



RELAZIONE SANITARIA

Provincia Autonoma di Bolzano - Alto Adige

RELAZIONE SANITARIA 2007

**A CURA DELL'OSSERVATORIO
EPIDEMIOLOGICO PROVINCIALE**

Agosto 2008

Copie disponibili presso:

Osservatorio Epidemiologico Provinciale – Ripartizione Sanità

Via Canonico M. Gamper 1 – 39100 Bolzano

Tel. 0471 41 80 40

Fax 0471 41 80 39

Consultabile sul sito www.provincia.bz.it/sanita

per contatti carla.melani@provincia.bz.it

© Provincia Autonoma di Bolzano 2008

È ammessa la riproduzione parziale del contenuto citandone la fonte

Realizzato con il contributo di EXPLORA- Ricerca & Analisi statistica – Vigodarzere (PD)

Grafica: JUNG & C srl, Bolzano

Stampa: Tipografia Varesco



Dr. Richard Theiner

Presentazione

L'Assessorato alla Sanità e alle Politiche Sociali della Provincia 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 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 Relazione Sanitaria del 2007 si pone in continuità con la prece-

dente edizione nei contenuti e nella veste grafica: 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 contenute, oltre a fornire una completa documentazione sulla nostra sanità, riportano anche confronti nazionali ed internazionali.

La presente edizione è stata ulteriormente arricchita attraverso la produzione degli indicatori di salute distintamente per genere, prestandosi così all'analisi delle condizioni di vita e di salute dell'universo maschile e femminile. La "Mappatura delle patologie croniche", aggiornata con i dati del 2007, continua a fornire informazioni utili per l'analisi dei bisogni sanitari, l'identificazione dei fattori di rischio, per la programmazione dei piani preventivi e per il monitoraggio della spesa sanitaria. Viene inoltre riproposto il "Profilo stranieri", che permette un'analisi approfondita delle differenze tra gli stranieri residenti nella nostra Provincia e la popolazione di cittadinanza italiana in merito alle problematiche di salute, la peculiarità dei bisogni sanitari e le risposte assistenziali fornite. La domanda di salute espressa dagli immigrati presenta caratteristiche specifiche, che possono essere individuate con il progressivo consolidamento delle presenze sul territorio provinciale.

La Relazione Sanitaria è articolata in tre parti, riguardanti rispettivamente la popolazione e la salute, i servizi sanitari e le risorse. Ogni parte è a sua volta suddivisa in capitoli introdotti da una sintesi sugli aspetti salienti del fenomeno esaminato. Dati numerici più dettagliati sulle informazioni presentate nel volume sono disponibili nel supporto CD allegato. L'esauritiva documentazione conferma ancora una volta un quadro decisamente positivo della sanità provinciale. La salute della popolazione altoatesina risulta nel complesso migliore rispetto alla media nazionale: la speranza di vita degli altoatesini, in costante crescita negli ultimi anni, si conferma tra le più alte nel contesto internazionale, sia per gli uomini che per le donne, a riprova di un sistema sanitario ben funzionante, efficiente, in costante sviluppo e miglioramento. La costituzione di un'unica Azienda sanitaria provinciale vuole garantire l'assistenza sanitaria di base alla popolazione ed assicurare prestazioni migliori, ancora più appropriate e con brevi tempi d'attesa.

A fronte di questi dati confortanti non va però dimenticato l'impegno che ci viene richiesto per migliorare e ottimizzare determinati settori. La Relazione Sanitaria, quindi, oltre che strumento di monitoraggio e di valutazione dello stato di salute della popolazione, fornisce un supporto fondamentale per individuare questi aspetti critici. 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 inoltre alle proposte dell'Unione Europea ed alle raccomandazioni dell'OMS attraverso l'analisi del complesso dei servizi sanitari e la conseguente offerta di spunti per l'attuazione di politiche sanitarie orientate alla prevenzione ed alla promozione della salute.

Dal punto di vista dell'organizzazione del sistema sanitario provinciale sarà necessario creare i presupposti per far fronte alle nuove sfide, portate dalla liberalizzazione nel settore sanitario a livello europeo e dai cambiamenti demografici quali l'invecchiamento della popolazione, con una crescente diffusione di patologie cronico degenerative che spesso determinano una condizione di non autosufficienza, 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.

Per raggiungere questi obiettivi fondamentali le nostre strutture e gli organismi sanitari provinciali sono impegnati nella collaborazione ad ogni livello, nella ricerca di sinergie e nella formulazione di una comune pianificazione a livello amministrativo e clinico.

Gli obiettivi sono 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.

Continua quindi il percorso che porterà ad accorpare reparti e servizi in unità funzionali (dipartimenti): le sinergie derivanti consentiranno un migliore utilizzo delle risorse ed un risparmio in termini economici.

In questo contesto è sempre maggiore il nostro impegno per la definizione degli standard di qualità per tutte le prestazioni mediche offerte a diversi livelli nelle strutture ospedaliere, a garanzia della qualità e della comunicazione fra queste strutture ed i servizi territoriali.

Continuiamo a sostenere la creazione a livello provinciale di centri di eccellenza, centri altamente specializzati per l'assistenza medica complessa. Prosegue il progetto per la realizzazione di un unico sistema informatico, che uniformando le procedure ed i flussi, migliorerà l'accuratezza della documentazione disponibile, lo scambio di informazioni ed il loro confronto. 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 dei comprensori, l'Ordine dei Medici ed i collaboratori che hanno contribuito alla realizzazione della Relazione Sanitaria.

A handwritten signature in blue ink, reading "Richard Theiner". The script is cursive and elegant, with the first name "Richard" and the last name "Theiner" clearly distinguishable.

L'ASSESSORE ALLA SANITÀ E ALLE POLITICHE SOCIALI

Dr. Richard Theiner

Ringraziamenti

Un particolare ringraziamento va all'équipe che si è impegnata nella realizzazione della Relazione sanitaria 2007, costituita da personale dell'Osservatorio Epidemiologico e del centro Explora – Ricerca e Analisi statistica di Padova, ed in particolare:

- alla coordinatrice 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 ambulatoriale" e per il paragrafo "Riabilitazione post-acuzie e neuroriabilitazione";
- Eva Papa, per il capitolo "Assistenza specialistica ambulatoriale" e per il paragrafo "Il diabete";
- Roberto Picus, per il capitolo "Il personale dipendente dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige" (predisposto in collaborazione con Claudia Paulato dell'ufficio Formazione del Personale Sanitario) e per il paragrafo "Assistenza riabilitativa residenziale";
- Paola Zuech, per i paragrafi "Mappatura delle patologie croniche" e "Donne in gravidanza e pianificazione familiare";
- Sabine Weiss per il paragrafo "Malattie rare";
- Al direttore dell'Ufficio Igiene e Salute Pubblica Michele Dagostin ed Antje Trenkwaller, collaboratrice dello stesso ufficio, per il paragrafo "Attività di promozione ed educazione alla salute";
- Karin Bianchini, Ilaria Vecchierelli, Daniela Quartieri e Patrick Targa, dell'Ufficio 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 dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige", "Assistenza farmaceutica" e l'appendice "Profilo stranieri";
- 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 dei comprensori sanitari 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	19
1.1.2. Struttura della popolazione	20
1.1.3. Speranza di vita	22
1.1.4. Natalità e fecondità	24
1.1.5. Mortalità	26
1.1.6. Dinamica demografica	28
1.2. Lavoro, economia, consumi	29
1.2.1. Occupazione	29
1.2.2. Prodotto Interno Lordo e reddito	30
1.2.3. Consumi delle famiglie e povertà	31
1.3. Istruzione	32
1.4. Donne in gravidanza e pianificazione familiare	33
1.4.1. Stato civile	33
1.4.2. Scolarità e condizione professionale	33
1.4.3. Gravidanza	34
1.4.4. Parto	35
1.4.5. Pianificazione familiare	37
2. DETERMINANTI DI SALUTE	41
2.1. Stili di vita: fumo, alimentazione, attività fisica	42
2.1.1. Il fumo	42
2.1.2. L'alimentazione	45
2.1.3. L'attività fisica	49
2.2. L'abuso di sostanze	50
2.2.1. La dipendenza da droghe	51
2.2.2. La dipendenza da alcol	55
2.3. L'ambiente	58
2.3.1. Cambiamenti climatici e salute umana	58
2.3.2. Inquinamento dell'aria	59
3. CONDIZIONI DI SALUTE	62
3.1. Mappatura delle malattie croniche	63
3.2. Malattie dell'apparato circolatorio	67
3.3. Incidenza e mortalità dei tumori maligni	70
3.4. Malattie respiratorie	84
3.5. Diabete	86
3.6. Malattie infettive	91
3.7. Malattie rare	94

