-59	74,6	18,1	1,4	-	60,3	47,4	-	-	71,0	45,6	78,9
60-65	79,6	11,6	2,0	2,0	68,3	45,2	9,1	3,6	85,3	62,5	96,2
65+	79,6	7,2	4,0	2,7	72,1	46,2	4,1	1,4	70,0	39,8	81,8
TOTALE	**74,8**	**11,8**	**2,6**	**1,9**	**68,9**	**49,2**	**5,0**	**1,0**	**64,0**	**44,3**	**77,5**

Fonte: ASTAT

CONSUMI ALIMENTARI

Consumare i salumi giornalmente, o carne e formaggi più di una volta al giorno è considerato "consumo eccessivo" e quindi dannoso per la salute personale. Tra le donne della Provincia di Bolzano l'11,8% consuma almeno giornalmente salumi, mentre l'uso quotidiano dei formaggi nella propria alimentazione viene adottato da circa una donna su due. La maggior parte delle abitudini alimentari "insalubri" risultano inversamente correlate al livello d'istruzione: la tendenza ad assumere giornalmente o più queste abitudini aumenta, rispetto alle diplomate o laureate, quasi del triplo tra le donne altoatesine di istruzione più bassa. In particolare le meno istruite presentano una tendenza più elevata ad escludere o comunque limitare le verdure dalla loro dieta, ed eccedere appunto in salumi, carne bianca e formaggi.

2.3. PROGRAMMA DI DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DELLA CERVICE UTERINA

PROGRAMMA PROVINCIALE DI SCREENING DEL TUMORE DELLA CERVICE UTERINA

Dal febbraio 2001, in attuazione della delibera della G.P. n. 4034 del 20/09/1999, è attivo un programma provinciale per il potenziamento della diagnosi precoce del tumore della cervice uterina. Poiché una quota consistente delle donne altoatesine effettua spontaneamente un'attività di prevenzione sottoponendosi periodicamente all'esame del Pap-test, la popolazione obiettivo del programma è rappresentata da tutte le donne residenti di età compresa tra i 23 e i 65 anni, che nel corso degli ultimi tre anni non risultano aver eseguito l'esame in una struttura sanitaria provinciale.

POPOLAZIONE OBIETTIVO DEL PROGRAMMA

Le donne invitate al programma di screening nell'anno 2005 sono state 32.194: 18.481 donne (57,4%) hanno ricevuto il primo invito, nei rimanenti 13.713 casi (42,6%) si tratta di donne alle quali è stato spedito il primo e/o il secondo sollecito.

Il rapporto tra donne invitate e donne residenti evidenzia a livello provinciale un valore pari a 23,3%, omogeneo tra le quattro aziende sanitarie.

PARTECIPAZIONE AL PROGRAMMA

Le donne rispondenti nel corso dell'anno sono state 7.357, con una percentuale di adesione pari al 22,9%. La partecipazione al programma risulta più alta nelle età più giovani (23-39 anni), e tende a ridursi con l'aumentare dell'età fino a raggiungere il 19,8% per le donne di 65 anni.

Disaggregando il livello di adesione al programma secondo l'azienda sanitaria di residenza della donna, la partecipazione varia dal 20,7% per quella di Merano al 25,1% per quella di Brunico. Il distretto sanitario per il quale è stata registrata la maggior partecipazione risulta quello di Tures-Aurina (28,6%); la partecipazione più bassa, pari al 19,7% è stata osservata tra le residenti nel distretto dell'Alta Val Venosta.

Il rapporto tra le donne rispondenti e le donne residenti risulta complessivamente pari al 5,3%, con un'oscillazione contenuta tra il 4,5% per l'Azienda Sanitaria di Merano e il 5,9% per quella di Brunico.

ESITI DEI PAP-TEST

In oltre il 96% dei casi l'esito dei Pap-test effettuati dalle donne rispondenti indicava un risultato negativo. Per 55 donne (0,7%) è stata diagnosticata una displasia; in due casi è stata riportata una diagnosi di carcinoma.

Tabella 3: **Distribuzione delle donne rispondenti per classi di età e per azienda sanitaria di residenza della donna per lo screening della cervice uterina - Anno 2005**

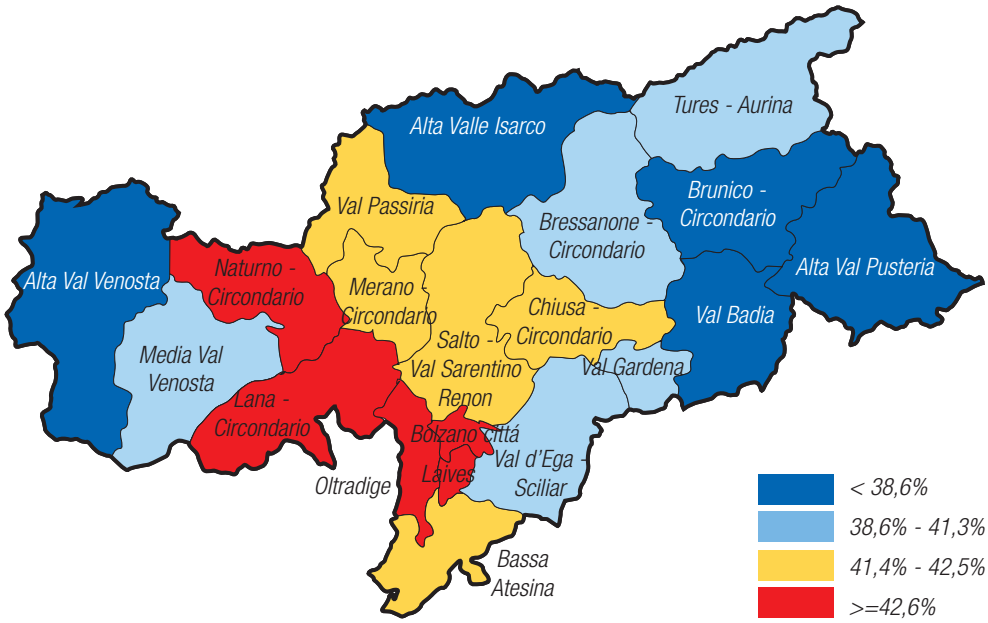
Classe di età	Bolzano		Merano		Bressanone		Brunico		Totale	
	v.a.	% su invitate	v.a.	% su invitate	v.a.	% su invitate	v.a.	% su invitate	v.a.	% su invitate
23-24	204	23,2	113	22,7	83	27,7	112	28,8	512	24,8
25-29	330	23,4	191	25,4	123	26,9	120	23,3	764	24,4
30-34	429	25,8	210	24,9	130	27,5	169	30,8	938	26,6
35-39	433	25,0	229	23,2	161	26,9	169	27,9	992	25,3
40-44	424	22,4	216	21,8	136	22,3	169	26,3	945	22,8
45-49	355	22,6	170	19,5	101	19,2	113	21,9	739	21,2
50-54	337	22,5	133	17,1	84	19,2	110	24,1	664	21,0
55-59	399	21,4	133	16,2	89	17,3	102	21,9	723	19,7
60-64	491	23,5	190	18,0	108	20,4	124	22,4	913	21,6
65	92	22,0	33	16,5	20	18,7	22	18,3	167	19,8
TOTALE	**3.494**	**23,2**	**1.618**	**20,7**	**1.035**	**22,7**	**1.210**	**25,1**	**7.357**	**22,9**

Fonte: servizio Interaziendale di Anatomia Patologica

COPERTURA DELLA POPOLAZIONE ANNO 2005

Per stimare la copertura della popolazione femminile ovvero la proporzione di donne che nell'anno hanno effettuato almeno un Pap-test, la compliance al programma su invito va integrata con la quota di donne che hanno spontaneamente effettuato l'esame nel corso dell'anno. Si osserva cosí che nel 2005 57.410 donne in età 23-65 anni hanno effettuato almeno un Pap-test, pari al 41,5% della popolazione femminile residente. Ripetendo l'analisi per il triennio 2003-2005, si registra che il 76,8% di donne altoatesine in età 20-65 anni presentano almeno una diagnosi citologica.

Figura 3: **Distribuzione territoriale della copertura della popolazione femminile – Anno 2005**



La Comunità Europea auspica per questo programma una copertura non inferiore all´85% della popolazione obiettivo. In Italia sono considerate accettabili coperture superiori al 65%, con uno standard desiderabile superiore all'80%.
Secondo quanto emerge dall'indagine multiscopo dell'ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" effettuata negli anni 1999-2000, la proporzione di donne che riferiscono di eseguire il Pap-test con regolarità triennale varia tra il 25,6% (Sud) ed il 61,0% (Nord-Est). Piú recentemente, lo studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per il Salute in Italia) effettuato nel 2005 su un campione di donne residenti in 123 aziende sanitarie in rappresentanza di tutte le regioni italiane, informa che il 70% delle intervistate dichiara di aver eseguito almeno un Pap-test negli ultimi tre anni.

2.4. PROGRAMMA DI DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DELLA MAMMELLA

RIFERIMENTI NORMATIVI

Lo screening del tumore della mammella in Provincia di Bolzano è contemplato nel programma per la prevenzione e la lotta contro le malattie neoplastiche approvato con delibera della G.P. n. 2076 del 27/04/1992 e successive integrazioni.