3.8. Salute mentale e psicologica	96
3.9. Eventi accidentali	99
3.9.1. Incidenti stradali	99
3.9.2. Infortuni lavorativi e malattie professionali	101

PARTE SECONDA: I LIVELLI DI ASSISTENZA ASSICURATI

1. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA	105
1.1. Attività di promozione ed educazione alla salute	105
1.1.1. Le iniziative dell'ufficio Igiene e Salute Pubblica	106
1.1.2. Iniziative ed istituzioni finanziate dall'ufficio Igiene e Salute Pubblica (finanziamento di progetti e contributi)	107
1.1.3. L'educazione sanitaria e la promozione della salute nelle scuole	109
1.1.4. Le iniziative dell'ufficio Distretti Sanitari	112
1.1.5. Iniziative, enti pubblici ed organizzazioni finanziate dall'ufficio Distretti Sanitari	113
1.2. Programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva	115
1.2.1. Programma di diagnosi precoce del tumore della cervice uterina	115
1.2.2. Programma di diagnosi precoce del tumore della mammella	117
1.2.3. Programma di diagnosi precoce del tumore del colon retto	119
1.3. Profilassi delle malattie infettive e parassitarie	120
1.3.1. Interventi di profilassi e di educazione per prevenire il diffondersi delle malattie infettive e bonifica focolai	120
1.3.2. Medicina del viaggiatore	122
1.3.3. Vigilanza igienica sulle attività di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione	123
1.4. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita e di lavoro	124
1.4.1. Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici in relazione alle diverse utilizzazioni con particolare riferimento agli edifici ad uso pubblico	124
1.4.2. Controllo della qualità delle piscine	127
1.4.3. Vigilanza e controllo sui cosmetici	128
1.4.4. Controlli e vigilanza in materia di polizia mortuaria e medicina necroscopica	129
1.4.5. Controllo dell'inquinamento atmosferico e acustico	129
1.4.6. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di lavoro	131
1.5. Sanità pubblica veterinaria	134
1.6. Tutela igienico-sanitaria degli alimenti e bevande	138
1.7. Attività medico-legali e di medicina dello sport	149
1.7.1. Attività dei servizi di medicina legale	149
1.7.2. Attività dei servizi di medicina dello sport	152
1.8. Attività del servizio Pneumologico	154

2. ASSISTENZA DISTRETTUALE	157
2.1. Servizio di Medicina di Base	157
2.2. Assistenza sanitaria di base	165
2.2.1. Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta	165
2.2.2. Servizio di continuità assistenziale	175
2.2.3. Servizio di guardia medica turistica	176
2.3. Assistenza distrettuale e domiciliare	178
2.3.1. L'assistenza domiciliare programmata (ADP)	179
2.3.2. L'assistenza domiciliare integrata (ADI)	180
2.3.3. L'assistenza infermieristica	183
2.3.4. L'assistenza consultoriale materno-infantile	185
2.3.4.1. Il consultorio Pediatrico	185
2.3.4.2. Il consultorio Ostetrico-Ginecologico	188
2.4. Assistenza specialistica ambulatoriale	191
2.4.1. Prestazioni erogate dalle strutture pubbliche provinciali	191
2.4.2. Mobilità specialistica	199
2.4.2.1 Mobilità specialistica interregionale	199
2.4.2.2. Prestazioni erogate in Austria	201
2.4.2.3. Mobilità specialistica complessiva	203
2.4.3. Il consumo di prestazioni specialistiche da parte dei residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano	203
2.5. Assistenza riabilitativa residenziale	205
2.5.1. Salus Center	205
2.5.1.1. Attività assistenziale	206
2.5.2. Bad Bachgart	209
2.5.2.1. Attività assistenziale	211
2.6. Attività di emergenza sanitaria territoriale	214
2.6.1. Sistema di Allarme Sanitario	214
2.6.2. Servizio Medico Territoriale di Soccorso	215
2.6.3. Servizio di Trasporto Sanitario	215
2.6.4. Interventi di Emergenza Sanitaria	217
2.6.5. Interventi di Trasporto Sanitario non Urgente	218
2.7. Assistenza farmaceutica	219
2.7.1. Le farmacie	219
2.7.2. Il consumo di farmaci	220
2.7.3. La spesa per farmaci	234
2.7.4. La prescrizione di farmaci	240
3. ASSISTENZA OSPEDALIERA	243
3.1. Attività di pronto soccorso	243
3.2. Assistenza ospedaliera per acuti	248
3.2.1. Ricoveri per acuti in regime ordinario	252
3.2.2. Ricoveri per acuti in regime diurno	263
3.2.3. Indicatori di qualità ed appropriatezza	266
3.2.3.1 Ricoveri ripetuti	266
3.2.3.2 Ricoveri brevi di durata 2 o 3 giorni	268

3.2.3.3 Indicatori di appropriatezza	269
3.2.4. Mobilità ospedaliera	279
3.2.4.1 Ricoveri per acuti in strutture nazionali	279
3.2.4.2 Ricoveri per acuti in Austria	283
3.2.4.3 Mobilità ospedaliera complessiva	285
3.2.5. L'ospedalizzazione dei residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano	287
3.2.6. Valutazioni conclusive sul sistema dei ricoveri ospedalieri per acuti	290
3.2.6.1 Motivazioni e criteri valutativi	290
3.2.6.2 Efficienza e qualità della produzione ospedaliera dei ricoveri	291
3.3. Assistenza ospedaliera per post-acuti	296
3.3.1. Posti letto per post-acuti	296
3.3.2. Riabilitazione post-acuzie e neuoriabilitazione	296
3.3.2.1. Ricoveri in riabilitazione post-acuzie e neuroriabilitazione in strutture nazionali	305
3.3.2.2. Ricoveri in riabilitazione post-acuzie in Austria	310
3.3.3. Lungodegenza post-acuzie	312

PARTE TERZA: LE RISORSE

1. IL PERSONALE DIPENDENTE DELL'AZIENDA SANITARIA	317
1.1. Il personale in servizio	317
1.1.1. Analisi generali	318
1.1.1.1. Totale personale dipendente per area d'impiego	318
1.1.1.2. Personale dipendente per figura professionale	321
1.1.2. Personale dipendente nell'area strategica	323
1.1.3. Personale dipendente nell'area di supporto non sanitaria	326
1.1.4. Personale dipendente nell'area ospedaliera	330
1.1.4.1. Totale personale dipendente nell'area ospedaliera, distinto per reparto/servizio	330
1.1.5. Personale dipendente nell'area territoriale	340
1.1.5.1. Personale dipendente per macroarea territoriale	340
1.2. La formazione del personale sanitario	350
1.2.1. Formazione di base	350
1.2.2. Formazione specialistica	353
1.2.3. Tirocini	354
1.2.4. Medicina Generale	354
1.2.5. Formazione continua	355
1.2.5.1. Corsi gestiti dalla Provincia	355
1.2.5.2. Corsi gestiti dall'Azienda Sanitaria	358

2. LA SPESA SANITARIA	361
2.1. La spesa sanitaria pubblica	363
2.2. La spesa sanitaria corrente	365
2.3. La spesa sanitaria per investimenti	371
2.4. I saldi della mobilità per le prestazioni di ricovero e per la specialistica ambulatoriale	374
2.4.1. Le prestazioni di ricovero e i relativi saldi della mobilità	374
2.4.2. Le prestazioni di specialistica e i relativi saldi della mobilità	378
2.4.3. La mobilità internazionale.....	380
 APPENDICE “PROFILO STRANIERI”	383
 1. POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE	387
1.1. Struttura della popolazione straniera	387
1.2. Dinamica demografica	392
 2. CONDIZIONI DI SALUTE	395
 3. RICORSO AI SERVIZI SANITARI	401
3.1. Ricoveri ospedalieri	401
3.2. Prestazioni ambulatoriali	405
3.3. Consumo di farmaci.....	410



Parte Prima

Popolazione e salute

Popolazione e salute

1. POPOLAZIONE

La popolazione è ripartita in 20 distretti ed un'azienda sanitaria.

I residenti nel 2007 conteggiati in anni vissuti sono 483.016, cresciuti dell'8,4‰ rispetto al 2006.