NUOVO PROGRAMMA PROVINCIALE PER LA DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DELLA MAMMELLA

Nel luglio 2003 ha preso ufficialmente avvio il primo round del programma provinciale per la diagnosi precoce del tumore della mammella, rivolto ad una popolazione obiettivo composta da 56.323 donne residenti in età compresa tra i 50 ed i 69 anni; ciascuna donna veniva invitata a distanza di almeno 18 mesi dall´ultimo esame mammografico effettuato.

Le sedi operative per l'esecuzione della mammografia di screening sono rappresentate dai servizi di radiologia attivi nei presidi ospedalieri pubblici.

Gli esami radiologici vengono refertati presso la radiologia dell'ospedale di Bolzano, ad eccezione delle mammografie eseguite nell'Azienda Sanitaria di Bressanone, che vengono esaminate dai medici radiologi degli ospedali di Bressanone e di Vipiteno.

RISULTATI DEL ROUND 2003-2005

Durante il round 2003-2005 la popolazione raggiunta è risultata pari al 98,6% (55.534 donne) della popolazione obiettivo.

Le donne che al 31 dicembre 2005 risultavano essersi sottoposte a mammografia di screening sono state 34.720. Di queste, 27.351 (78,8% delle esaminate) si sono presentate al controllo dopo il ricevimento dell´invito (49,2% della popolazione raggiunta), mentre 7.369 donne (21,2%) hanno anticipato la chiamata (13,3% della popolazione raggiunta).

PARTECIPAZIONE NEL ROUND 2003-2005

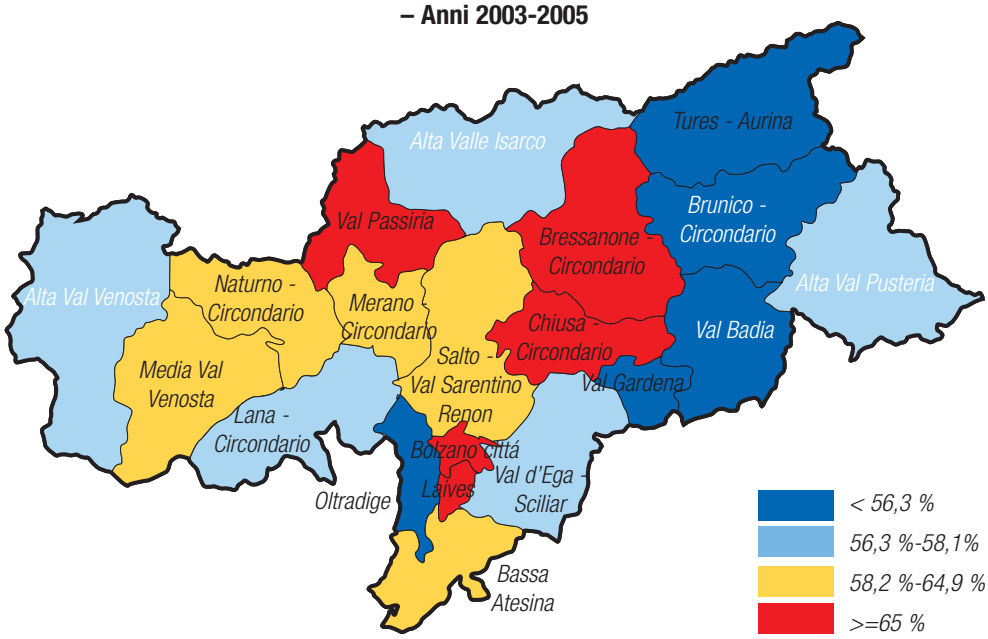
Il tasso grezzo di adesione alla mammografia, calcolato sulla popolazione raggiunta, è stato a livello provinciale pari al 62,5%, includendo in questo dato anche le adesioni spontanee, e oscilla dal 56,3% per l'Azienda Sanitaria di Brunico al 64,8% per quella di Bolzano. Va però sottolineato che per problemi di carattere organizzativo solo una parte delle donne non rispondenti ha ricevuto a distanza di due mesi un secondo invito. I valori attualmente raccomandati dal Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (GISMa) per questo parametro sono ≥50% (partecipazione accettabile) e ≥70% (partecipazione desiderabile).

Tabella 4: **Popolazione obiettivo e donne aderenti per tipologia di adesione e per azienda sanitaria di residenza della donna per lo screening mammografico - Anni 2003-2005**

Azienda sanitaria	Pop. obiettivo	Pop. raggiunta (%)	Aderisce su invito		Aderisce spontaneamente		Totale adesione	
			v.a.	% pop ragg.	v.a.	% pop ragg.	v.a.	% pop ragg.
Bolzano	27.138	98,3	14.203	53,2	3.097	11,6	17.300	64,8
Merano	14.398	98,7	6.155	43,3	2.566	18,0	8.721	61,3
Bressanone	7.258	99,0	3.592	50,0	908	12,6	4.500	62,6
Brunico	7.519	99,2	3.398	45,6	797	10,7	4.195	56,3
Non indicata	10	100,0	3	30,0	1	10,0	4	40,0
TOTALE	**56.323**	**98,6**	**27.351**	**49,2**	**7.369**	**13,3**	**34.720**	**62,5**

Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

Figura 4: **Distribuzione territoriale del tasso grezzo di adesione allo screening mammografico – Anni 2003-2005**



A livello nazionale, secondo quanto indicato dal Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening (anno 2003), il tasso grezzo di partecipazione allo screening calcolato sul pool dei programmi attivati risulta pari al 58,3%.

Con riferimento alla popolazione obiettivo dello screening negli anni 2003-2005, sono stati complessivamente 318 i casi diagnosticati di tumore maligno della mammella confermati su base istologica. Di questi, 122 casi possono essere ritenuti rilevati in fase di screening. Il dato è leggermente sottostimato, in quanto non comprende le diagnosi di tumore effettuate solo su base clinica/strumentale. Rapportando il numero di carcinomi diagnosticati alle donne esaminate, si ottiene un tasso di identificazione grezzo (limitatamente alle diagnosi corredate da istologia positiva) pari a 3,5 tumori per 1.000 donne.

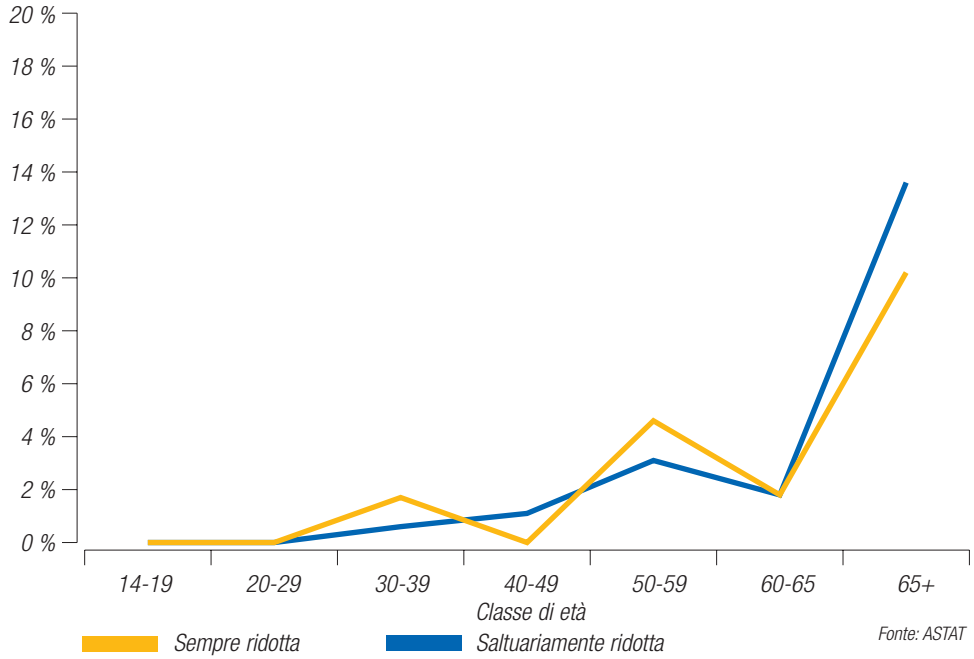
TUMORI MALIGNI DIAGNOSTICATI NEL ROUND 2003-2005

3. MORBILITÀ

3.1. MALATTIE CRONICHE

La sola speranza di vita non é in grado di descrivere la qualità della vita: come già accennato nel capitolo precedente, è vero che le donne vivono di più rispetto agli uomini, ma è anche vero che, essendo maggiormente colpite da malattie croniche e dalle conseguenze invalidanti di tali malattie, finiscono per passare in uno stato di cattiva salute una parte più lunga della loro vita. Nel 2005 quasi una donna altoatesina su quattro con più di 65 anni ha dichiarato una riduzione saltuaria o continua della propria autonomia dovuta a malattia cronica o invalidità.

Figura 1: **Percentuale di donne che dichiarano un'autonomia personale ridotta per malattia e invalidità – Provincia di Bolzano, anno 2005**



Fonte: ASTAT

In Provincia di Bolzano nel corso del 2004 le donne affette da almeno una patologia cronica erano il 23,5% dell'intera popolazione femminile pari a 57.572 persone, contro il 19,2% degli uomini (45.528 persone). Proprio a partire dai 15 anni, età dalla quale iniziano a manifestarsi le differenze tra i due sessi, le donne registrano valori di cronicità sempre più elevati rispetto agli uomini.