La popolazione residente ha un'età media di 40,6 anni. L'indice di vecchiaia è pari a 109,8%.

La speranza di vita alla nascita è pari a 78,0 anni per gli uomini ed a 83,7 anni per le donne.

La natalità sul territorio provinciale è di 10,8 per 1.000 residenti. La natimortalità è stata di 1,7 per 1.000 nati vivi.

L'età media al parto è di 31,2 anni, ed in particolare di 29,5 anni alla nascita del primo figlio.

Il Tasso di Fecondità Totale indica in 1,59 il numero di figli per donna.

La mortalità maschile è doppia rispetto a quella delle donne all'età di 18 anni, è quattro volte superiore all'età di 20 anni ed otto volte all'età di 32 anni.

Il tasso di mortalità nel 2007 è stato pari a 746,0 per 100.000 tra i maschi ed a 745,1 per 100.000 tra le femmine.

Il tasso di occupazione della popolazione in età 15-64 anni è del 69,8%.

Il tasso di attività della popolazione è del 71,7%.

Il tasso di disoccupazione (2,6%) è inferiore al dato nazionale (6,1%).

Il PIL pro capite (28.202 Euro nel 2006) è indice di una maggiore ricchezza prodotta rispetto alla media nazionale (21.238 Euro).

Il reddito medio delle famiglie altoatesine è di 32.008 Euro.

La spesa media delle famiglie è di 2.866 Euro mensili.

Il tasso di scolarizzazione nelle scuole per l'infanzia è del 94,4%.

Il tasso di proseguimento dopo la scuola dell'obbligo è del 74,2%.

Il 52,6% della popolazione tra 15 e 64 anni non ha conseguito titoli di studio superiori alla licenza media.

Il 5,4% della popolazione tra 19 e 25 anni è iscritto all'università.

1.1. POPOLAZIONE RESIDENTE

Con la presente edizione è introdotto nella Relazione Sanitaria un diverso concetto di popolazione: gli anni vissuti (o anni-persona), che rappresentano il miglior modo di stimare la popolazione esposta al rischio di un determinato evento.

Gli anni vissuti sono calcolati come somma del tempo (espresso in anni) vissuto dalle persone nella popolazione d'interesse. Per ogni singolo anno di calendario ad ogni persona è assegnato quindi un numero che va da 1/365 (quelli che sono rimasti nella popolazione un solo giorno) ad 365/365 (quelli che hanno vissuto nella popolazione per l'intero anno). Nelle precedenti edizioni della relazione sanitaria gli anni vissuti, per difficoltà di calcolo, venivano stimati dalla semisomma delle popolazioni d'inizio e di fine anno. La nuova popolazione invece tiene conto di tutti i movimenti demografici avvenuti nel corso dell'anno.

Fonte del calcolo degli anni vissuti è l'anagrafe sanitaria provinciale degli assistiti (BDPA), i cui record sono opportunamente puliti, attualizzati e classificati attraverso il controllo

con altri archivi di carattere sanitario quali il Registro Mortalità, la scelta del medico di medicina generale e le situazioni di ospedalizzazione a domicilio o di degenza presso case di cura.

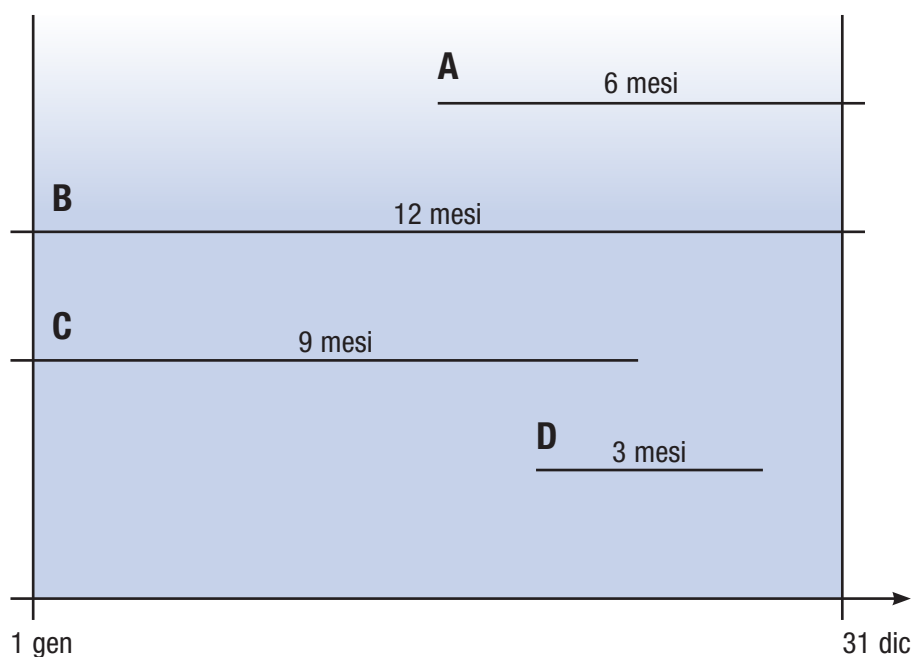
Tra le variabili di classificazione per ogni record rientrano la residenza e lo stato dell'assistito rispetto a movimenti naturali (nascita o decesso) e migratori.

L'utilizzo dell'anagrafe sanitaria nasce dall'esigenza di riferire le analisi statistiche epidemiologiche ad una quantità più realistica della popolazione residente in Alto Adige, per evidenziare al meglio l'effettivo carico assistenziale del Servizio Sanitario Provinciale (SSP) (il totale della popolazione assistibile nell'anno).

A tale proposito si definiscono inoltre le seguenti situazioni:

- **POPOLAZIONE RESIDENTE BDPA PER TESTE:** considera tutte le persone residenti in provincia che almeno per un giorno tra il 01/01 ed il 31/12 sono risultate assistibili dal Servizio Sanitario Provinciale, includendo quindi anche tutti i residenti che nel corso dell'anno sono entrati a far parte della popolazione (nati e trasferiti in provincia) o ne sono usciti (deceduti o trasferiti fuori provincia);
- **POPOLAZIONE RESIDENTE BDPA PER ANNI VISSUTI:** considera il numero di giornate/anno in cui un cittadino residente è stato effettivamente a carico del SSP, partendo dal presupposto che una persona entrata a far parte della popolazione in un momento successivo (per esempio un bambino nato il 20 dicembre o un trasferito fuori provincia il 30 giugno) non hanno lo stesso peso di un individuo rimasto per tutto l'anno nella popolazione.

Il terzo tipo di popolazione che si può incontrare nel volume è costituito dalla popolazione fornita dall'Ufficio provinciale di statistica (ASTAT), che definisce la popolazione provinciale ufficiale al 31 dicembre dell'anno di riferimento. In tale popolazione sono inclusi tutti i residenti che risultavano tali ed in vita al 31 dicembre, escludendo quindi tutti i casi di abbandono della popolazione (per morte od emigrazione) antecedenti a tale data, che per una parte dell'anno erano stati comunque in carico al SSP.



Esemplificando come nel diagramma precedente, con quattro individui (A, B, C e D) che fanno registrare presenze o movimenti nella popolazione, avremmo che la popolazione in anni vissuti è pari a 30 mesi, e quindi 2,5 anni persona, la popolazione in teste è pari a 4 unità e la popolazione al 31 dicembre è pari a 2 unità.

Nella realtà, la popolazione fornita dall'ASTAT e riferita al 31 dicembre risulta essere sempre maggiore rispetto alla popolazione risultante dalla BDPA (indipendentemente dalle modalità di calcolo).

Per rendere possibile il confronto dei dati di trend è stato conseguentemente necessario ricalcolare gli indicatori anche per gli anni precedenti (possibile a partire dal 2004). Rispetto al calcolo con la popolazione ASTAT al denominatore, avremmo quindi in generale un cambiamento della misura degli indicatori, legato non ad una variazione nel fenomeno ma solo alla modalità di calcolo. Il discorso vale anche per il confronto con gli indicatori nazionali, calcolati sulla base della popolazione ISTAT.

Le diverse esigenze di calcolo degli indicatori secondo gli argomenti affrontati nella Relazione Sanitaria hanno portato a privilegiare l'utilizzo della popolazione BDPA in anni vissuti per i dati sulla popolazione generale, per gli indicatori a carattere epidemiologico, per gli indicatori sull'assistenza farmaceutica ed il personale sanitario. La popolazione BDPA calcolata in teste è utilizzata nel caso delle attività sanitarie, e quindi per gli indicatori di assistenza ospedaliera e specialistica. Per gli indicatori economici si è continuato ad utilizzare la popolazione fornita dall'ASTAT.

1.1.1. La distribuzione sul territorio

La classificazione armonizzata europea NUTS prevede una suddivisione del territorio in aree statistiche di riferimento secondo tre livelli territoriali (NUTS 1, 2, 3).

Il livello NUTS 1, comprende per l'Italia le 5 ripartizioni geografiche (Nord-ovest, Nord-est, Centro, Sud e Isole). Il livello NUTS 2 è composto dalle 19 regioni e le due province autonome di Trento e Bolzano. Nel livello NUTS 3 si contano le 107 province italiane.

La superficie media delle unità NUTS 2 italiane è pari a 14.349 km²; la popolazione mediamente residente è di 2,8 milioni abitanti. Le nove NUTS 2 austriache hanno una superficie media di 9.316 km² ed una popolazione media di 920 mila residenti (ISTAT, dati 2006).

La Provincia Autonoma di Bolzano si estende su 7.400,4 km² di territorio interamente montano, ed è suddivisa in 116 comuni, 20 distretti ed un'azienda sanitaria.

La popolazione residente nel 2007 secondo l'anagrafe sanitaria, espressa in anni vissuti, è pari a 483.016 unità, per una densità di 65,3 abitanti per km². La densità abitativa in Italia è pari a 195,6 abitanti per km², 98,8 abitanti per km² quella in Austria (ISTAT, dati 2006).

Tabella 1: **Popolazione residente per distretto sanitario (anni vissuti) – Anni 2004-2007**

	2004	2005	2006	2007
Val Gardena	8.843	8.879	8.884	8.896
Val d'Ega-Sciliar	18.550	18.810	18.964	19.230
Salto-Sarentino-Renon	17.808	17.955	18.038	18.225
Oltradige	26.089	26.484	26.790	27.162
Laives-Bronzolo-Vadena	18.703	19.055	19.320	19.606
Bassa Atesina	22.355	22.815	23.059	23.200
Bolzano-città	97.612	97.781	98.086	98.267
Alta Venosta	15.248	15.286	15.352	15.478
Media Venosta	17.573	17.667	17.742	17.826
Naturno e circondario	10.184	10.296	10.395	10.533
Lana e circondario	22.000	22.303	22.309	22.592
Merano e circondario	48.680	49.192	49.784	50.614
Val Passiria	8.505	8.540	8.561	8.616
Alta Valle d'Isarco	17.847	17.715	17.865	18.019
Bressanone e circondario	33.502	34.020	34.473	34.968
Chiusa e circondario	15.533	15.762	15.881	16.095
Tures-Val Aurina	12.574	12.631	12.704	12.756
Brunico e circondario	33.823	34.259	34.457	34.750
Alta Val Pusteria	14.918	14.977	14.994	15.092
Val Badia	10.013	10.104	10.131	10.133
Non attribuito	992	1.075	1.191	959
Arrotondamento	-1	-	-	-1
Totale	471.351	475.606	478.980	483.016

Fonte: BDPA

Il grado di urbanizzazione secondo la definizione Eurostat prevede un livello alto in presenza di una densità abitativa superiore a 500 abitanti per km² e un ammontare complessivo di popolazione di almeno 50.000 abitanti; un livello medio per densità superiore a 100 abitanti per km² e, in un'area con una popolazione superiore a 50.000 abitanti oppure confinante con un territorio ad alto grado di urbanizzazione. Negli altri casi il grado di urbanizzazione è classificato basso.

Il 55,9% del territorio provinciale presenta un basso grado di urbanizzazione (16,1% in Italia, 40% in Austria), il 20,3% un grado medio ed il 23,8% un grado di urbanizzazione alto (44,6% in Italia, 35% in Austria) (ISTAT, dati 2000-2001).

1.1.2. Struttura della popolazione

Il rapporto medio di mascolinità è pari a 96,6 uomini per 100 donne. Il rapporto tra residenti di sesso maschile e femminile è favorevole agli uomini fino a 54 anni d'età, mentre alle età più anziane, a causa della maggiore mortalità maschile, diventa preponderante nella popolazione la componente femminile.

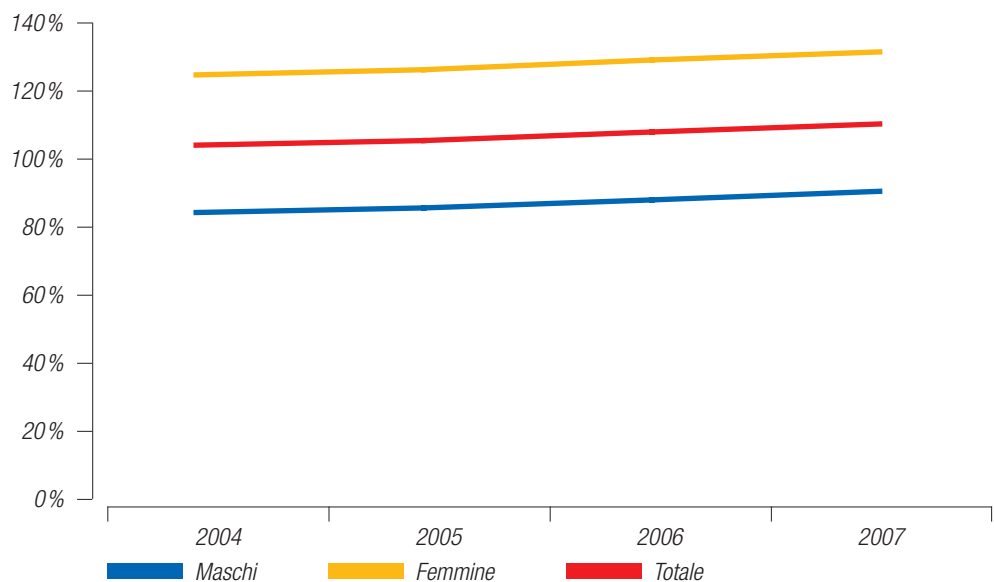
Il declino della natalità, iniziato in Italia dopo il boom demografico degli anni sessanta e stabilizzatosi dall'inizio degli anni ottanta, è una delle cause del progressivo invecchiamento della popolazione. L'invecchiamento della popolazione in Provincia di Bolzano è attenuato in parte dagli ancora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

L'età media della popolazione è pari a 40,6 anni (39,2 anni per la popolazione maschile e 42,0 per quella femminile). L'età media è più bassa nel distretto della Val Passiria (37,2 anni) e più alta nel distretto di Bolzano-città (44,7 anni).

L'indice di vecchiaia (109,8%), è in continua crescita, ed evidenzia valori più elevati tra le donne (130,6%) rispetto agli uomini (90,2%). Il valore dell'indice provinciale rimane tutta-

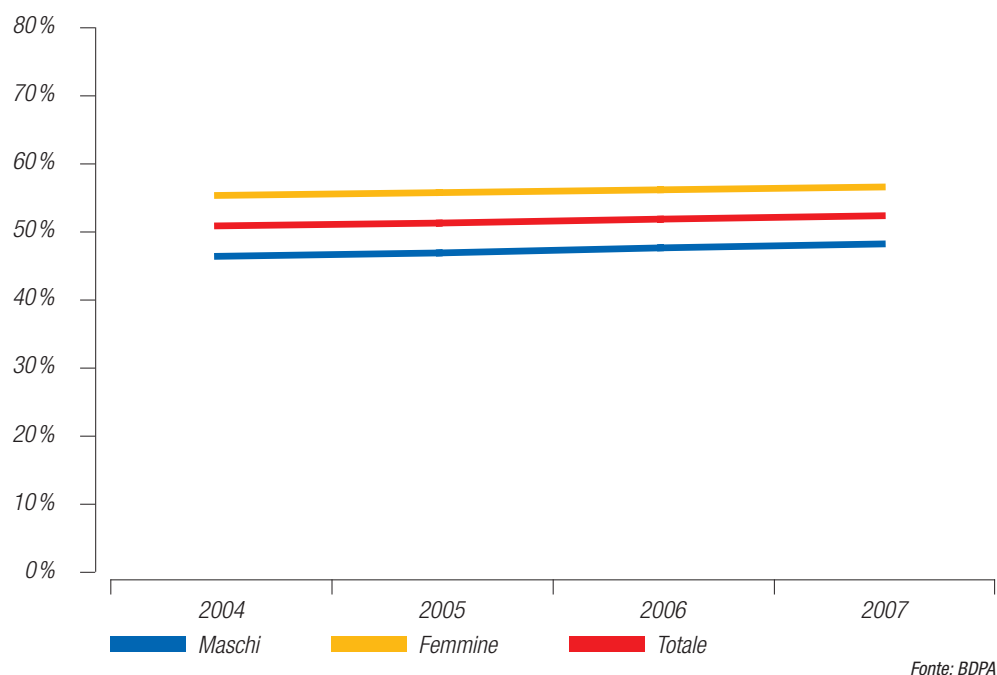
via significativamente inferiore a quello nazionale, pari a 141,7% (ISTAT, dato 2006). Tra i distretti risulta più giovane quello della Val Passiria (76,4%) e più vecchio quello di Bolzano città (174,7%).