Tabella 1: **Tassi di cronicità per sesso e classe di età per 100mila abitanti – Provincia di Bolzano, anno 2004**

Classe di età	*Donne*	*Uomini*
0	*4.136,8*	*4.783,3*
01-04	*1.742,5*	*2.692,4*
05-14	*1.934,0*	*2.581,7*
15-44	*7.255,6*	*5.972,7*
45-64	*31.123,2*	*28.768,5*
65-74	*58.410,5*	*57.920,8*
74+	*73.110,5*	*72.237,6*
TOTALE	***23.484,9***	***19.160,6***

Fonte: OEP - Mappatura delle patologie croniche

Su un totale di 35 patologie croniche analizzate, le donne presentano tassi maggiori nel 54% dei casi. Prevalenza maggiore di donne nelle patologie cardiovasculopatiche in generale, soprattutto rispetto all'ipertensione mentre la cardiopatia (in particolar modo nelle classi di età più anziane) è più diffusa tra gli uomini; valori maggiori nelle patologie neuropatiche, soprattutto rispetto alla patologia di Alzheimer, che con l'avanzare dell'età arriva a registrare un tasso di cronicitá quasi doppio rispetto alla popolazione maschile; ma soprattutto tassi nettamente più elevati per le patologie autoimmuni, quali artrite reumatoide, lupus eritematoso e tiroide di hashimoto (rispetto a quest'ultima patologia, i dati confermano la letteratura medica per cui la tiroidite cronica autoimmune è nettamente superiore nel sesso femminile – in Alto Adige nel 2004 la prevalenza è stata di 422,61 casi ogni 100mila donne contro 41,24 casi degli uomini – ; questa malattia, poi, da frequente evoluzione verso l'ipotiroidismo, che infatti a sua volta ha registrato un tasso femminile di 4.036,01 casi per 100mila donne contro un valore maschile di 866,55).

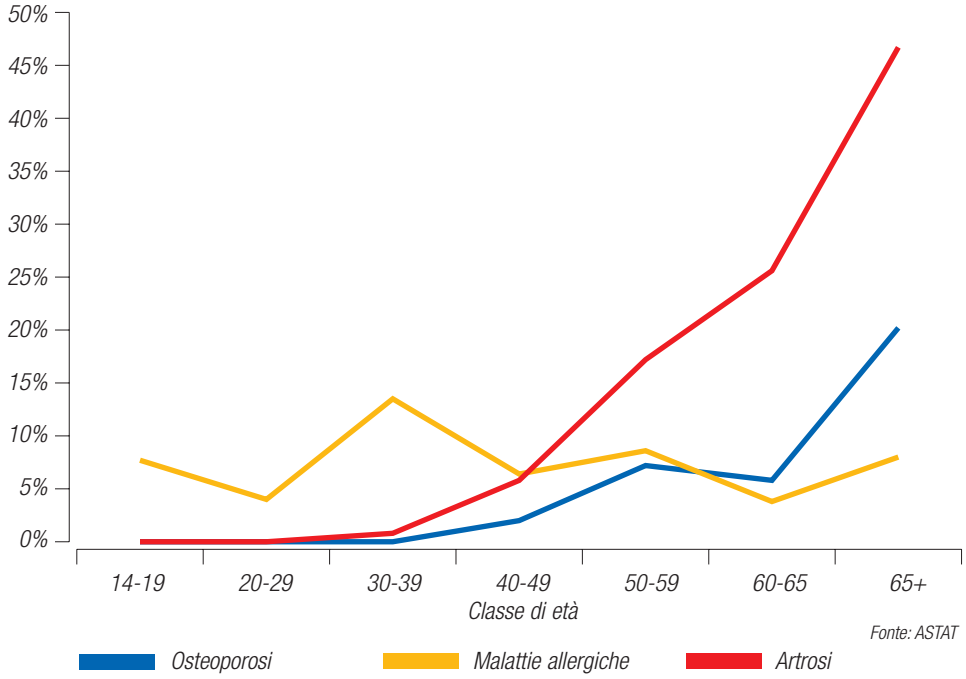
Tabella 2: **Patologie croniche per sesso per 100mila abitanti – Provincia di Bolzano, anno 2004**

Cronicità	Donne	Uomini
Portatori di trapianto	59,6	106,5
Insufficienza renale	312,9	518,1
HIV e AIDS	29,8	62,3
Neoplastici	2.698,8	2.587,4
Diabete	2.881,2	3.110,2
Ipertensione	12.760,7	10.229,8
Cardiopatia	5.673,8	5.552,4
Vasculopatia	757,5	1.072,4
Broncopneumopatia	1.866,3	2.458,7
Epato-Enteropatia	514,4	856,0
MRGE	648,6	675,1
Epilessia	498,1	582,1
Parkinson	708,6	543,3
Alzheimer	272,5	116,6
Sclerosi multipla	130,1	64,0
Neuromielite ottica	0,4	0,8
Demenze	229,3	117,8
Artrite reumatoide	443,8	165,4
LES	101,2	20,2
Sclerosi sistemica	29,4	7,6
Malattia si Sjörgen	33,9	4,2
Spondilite anchilosante	13,9	29,5
Miastenia gravis	11,8	7,2
Tiroidite di Hashimoto	422,6	41,2
Anemie emolitiche	5,7	6,3
Acromegalia	11,4	9,3
Diabete insipido	6,5	7,2
Morbo di Addison	12,2	12,2
Iper-ipoparatiroidismo	32,6	12,6
Ipotiroidismo	4.036,0	866,6
Sindrome di Cushing	7,3	2,1
Morbo di Basedow	188,5	50,5
Nanismo ipofisario	22,0	32,0
Dislipidemie	2.621,7	2.716,2
Psicosi	895,0	549,2

Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

Oltre le 35 patologie analizzate con lo studio "mappatura", esistono ovviamente altre malattie croniche, i cui dati di prevalenza ufficiali sono però ricavabili da indagini campionarie ISTAT che si basano sulle dichiarazioni soggettive degli intervistati, piuttosto che su basi dati epidemiologiche. Da questi dati emerge come l'osteoporosi e l'artrosi colpiscono rispettivamente il 5,0% e il 12,6% della popolazione femminile altoatesina, iniziando a manifestarsi attorno ai 40-44 anni e arrivando, nel caso dell'artrosi, a colpire nelle età anziane, quasi una donna su due.

Figura 2: **Osteoporosi, malattie allergiche e artrosi – Popolazione femminile in Provincia di Bolzano, anno 2005**

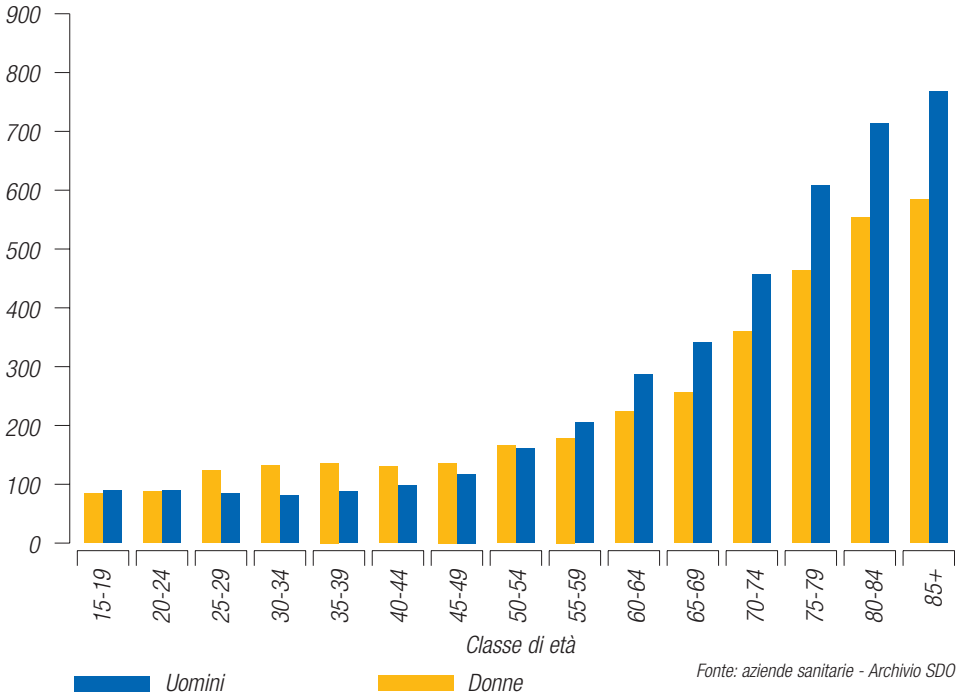


3.2. RICOVERI OSPEDALIERI

Nel caso dei ricoveri ospedalieri, non emergono grandi differenze tra i sessi, se non rispetto all'effetto di gravidanza, parti e patologie ad esse correlate, che nelle donne può incidere sulla motivazione e frequenza del ricovero.

Infatti, mentre i tassi di ospedalizzazione maschile per ricoveri per acuti risultano più elevati nelle classi di età estreme (dovuti per lo più ad un'incidenza maggiore di traumatismi nell'età giovanile e a malattie circolatorie in quelle più anziane), nelle fasce d'età centrali, per effetto appunto delle patologie e dei disturbi annessi a gravidanza e all'apparato riproduttivo femminile (escludendo i ricoveri per parto), i valori di ospedalizzazione delle donne risultano maggiori, comportando, conseguentemente, un sostanziale equilibrio tra i tassi medi totali (tasso di ospedalizzazione per ricoveri per acuti nel 2005 pari a 189,19 ogni 100mila donne e 181,89 ogni 100mila uomini).

Figura 3: **Tasso di ospedalizzazione per ricoveri (escluso i parti) per acuti e per sesso per 100mila abitanti – Provincia di Bolzano, anno 2005**



Fonte: aziende sanitarie - Archivio SDO

Escludendo i ricoveri per parto, che trattandosi d'eventi frequenti nella popolazione occupano comunque sempre il primo posto nella graduatoria dei ricoveri, per le donne altoatesine, in generale, i principali DRG di ricovero sono rappresentati da "intervento su utero e annessi non per neoplasie maligne" (DRG 359), che registra percentuali di prevalenza abbastanza consistenti soprattutto nella fascia d'età 45-49 anni (circa un 11% sul totale dei ricoveri per la stessa coorte femminile) e da "affezioni mediche del dorso" (DRG 243), con valori di ricovero elevati soprattutto nelle classi di età 55-64 anni.

Tabella 3: **Ricoveri ospedalieri in regime ordinario (esclusi i parti) delle donne altoatesine per DRG più frequenti, % cumulata dei ricoveri – Anno 2005**

DRG	Descrizione DRG	Ricoveri	% cumulata
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	851	2,7
243	Affezioni mediche del dorso	820	5,3
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	809	7,9
430	Psicosi	789	10,4
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 senza CC	767	12,8
127	Insufficienza cardiaca e shock	732	15,1
14	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	482	16,6
139	Aritmia e alterazione della conduzione cardiaca senza CC	465	18,1
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente età < 18	447	19,5
390	Neonati con altre affezioni significative	404	20,8

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

In età adulta i ricoveri per le donne sono maggiormente correlati alle malattie e ai disturbi dell'apparato riproduttivo femminile, dai 55 anni fino ai 75 anni sono invece le malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo a rappresentare le principali cause di ricovero mentre per le donne demograficamente definite "grandi anziane" (over 75), in linea con l'andamento per il sesso maschile, prevalgono le malattie e i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio.

Tabella 4: **DRG più frequenti per ricoveri ospedalieri acuti femminili per classe di età (esclusi i parti) – Provincia di Bolzano, anno 2005**

Classe d'età	*DRG*	*Descrizione DRG*	*%*
15-24	*183*	*Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente*	*4,3*
25-44	*359*	*Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC*	*6,7*
45-54	*359*	*Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC*	*8,5*
55-64	*243*	*Affezioni mediche del dorso*	*3,6*
65-74	*209*	*Intervento su articolazioni maggiori reimpianti arti inf.*	*5,8*
74+	*127*	*Insufficienza cardiaca e shock*	*6,2*

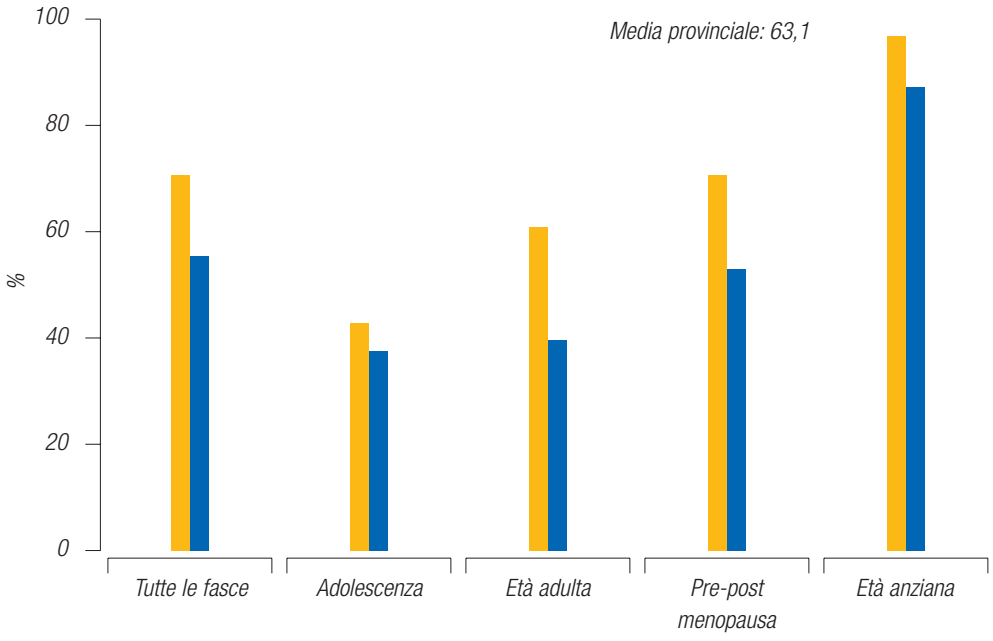
Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

3.3. DONNE E FARMACI

La comunità scientifica internazionale ha riconosciuto l'importanza della ricerca e della sperimentazione clinica e farmacologia in funzione del sesso. La tutela della salute della donna e una risposta efficace ai suoi bisogni di salute non possono prescindere dalla valutazione delle differenze biologiche esistenti tra i due sessi, differenze che determinano necessariamente una diversa risposta alle terapie farmacologiche (si pensi ad esempio alle fluttuazioni ormonali che scandiscono la vita riproduttiva della donna dalla pubertà alla menopausa o ai profondi cambiamenti durante la gravidanza). Purtroppo però ad oggi questo aspetto ha ricevuto scarsa attenzione poiché i diversi studi clinici che includono le donne sono rari.

Le donne, come si evince anche da studi di farmacoepidemiologia nazionali, ricorrono ai farmaci in percentuale superiore all'uomo. Nel 2005 in Alto Adige il 70,6% delle donne ha registrato almeno una prescrizione farmaceutica, con una differenza di 15 punti percentuali rispetto agli uomini. Questi valori di prescrizione assumono significative oscillazioni nelle diverse fasi della vita: durante l'adolescenza le ragazze rilevano un aumento nel numero di prescrizioni più contenuto rispetto ai coetanei, netta differenza di valori in età fertile, per poi decrescere lentamente nel periodo pre-post menopausa e nell'età anziana (in quest'ultima fascia d'età quasi la totalità delle donne ha bisogno di ricorrere a terapie farmacologiche).

Figura 4: **Prescrizioni farmaceutiche per età e sesso – Provincia di Bolzano, anno 2005**



	Tutte le fasce	Adolescenza	Età adulta	Pre-post menopausa	Età anziana
Uomini	55,5	37,5	39,6	53,0	87,3
Donne	70,6	42,9	60,8	70,7	96,8

Fonte: Ufficio contabilizzazione ricette – Azienda Sanitaria di Bolzano

Le donne registrano valori più elevati anche in relazione alle quantità medie giornaliere di medicinali assunte (quasi un 26% in più rispetto agli uomini). Ad esempio, assumono quantità maggiori (+23%) di medicinali per l'apparato gastrointestinale e del metabolismo; un 86% in più di DDD di farmaci per il sistema muscolo-scheletrico; un 71% per il sistema nervoso.

Tabella 5: **Consumo di farmaci (DDD/1.000 abitanti die) per ATC e sesso - Provincia di Bolzano, anno 2005**

	Donne	Uomini
	DDD/1.000 abitanti pro die	
Apparato gastrointestinale e metabolismo	57,2	46,4
Sangue e organi emopoietici	55,3	47,0
Sistema cardiovascolare	259,9	242,8
Dermatologici	2,3	3,3
Sistema genitourinario/ormoni	59,3	26,0
Preparati ormonali sistemici	33,7	13,0
Antimicrobici generali per uso sistemico	12,5	11,1
Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	6,5	4,8
Sistema muscolo-scheletrico	34,3	18,4
Sistema nervoso centrale	56,4	33,0
Farmaci antiparassitari	0,9	0,3
Sistema respiratorio	23,7	31,7
Organi di senso	11,4	8,5
Vari	0,1	0,2
TOTALE	**613,7**	**486,6**