Figura 1: **Indice di vecchiaia per genere. Provincia di Bolzano – Anni 2004-2007**



L'indice di dipendenza (52,2%) 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 costante crescita nell'ultimo decennio ed è più elevato tra le donne (56,3%) rispetto agli uomini (48,2%). Il valore nazionale dell'indice è pari a 52,6% (ISTAT, 2006).

Figura 2: **Indice di dipendenza per genere. Provincia di Bolzano – Anni 2004-2007**

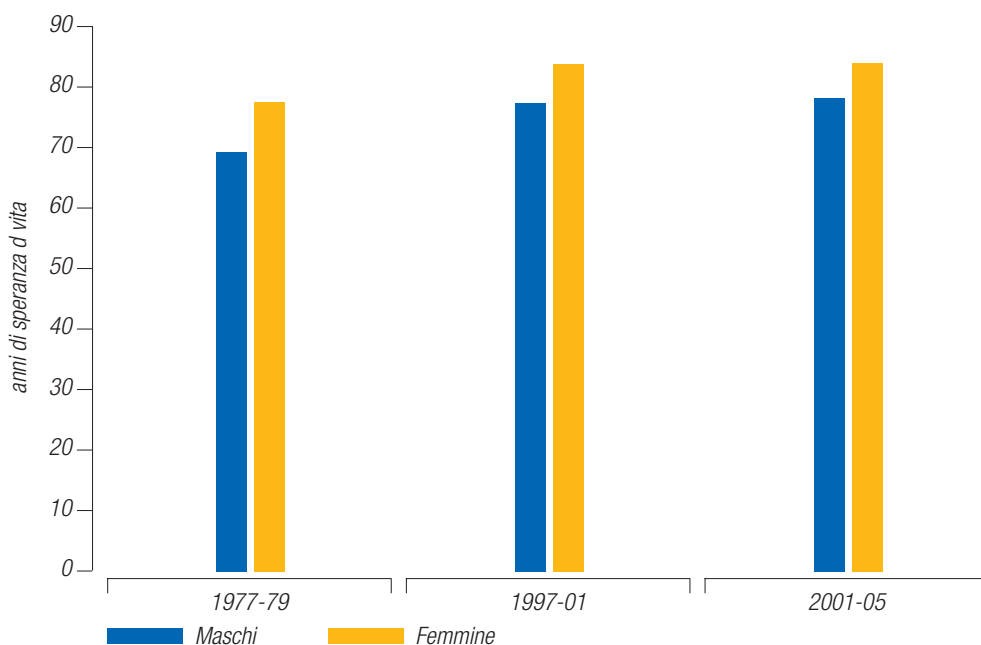


**SPERANZA DI VITA
ALLA NASCITA**
1.1.3. Speranza di vita

La speranza di vita alla nascita secondo le tavole di mortalità provinciali del periodo 2001-2005 è pari a 78,0 anni per gli uomini e 83,7 anni per le donne. I valori sono analoghi a quelli rilevati a livello nazionale (77,9 anni di speranza di vita per i maschi ed 83,7 per le donne secondo la tavola ISTAT 2004) e tra i più elevati nel contesto internazionale. La speranza di vita alla nascita è in 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'ultimo quarto di secolo sono stati guadagnati quindi 8,9 anni di speranza di vita alla nascita per gli uomini e 6,5 anni per le donne.

Figura 3: **Speranza di vita alla nascita. Tavole di mortalità 1977-79/1997-01/2001-05**


**SPERANZA DI VITA
A DIVERSE ETÀ**

La sopravvivenza delle donne è maggiore rispetto agli uomini a tutte le età: la probabilità di morte degli uomini è doppia rispetto a quella delle donne all'età di 18 anni, è quattro volte superiore all'età di 20 anni ed otto volte all'età di 32 anni.

Il differenziale di sopravvivenza per genere è tuttavia in progressiva diminuzione nel corso degli anni (da 8,1 anni delle tavole 1977-79 a 5,7 delle tavole più recenti).

La maggiore speranza di vita delle donne deriva da una maggiore protezione di queste ultime rispetto alle malattie cardiovascolari, ai tumori ed alle cause accidentali. Decisivo in tal senso è il diverso profilo di genere riguardo ai comportamenti individuali ed agli stili di vita, ma anche la diversa esposizione ai rischi lavorativi.

Figura 4: Probabilità di morte per genere ed età. Tavola di mortalità 2001-05

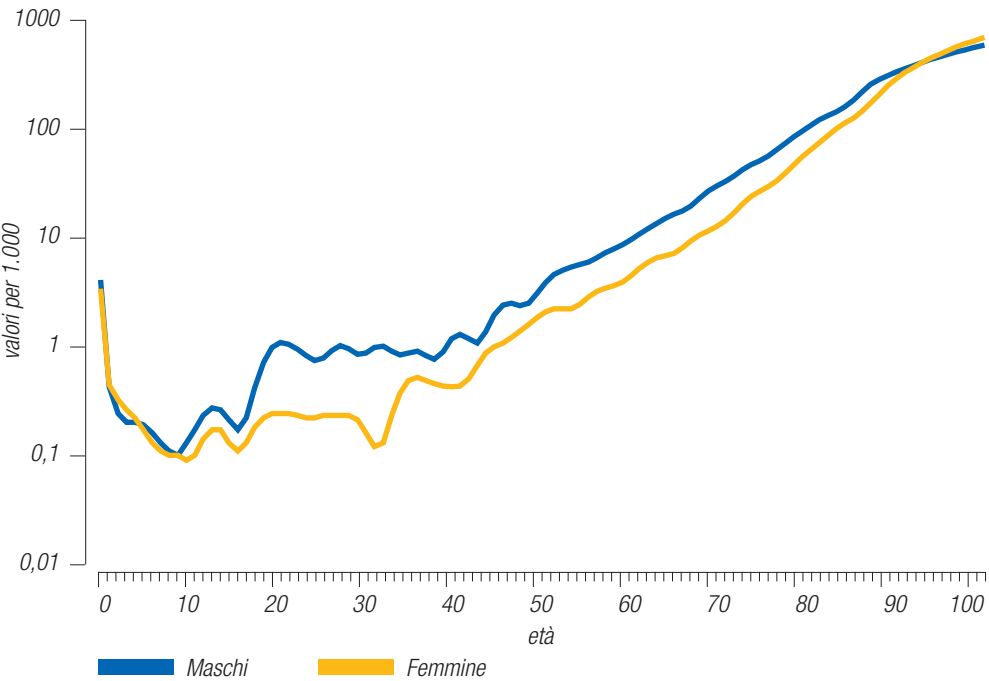
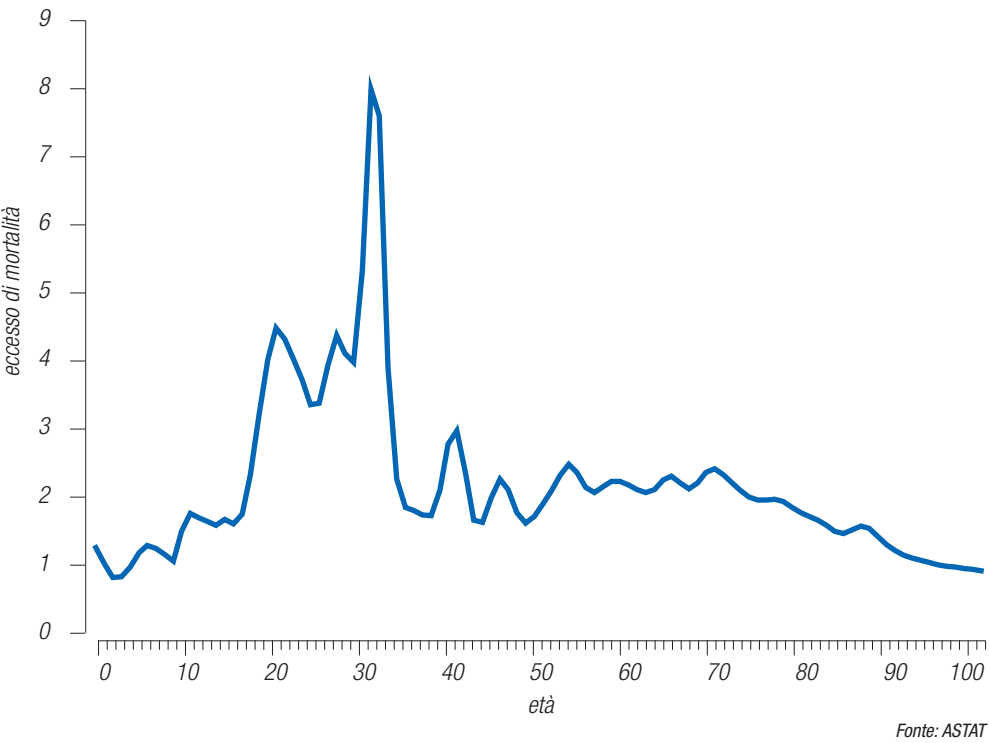


Figura 5: Eccesso di mortalità maschile per età. Tavola di mortalità 2001-05



**POPOLAZIONE
FEMMINILE IN ETÀ
FERTILE**

1.1.4. Natalità e fecondità

La popolazione femminile in età feconda (assunta per convenzione come quella tra 15 e 49 anni) è pari a 115.812 donne, cresciuta mediamente ogni anno del 6,3‰ tra il 2004 ed il 2007. In questo contingente si osserva una diminuzione della proporzione delle donne più giovani, quelle tra 15 e 29 anni, che diminuiscono dal 35,2% del 2004 al 34,8% del 2007, mentre aumenta nel contempo la proporzione di donne più anziane, quelle in età compresa tra 40 e 49 anni, che passano dal 30,3% del 2004 al 32,8% del 2007. Il progressivo invecchiamento della popolazione femminile in età fertile è confermato anche dall'aumento dell'età media delle donne fertili, cresciuta da 33,2 anni nel 2004 a 33,5 anni nel 2007.

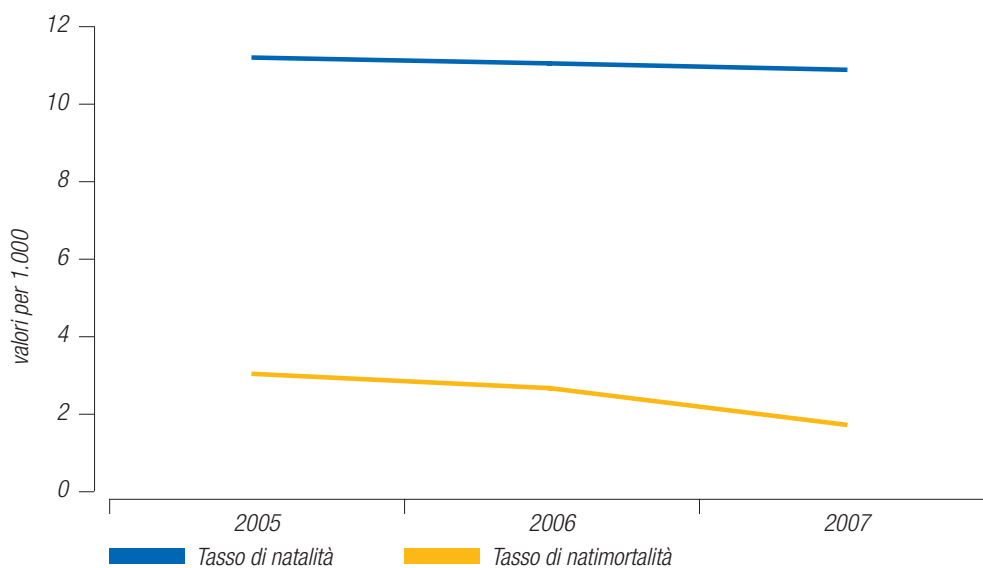
NATALITÀ

I bambini nati vivi in Provincia nel 2007 da donne residenti sono stati 5.238, per un corrispondente tasso di natalità pari a 10,8 per 1.000 residenti (9,5‰ a livello nazionale nel 2006, 10,6‰ quello dell'Unione Europea). La tendenza negli ultimi tre anni è quella di una riduzione del fenomeno, anche come conseguenza all'invecchiamento della popolazione.

NATIMORTALITÀ

I casi di natimortalità nel 2007, che fanno riferimento ai nati morti per i quali la durata della gestazione sia stata superiore a 28 settimane, sono stati 9 (1,7 per 1.000 nati vivi). La natimortalità è in calo negli ultimi tre anni, con una diminuzione in termini assoluti di 5 casi rispetto al 2005 e di 7 casi rispetto al 2004.

Figura 6: **Tassi di natalità e natimortalità. Provincia di Bolzano – Anni 2005-07**



Fonte: CEDAP

ETÀ MEDIA AL PARTO

L'età media delle nuove madri nel 2007 è di 31,2 anni, leggermente più anziane della media nazionale (31,0 anni). In particolare l'età media alla nascita del primo figlio è pari a 29,5 anni.

FECONDITÀ

Il Tasso di Fecondità Totale (TFT) calcolato per contemporanee, indica in 1,59 il numero medio di figli per donna in provincia nel 2007, a fronte di un valore nazionale pari 1,35 (ISTAT, 2006). La fecondità nel periodo 2005-2007 tende a concentrarsi attorno all'età di 30 anni ed è spiegata per il 48,5% da nascite del primo ordine (età media 29,5 anni), per il 35,7% da nascite del secondo ordine (età media 31,8 anni), per l'11,9% da nascite del terzo ordine (età media 33,7 anni) e per il restante 3,9% da nascite di ordine successivo (età media 35,8 anni).

Figura 7: Tassi di fecondità specifica per età. Provincia di Bolzano – Media 2005-07