Fonte: Ufficio contabilizzazione ricette – Azienda Sanitaria di Bolzano

4. TUMORI MALIGNI

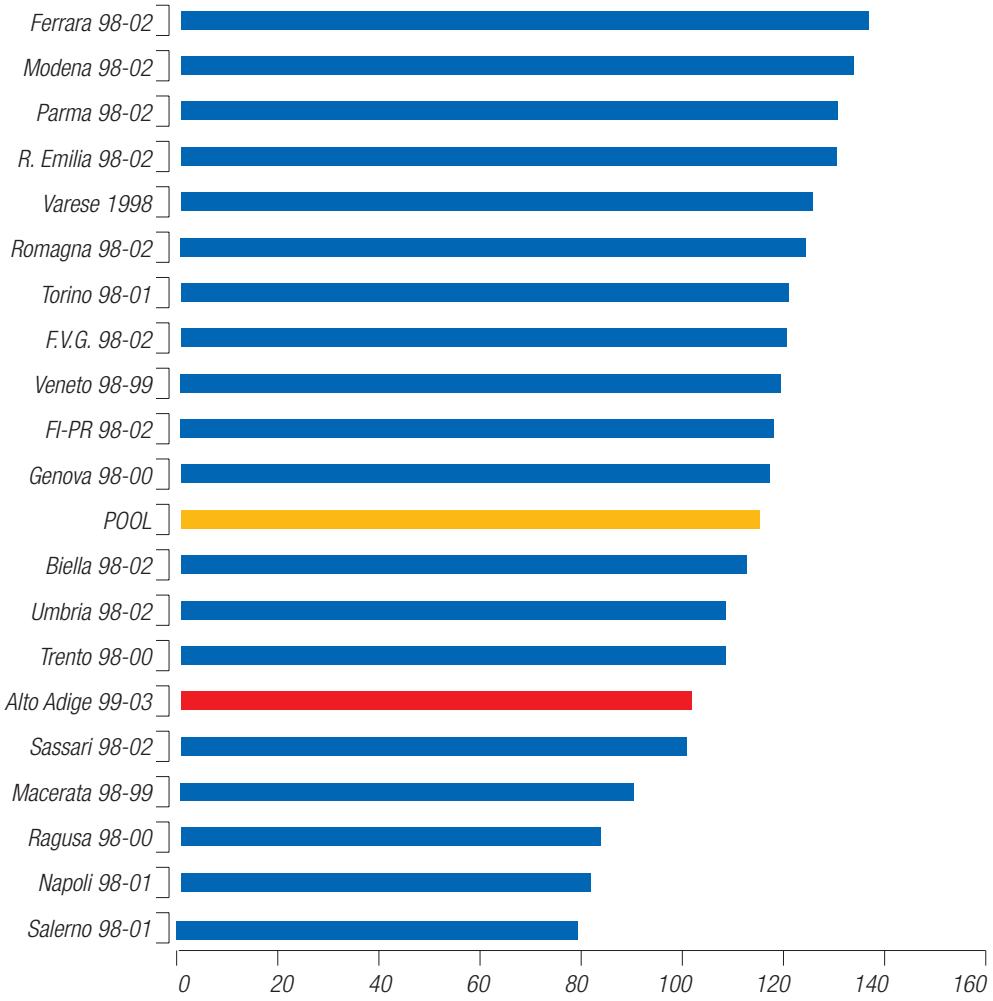
4.1. INCIDENZA

Nell'introdurre la presente sezione va ricordato che in generale l'incidenza delle patologie tumorali nelle donne altoatesine appare meno frequente rispetto a quanto osservato in altri contesti. Per diversi tumori il tasso provinciale è omogeneo o inferiore al valore rappresentativo stimato sulle popolazioni dei 21 registri attualmente operativi sul territorio nazionale. Questo risultato è certamente da porre in relazione allo stile di vita più salutare (seguire una dieta equilibrata, fare movimento, non fumare) che gli altoatesini dichiarano periodicamente di osservare. In particolare, va sottolineata la minore frequenza con cui il tumore della mammella colpisce le donne altoatesine. Questa patologia è di gran lunga il tumore più frequente nel sesso femminile, rappresentando in genere il 25% di tutti i nuovi casi di tumore diagnosticati. A livello italiano si stimano oltre 36.000 nuove diagnosi all'anno; per una donna, il rischio di avere una diagnosi di tumore della mammella entro i 74 anni è pari a circa 90,2‰ (ovvero si ammala 1 donna ogni 11). Inoltre, in termini di mortalità, è responsabile di poco meno di un quinto dei decessi per patologia tumorale. A livello provinciale, nel quinquennio 1999-2003 sono state effettuate 1.421 nuove diagnosi (120,6 casi ogni 100mila donne), con una media di oltre 280 nuovi casi all'anno. A partire dalle donne con 30 anni, il tumore della mammella è la neoplasia con maggiore rilevanza, variando dal 42% di tutti i tumori diagnosticati alle donne più giovani al 19% nelle donne più anziane.

Nel panorama nazionale, l'Alto Adige si colloca nella parte inferiore della graduatoria dei tassi standardizzati di incidenza, presentando un valore (100,9 per 100mila) inferiore rispetto al dato calcolato sul pool dei registri (111,4).

IL TUMORE DELLA MAMMMELLA

Figura 1: **Tassi standardizzati di incidenza (per 100mila) - Tumore della mammella – Femmine - Italia**

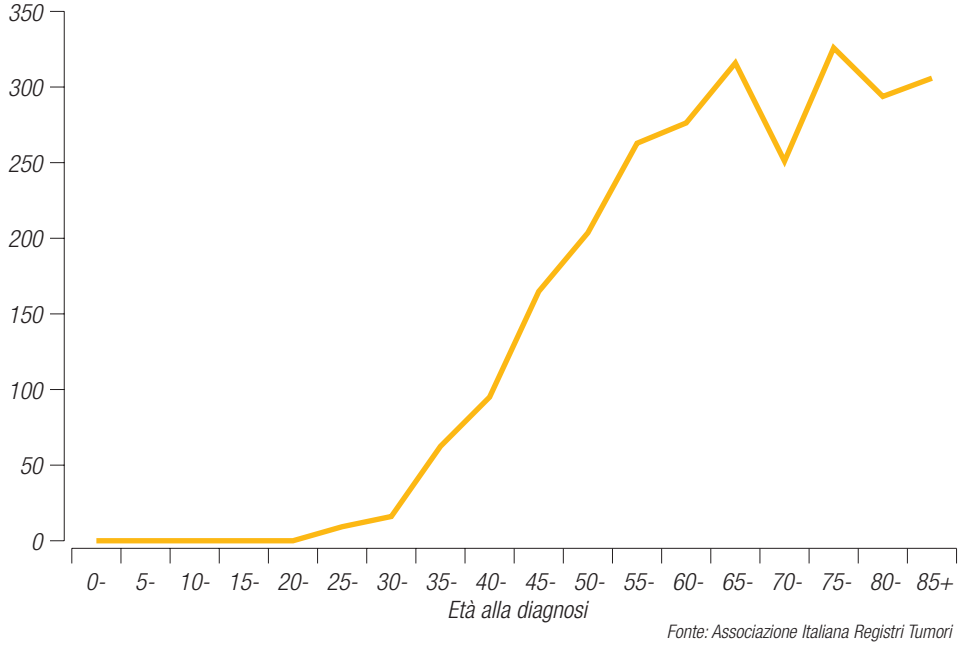


Fonte: Associazione Italiana Registri Tumori

L'ANTICIPAZIONE DIAGNOSTICA

Quasi la metà dei tumori (47,8%) viene diagnosticato a donne in età 50-69 anni, che corrisponde alla fascia di età interessata dall'attività di diagnosi precoce di questo tumore. La curva dell'incidenza per classi di età presenta un andamento che sembra evidenziare un'anticipazione diagnostica del cancro nelle donne sotto i 70 anni: nel corso del primo round di screening 2003-2005 del programma su invito organizzato a livello provinciale, a circa 120 donne sottoposte ad esame di screening mammografico è stata fatta una diagnosi di tumore. Appare quindi importante promuovere con ogni mezzo la partecipazione della donna ad un'iniziativa così importante per la tutela della sua salute, che già da diverso tempo ha dimostrato di poter incidere significativamente sulla mortalità causata da questa neoplasia.

Figura 2: **Tassi di incidenza specifici per età (per 100mila) – Tumore della mammella – Anni 1999 - 2003**



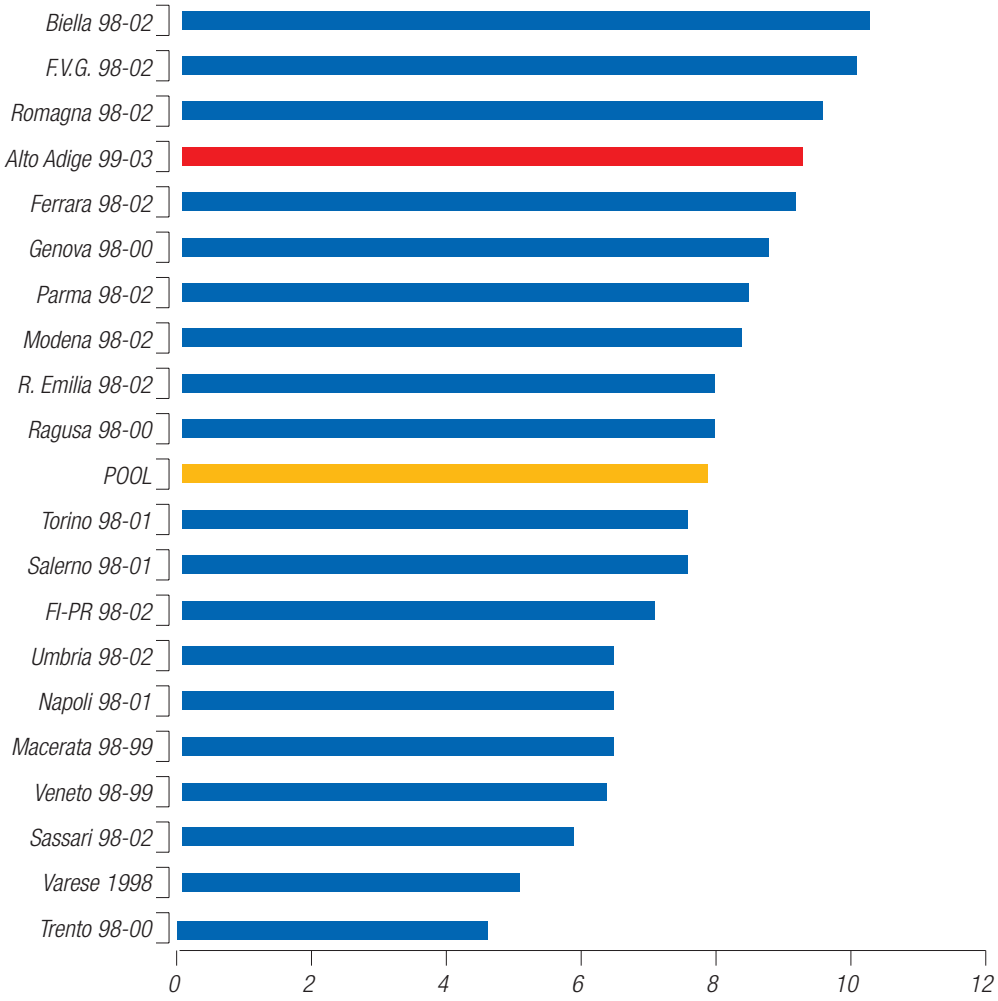
Fonte: Associazione Italiana Registri Tumori

I dati 1999-2003 fanno osservare una maggiore registrazione di nuovi casi tra le residenti nelle aziende di Bolzano e Merano (che riportano tassi standardizzati pari rispettivamente a 106,8 e 101,7 casi per 100mila) rispetto alle donne che vivono a Bressanone (90,7) e Brunico (88,5).

Una seconda neoplasia verso la quale la donna può efficacemente seguire un'attività di diagnosi precoce riguarda il tumore del collo dell'utero. Anche in questo caso, la donna dispone di uno strumento (il Pap-test) che permette l'individuazione di lesioni anticipandone la loro evoluzione in cellule cancerose. L'attività di prevenzione, che nella Provincia di Bolzano riguarda una quota importante della popolazione attraverso lo screening spontaneo e su invito, influisce sicuramente sulla bassa incidenza osservata: in media, vengono registrati meno di 25 nuovi casi all'anno, pari a circa 10 donne ogni 100mila residenti. A livello italiano i tassi standardizzati oscillano da 5 a 10 casi per 100mila, a conferma della diffusione sul territorio nazionale di una elevata attenzione da parte della popolazione femminile.

IL TUMORE DEL COLLO DELL'UTERO

Figura 3: **Tassi standardizzati di incidenza (per 100mila) - Tumore del collo dell'utero – Femmine - Italia**

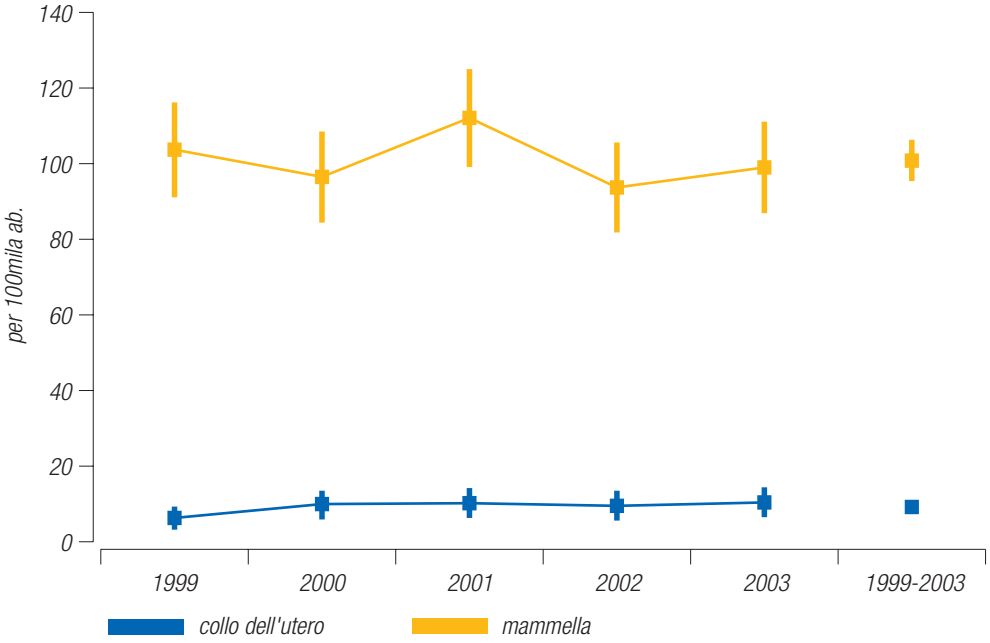


Fonte: Associazione Italiana Registri Tumori

ANDAMENTO TEMPORALE

Per entrambi i tumori l'analisi temporale dal 1999 al 2003 non evidenzia trend particolari. Il cancro del collo dell'utero presenta un andamento fortemente stabile nel tempo. Per quanto concerne il tumore delle mammella, pur in presenza di oscillazioni numeriche di un certo rilievo (da 264 a 316 nuovi casi per anno), i tassi non si discostano in modo significativo rispetto al dato rappresentativo per l'intero periodo.

Figura 4: **Tassi standardizzati di incidenza (per 100mila) - Tumore della mammella e del collo dell'utero – Anni 1999 - 2003**

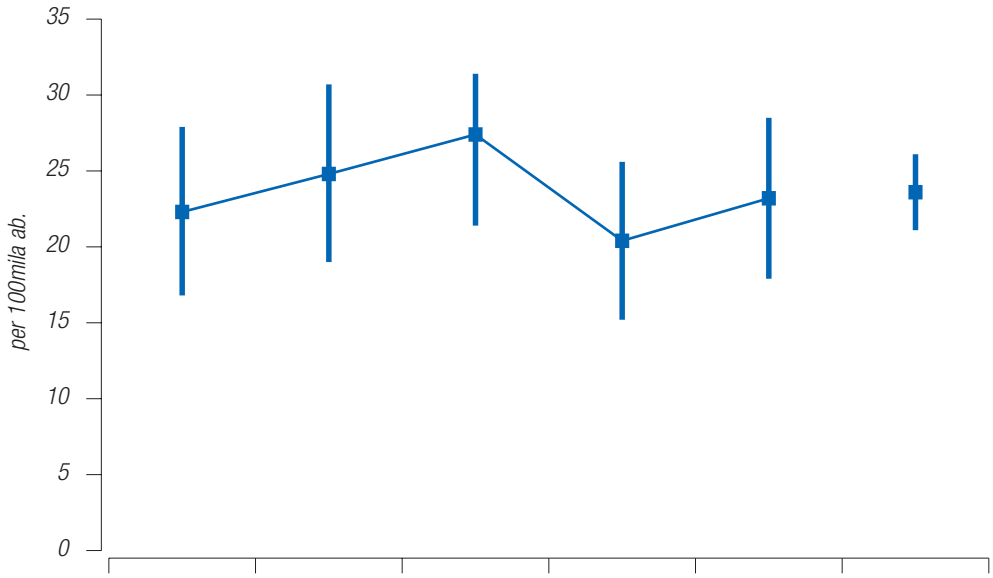


Fonte: Registro tumori dell'Alto Adige

4.2. MORTALITÀ

In generale, la mortalità per tumore osservata per le donne altoatesine negli anni 1999-2003 (131,1 decessi per 100mila) risulta molto vicino al dato medio calcolato sull'area coperta dai registri italiani (130,9). Ogni anno poco meno di 500 donne residenti in provincia perdono la vita a causa di un tumore: si tratta in prevalenza di un cancro della mammella (16% dei casi), o del colon-retto (13,6%), o del polmone (8,8%). L'età media della donna al decesso è attorno ai 74 anni, che si abbassa a 71 nel caso del tumore della mammella (in media si verificano 80 decessi all'anno). L'analisi temporale mostra una certa variabilità del tasso standardizzato di mortalità per questo tumore, senza però indicare scostamenti significativi dal dato medio di periodo. La sopravvivenza relativa a cinque anni per questo tumore è stimata a livello nazionale attorno al 75%, in linea con il dato europeo.

Figura 5: **Tasso standardizzato di mortalità (per 100mila) - Tumore della mammella - Anni 1999-2003**



	1999	2000	2001	2002	2003	1999-2003
LOW	16,8	19,0	21,4	15,2	17,9	21,1
SIR	22,3	24,8	27,4	20,4	23,2	23,6
HIGH	27,9	30,7	31,4	25,6	28,5	26,1

Fonte: Associazione Italiana Registri Tumori

Sensibilmente più bassa è la mortalità dovuta al tumore del collo dell'utero: 27 altoatesine sono decedute nell'arco di 5 anni, con un'età media attorno a 73 anni. La sopravvivenza è altissima in tutti i casi diagnosticati nelle prime fasi della malattia, riducendosi poi dal 20 al 65% negli stadi più avanzati del tumore.

5. TEMI PARTICOLARI PER LA SALUTE DELLA DONNA

5.1. DISORDINI ALIMENTARI

I disturbi del comportamento alimentare (anoressia nervosa, bulimia, altri disturbi del comportamento alimentare) mostrano a livello nazionale, negli ultimi decenni, un significativo incremento di incidenza e prevalenza e rappresentano un problema sociosanitario molto importante per tutti i Paesi sviluppati. In Italia si stimano circa 3 milioni di persone con problemi di disturbi alimentari, circa 9 ragazze ogni 100 soffrono di questo disturbo. Al centro del disordine alimentare c'è da parte del paziente un'ossessiva sopravvalutazione dell'importanza della forma fisica, del proprio peso e la necessità di stabilire un controllo su di esso.
Secondo i dati del Ministero della Salute, oltre il 90% di chi soffre di questi disagi è di sesso femminile e la ragione va proprio cercata nel rapporto particolare e problematico che le donne hanno con il proprio corpo, la propria identità ed autostima; le donne hanno indubbiamente un rapporto più conflittuale rispetto agli uomini con il proprio corpo. Anoressia, bulimia, obesità psicogena spesso sono patologie che riconoscono un rapporto problematico con i genitori, in particolare con la madre; sono patologie della separazione: madre e figlia faticano a costruire un'identità separata in quanto donne e tendono a rimanere "fissate" nella posizione di madre-figlia.