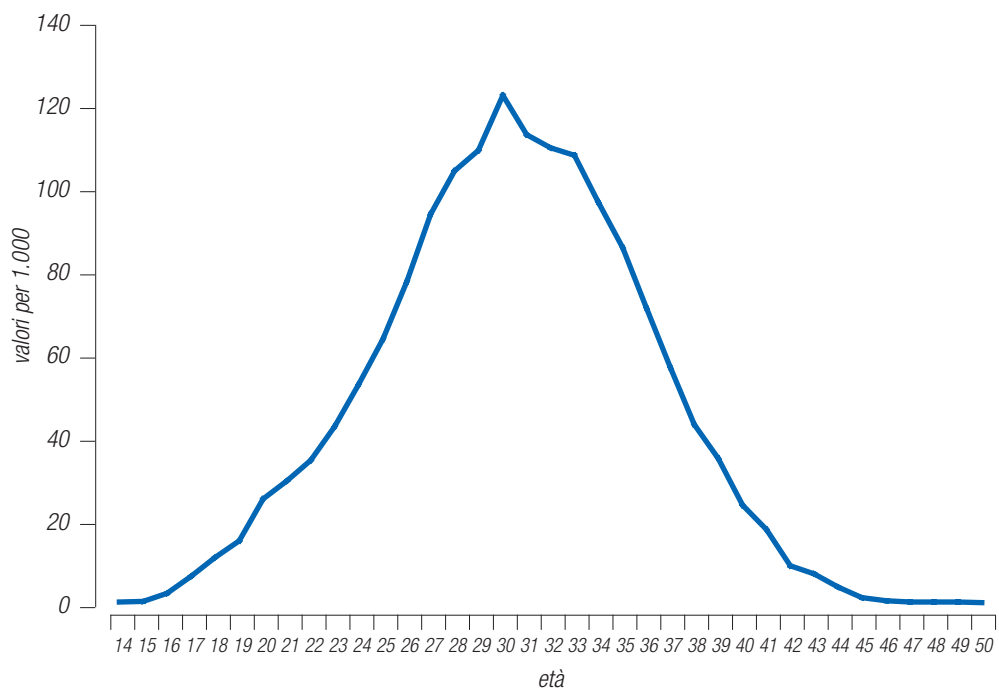
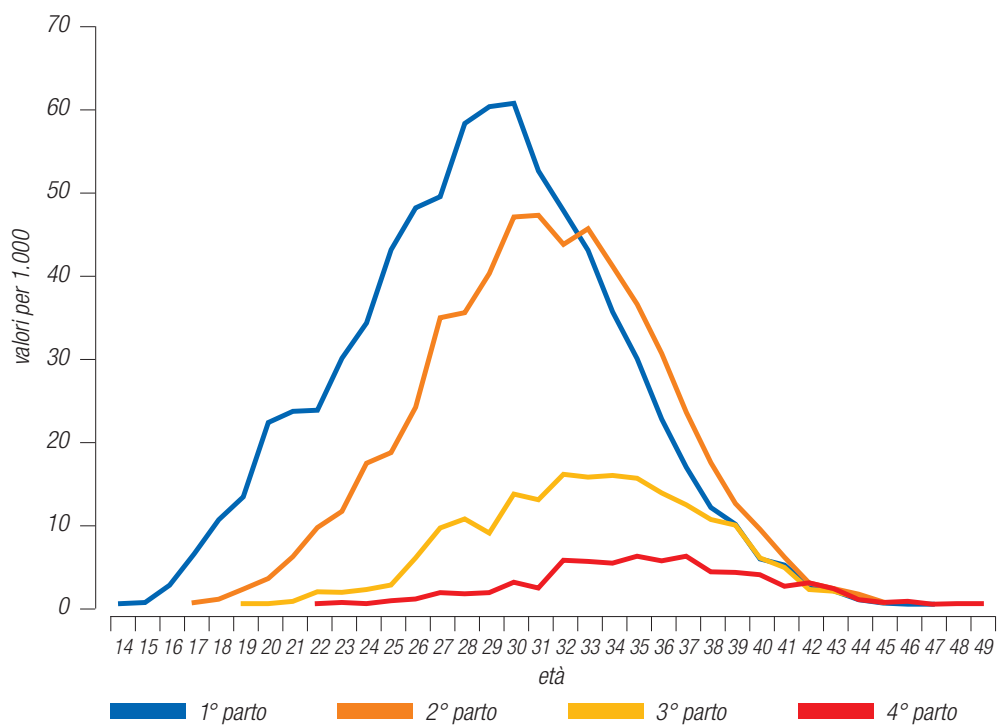
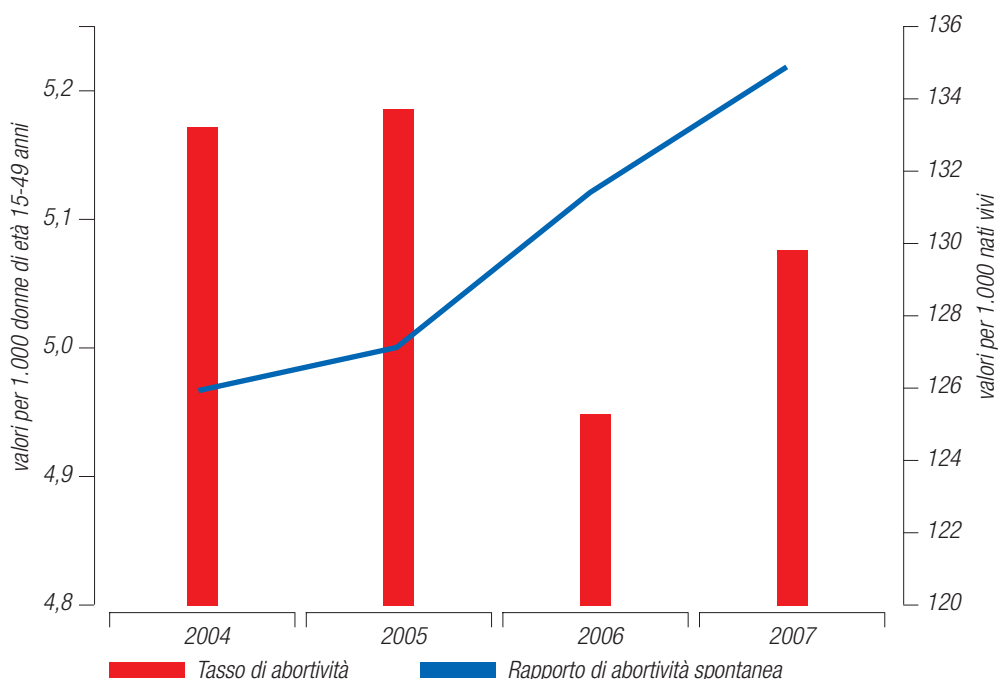


Figura 8: Tassi fecondità specifica per età ed ordine di nascita. Provincia di Bolzano – Media 2005-07



La durata della gravidanza che discrimina tra aborto e nato morto secondo la legislazione italiana è pari a 180 giorni (25 settimane + 5 giorni). Le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) di donne residenti sono state 582, con un aumento di 18 casi rispetto al 2006. Il tasso di abortività volontaria (5,0 per 1.000 nel 2007) è tendenzialmente stabile nel periodo 2004-2007 e costantemente inferiore al valore nazionale (8,9 per 1.000 nel 2005). Il numero di aborti spontanei (706 nel 2007, pari a 134,8 per 1.000 nati vivi) è in progressiva crescita a partire dall'inizio degli anni novanta, tale fenomeno è spiegato sia da un progressivo miglioramento nel tempo della rilevazione, sia da una maggiore diffusione dei fattori di rischio, tra i quali va considerato lo spostamento in avanti dell'età media della donna al concepimento.

Figura 9: **Tasso di abortività volontaria e rapporto di abortività spontanea. Provincia di Bolzano – Anni 2004-2007**



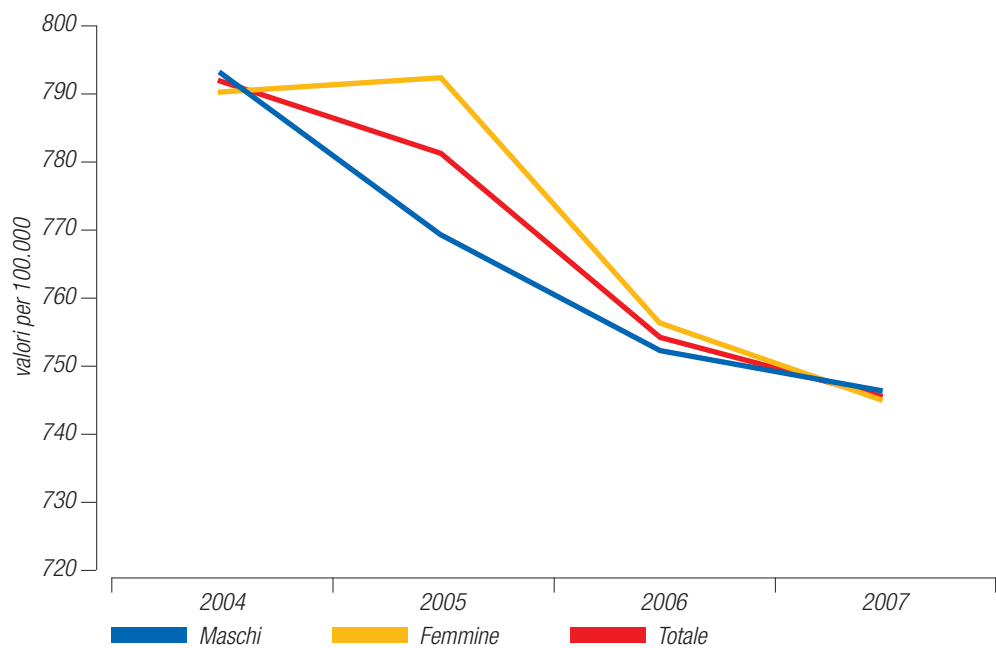
Fonte: ASTAT

1.1.5. Mortalità

Il numero assoluto di decessi di residenti è in diminuzione negli ultimi tre anni (3.714 nel 2005, 3.612 nel 2006 e 3.601 nel 2007). In diminuzione risulta anche il tasso di mortalità ($745,5 \times 100.000$, $746,0 \times 100.000$ tra i maschi e $745,1 \times 100.000$ tra le femmine). In termini di tasso standardizzato il trend in diminuzione della mortalità è evidente sia per il genere maschile che per quello femminile.