Tabella 1: **Esenzioni, ricoveri ordinari e diurni per disturbi del comportamento alimentare (anoressia e bulimia nervosa, disturbi dell'alimentazione) in strutture provinciali – Anni 2004-2005**

	2004		2005
Classe di età	Esenzioni	Ricoveri	Ricoveri
15-19	41	12	20
20-24	46	9	11
25-29	36	7	12
30-34	25	4	5
35-39	22	4	7
40-44	14	1	11
45-49	5	2	1
50-54	3	3	1
55-59	1	-	-
60-64	-	1	-
65-69	-	-	-
70-74	-	1	1
75-79	-	-	-
80-84	-	1	-
84+	-	-	2
Totale	**193**	**45**	**71**

Fonte: Aziende sanitarie – Esenzioni, Archivio SDO

Nel corso del 2004 le esenzioni attive di donne altoatesine per anoressia nervosa e bulimia sono state 193, di cui oltre il 60% rilasciate a ragazze sotto i 30 anni di età (circa 3 ragazze ogni 1000 dai 15 ai 29 anni). Il numero di ricoveri ordinari femminili con diagnosi di anoressia nervosa o anoressia da causa non specificata, bulimia nervosa e disturbi non specificati dell'alimentazione, ha subito un incremento dal 2004 al 2005 di oltre il 55%, incremento che riguarda non solo le ragazze più giovani ma anche le donne dai 35 ai 44 anni di età.

5.2. FAMIGLIA PLANNING

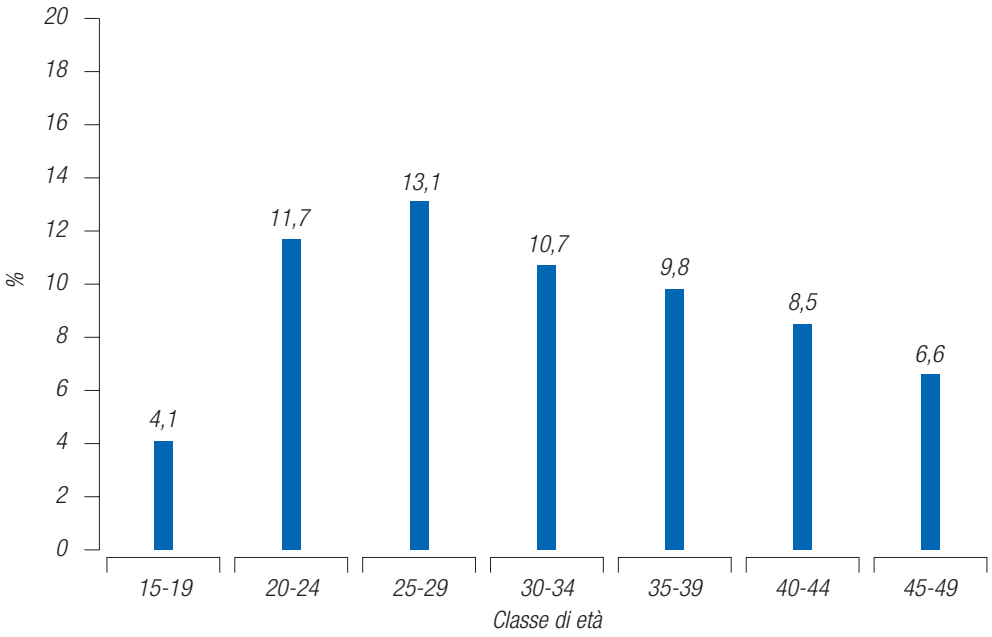
Come già accennato nel primo capitolo, in campo demografico e sociale è sempre più forte la necessità di teorie valide che spieghino il comportamento umano in relazione ai processi sociali in atto, in particolare nello studio del comportamento riproduttivo, caratterizzato dalla forte denatalità dei paesi sviluppati. In Europa, il tasso di fecondità totale in nessun paese raggiunge il livello di sostituzione di 2,1 figli per donna con conseguenze importanti dal punto di vista politico, economico e sociale. L'aumentata partecipazione delle donne al mercato del lavoro, il più ampio quadro di scelte di vita, dovuto anche alla maggiore disponibilità di mezzi di controllo delle nascite, hanno sicuramente contribuito a frenare la fecondità, dove però il calo non è correlato ad una perdita d'importanza dei figli e del loro ruolo nella vita dei genitori (esistono studi internazionali sull'argomento).

Con l'introduzione della pillola anticoncezionale in Italia o meglio con la sua legalizzazione nel 1975, e con le successive iniziative tendenti all'introduzione legalizzata dell'aborto, è stato fatto un grande lavoro d'informazione sui metodi contraccettivi. Il decremento delle nascite in presenza di una minore abortività può infatti essere spiegato in parte proprio con un maggior uso dei metodi contraccettivi. Le ragazze giovani spesso sono poco informate e non si rivolgono a una contraccezione sicura, mentre le donne di età intermedia, quelle che hanno magari già avuto una gravidanza, oppure che hanno un lavoro impegnativo e di responsabilità, fanno ricorso a un tipo di contraccezione molto sicura, come la pillola o la spirale o, addirittura, dopo una certa età e un determinato numero di figli, la sterilizzazione.

CONTRACCETTIVI ORALI

In Provincia di Bolzano, considerando i contraccettivi orali concedibili dal SSN, si è registrato un valore pari al 9,3% di donne in età fertile che ha utilizzato la "pillola", per un numero complessivo di confezioni acquistate che supera le 101.000 unità. La percentuale più alta si registra nella fascia d'età 25-29 anni.

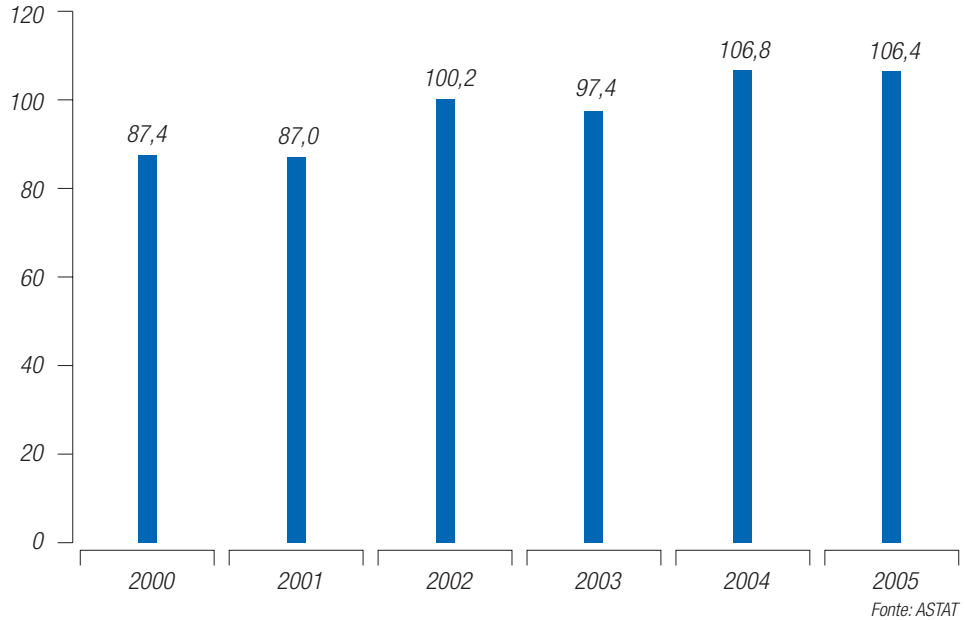
Figura 1: **Percentuale di donne altoatesine che utilizzano contraccettivi orali – Anno 2004**



Fonte: Ufficio contabilizzazione ricette – Azienda Sanitaria di Bolzano

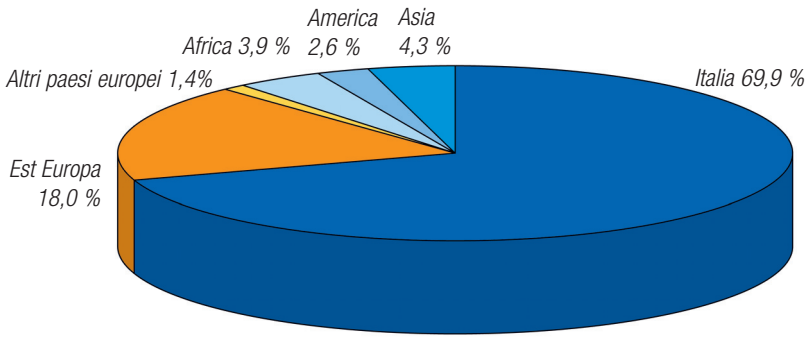
Dal 2000 al 2005 il rapporto di abortività volontaria ha subito, in Alto Adige, un aumento del 22% (da 87,4 a 106,4 ogni 1.000 nati vivi), pur rimanendo sempre largamente al di sotto del valori nazionali. Il 30% delle IVG avvenute nel corso del 2005 sono state effettuate da donne con cittadinanza straniera, e questo numero è in continua crescita proporzionalmente all'aumento costante, negli ultimi anni, della presenza di donne straniere in provincia.

Figura 2: **Rapporto di abortività volontaria – Provincia di Bolzano, anni 2000-2005**



Fonte: ASTAT

Figura 3: **Interruzioni volontarie di gravidanza per cittadinanza nelle strutture provinciali – Anno 2005**



Fonte: ASTAT

Il 3,4% delle donne, che hanno partorito nel corso del 2005, ha avuto in passato almeno un'esperienza di interruzione volontaria di gravidanza e tra queste nell'82,2% dei casi è stato registrato un unico intervento IVG, nel 13,1% due interventi e nel restante 4,7% tre o più interventi precedenti all'attuale parto.

Tabella 2: **Numero IVG precedenti rispetto all'ultimo parto per età della madre - Provincia di Bolzano, anno 2005**

Età	Numero IVG			
	1	2	3	3+
Donne <35 anni	102	15	2	2
Donne >=35 anni	55	10	5	-
TOTALE	157	25	7	2

Fonte: Aziende sanitarie - Cedap

5.3. CONTROLLI E PREVENZIONE IN GRAVIDANZA

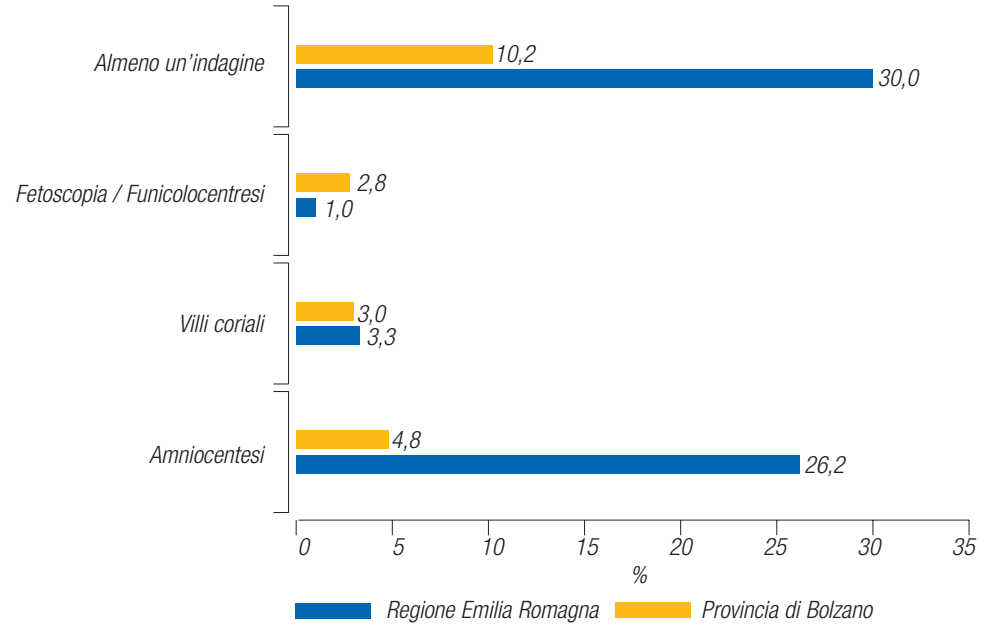
In medicina la prevenzione è sempre stata considerata la migliore forma di cura e uno dei campi della medicina dove questo concetto ha raggiunto la sua massima applicazione è proprio quello delle cure in gravidanza. Una donna che desideri la maternità deve sapere che la prevenzione inizia ancora prima della gravidanza; il cosiddetto "controllo preconcezionale" può aiutare ad identificare alcune malattie ereditarie, come ad esempio l'anemia ereditaria, può consentire la valutazione dello stato immunitario materno nei confronti delle malattie infettive più comuni, come rosolia e toxoplasmosi, le condizioni generali dell'organismo materno, le sue precedenti malattie e l'eventuale uso di farmaci. Anche l'accertamento tempestivo dello stato gravidico e il rivolgersi senza perdita di tempo al centro o al medico che lo seguirà, è prevenzione. La regolarità dei controlli ha contribuito a ridurre in modo incisivo la percentuale di inconvenienti per la mamma e il suo bambino che si è verificata in Italia e nel mondo negli ultimi 40 anni.
Le donne che hanno partorito in Alto Adige nel 2005 ed hanno eseguito almeno un'indagine prenatale invasiva sono 579, pari al 10,2%. Il 4,8% ha effettuato un'amniocentesi, il 3,0% ha effettuato una villocentesi; sono state inoltre effettuate 156 fetoscopie o funicolocentesi (2,8% di donne). Rispetto al altre realtà italiane, come la regione Emilia Romagna, le donne altoatesine che effettuano un'amniocentesi sono percentualmente molto inferiori. Nel gruppo di donne di età superiore ai 35 anni (fattore di rischio che comporta l'offerta dell'intervento) si osserva un'indagine invasiva prenatale nel 25% dei casi.

Tabella 3: **Distribuzione dei parti secondo l'effettuazione di indagini prenatali e età della madre – Provincia di Bolzano, anno 2005**

Età	Indagini perinatali							
	Amniocentesi		Villi coriali		Fetoscopia/ Funicolocentesi		Almeno un'indagine	
		%		%		%		%
Donne<35 anni	74	1,8	20	0,5	117	2,8	208	5,0
Donne>=35 anni	197	13,3	150	10,1	39	2,6	371	25,0
Totale	**271**	**4,8**	**170**	**3,0**	**156**	**2,8**	**579**	**10,2**

Fonte: Aziende sanitarie - Cedap

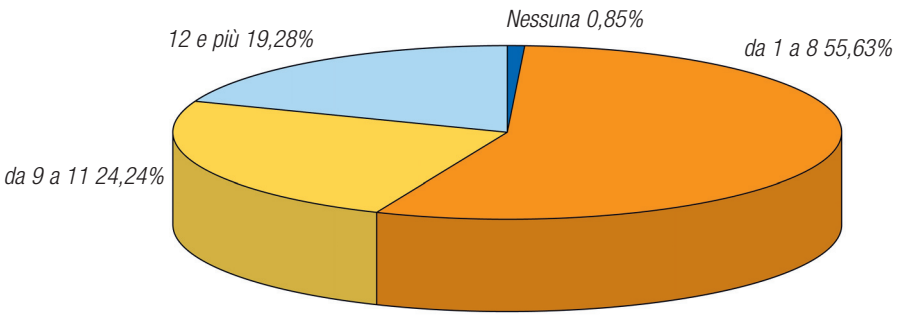
Figura 4: **Effettuazione di indagini perinatali – Confronto Provincia di Bolzano, Regione Emilia Romagna**



Fonte: Aziende sanitarie – Cedap, Regione Emilia Romagna

Il 92,4% delle neo-mamme altoatesine del 2005 ha effettuato più di 4 visite in gravidanza. Relativamente all'epoca della prima visita in gravidanza, il 55,6% delle donne effettua la prima visita a meno di 8 settimane di età gestazionale. Le primigravide effettuano con minor frequenza, rispetto alle plurigravide, una prima visita dopo l'undicesima settimana (17,2% contro 21,1%). Le cittadine straniere accedono più tardivamente alla prima visita in gravidanza (quasi una donna straniera su 3 effettua la prima visita appena dopo l'undicesima settimana di gestazione).

Figura 5: **Epoca (in settimane) della prima visita in gravidanza – Provincia di Bolzano, anno 2005**



Fonte: Aziende sanitarie - Cedap

BIBLIOGRAFIA

ASSR, Monitor nr.12, 2005. Donne e Farmaci, 59-62
ASTAT. Rapporto Gender, 2006.
ASTAT. Annuario statistico della Provincia di Bolzano, 2005.
ASTAT. Raccolta di tabelle, Multiscopo sulle famiglie, 2005
ASTAT. Occupati e disoccupati in Provincia di Bolzano, 2001-2005
ASTAT. Quadro sociale della provincia di Bolzano, 2004.
Commision of the European Communities. The state of women's healt in the European Community, Brussel 1997
CNR. Report, La nuova immagine della famiglia nelle società avanzate, 1998, 94-95
Corriere della Sera. „Wef: in Italia donne discriminate sul lavoro", 17.05.2005
EUROSTAT. Bevölkerungstatatistik, 2004.
http://it.wikipedia.org/wiki/Tiroidite_di_Hashimoto
http://www.provincia.torino.it/salute/dwd/pdf/determinanti.pdf
http://www.sceglitu.it/newsletter/arisi.php
IOM. Report annuale, Understanding the biology of sex and gender differences
ISS. DossieR, alcol, donna e salute, 57-67
ISTAT. Annuario statistico italiano, 2005.
ISTAT. Statistiche in breve, L'uso e l'abuso di alcol in Italia, 2006
Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008
Ministero della Salute. Le donne in Italia tra salute, dipendenza e solitudine, 2005.
Ministero della Salute. Fumo, alcol, alimentazione errata e sedentarietà sono causa di malattie per la metà degli europei, 2006
Ministero della Salute. L'emancipazione non passa per il fumo, 2004
Ministero della Salute. Centri per la cura dei disturbi alimentari (Anoressia e bulimia)
Ministero per le Pari opportunità, Ministero della Salute. Anoressia, bulimia e obesità psicogena.
OMS. (Dipartimento per la salute della donna), Gender and Healt
OSMED. L'uso dei farmaci in Italia, 2004
Presidenza del Consiglio dei Ministri, Commissione nazionale per le pari opportunità. Kit Candidata.
Provincia di Torino. Quaderni della Salute nr.2, La salute delle donne, 2005.