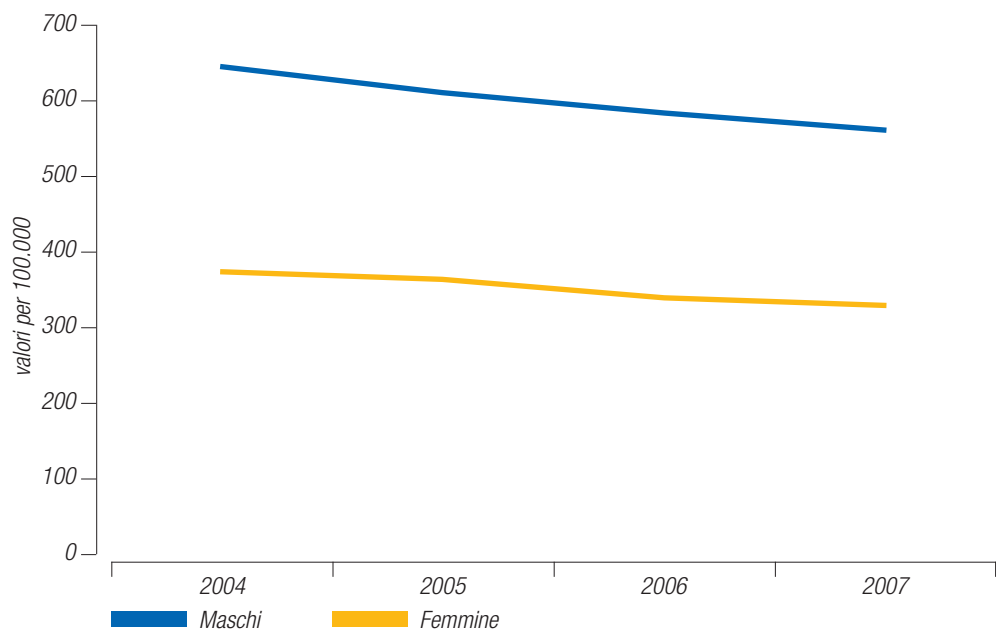
A livello di comprensorio sanitario non si rilevano differenze significative dei livelli di mortalità riscontrati nel 2007.

Figura 10: Tasso grezzo di mortalità per sesso – Anni 2004-2007



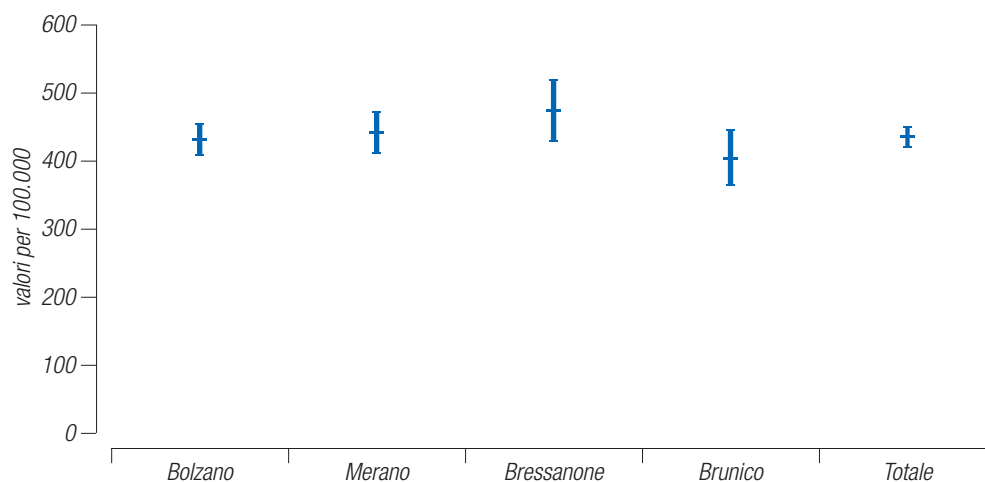
Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

Figura 11: Tasso standardizzato di mortalità per sesso – Anni 2004-2007



Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

Figura 12: Tasso standardizzato di mortalità per Comprensorio Sanitario – Anno 2007



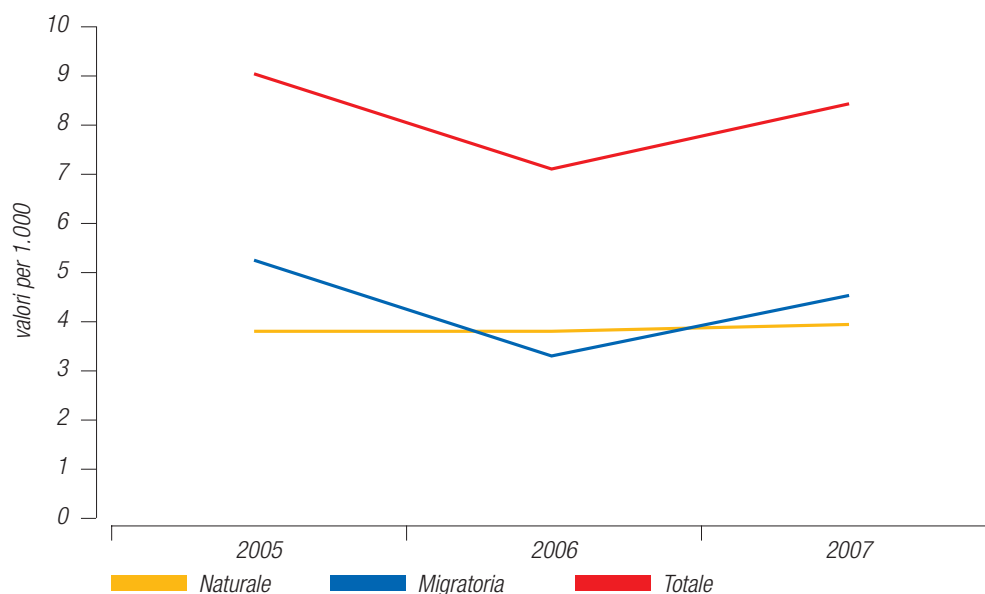
Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

1.1.6. Dinamica demografica

La crescita della popolazione nel corso del 2007 è stata pari a 8,4 unità per 1.000 abitanti, superiore al valore nazionale (6,7‰ il dato ISTAT 2007). In generale la crescita è elevata nelle regioni del Nord (9,4‰ nel Nord-Est e 7,6‰ nel Nord-Ovest) e del centro (9,0‰), mentre è minore nelle isole (2,2‰) e negativa nelle regioni del Sud (-2,5‰).

La componente più importante della crescita della popolazione è costituita dal saldo migratorio, 4,5‰ in provincia di Bolzano, con una stima complessiva nazionale pari al 6,6‰. Il saldo naturale si conferma positivo a livello nazionale per il secondo anno consecutivo dopo il periodo che si prolungava dal 1992, caratterizzato da un numero maggiore di decessi rispetto alle nascite (+0,1‰). In provincia di Bolzano la crescita naturale si conferma ai livelli più elevati.

Figura 13: Tasso di crescita della popolazione residente per componente. Provincia di Bolzano – Anni 2005-2007



Fonte: BDPA

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 2007 sono stimate pari a 233.700 unità, e sono cresciute di oltre 20.000 unità negli ultimi dieci anni.

Il tasso di occupazione indica che il 69,8% della popolazione di età compresa tra 15 e 64 anni risulta occupato (il 79,5% dei maschi ed il 59,8% delle femmine), rispetto ad una media nazionale del 58,7%. Il livello occupazionale in provincia ha già superato per i maschi l'obiettivo europeo del 70% entro il 2010, ed è prossimo all'obiettivo del 60% fissato per la popolazione femminile. Gli occupati sono 229.500, il 58,1% dei quali di sesso maschile. Il 70,0% dei lavoratori è occupato nel settore dei servizi, il 23,1% nell'industria ed il 6,9% in agricoltura. Nel settore dei servizi predomina la componente lavorativa femminile (51,7% degli occupati) mentre nell'industria ed in agricoltura sono in maggior numero i lavoratori maschi (85,3% e 67,7% rispettivamente). I lavoratori dipendenti sono pari al 74,0% degli occupati.

Negli ultimi cinque anni è diminuito del 39,0% il numero degli occupati nell'agricoltura e del 5,4% di quelli nell'industria, mentre sono cresciuti del 13,4% gli addetti nel settore dei servizi.

I lavoratori a tempo parziale sono pari al 18,7% degli occupati. Tra i lavoratori a tempo pieno sono in maggior numero gli uomini (67,9%), mentre nel tempo parziale predominano le donne (84,4%).

Il tasso di attività, che esprime la quota delle forze lavoro sulla popolazione in età 15-64 anni, si è sempre mantenuto al di sopra del 70% negli ultimi cinque anni (71,7% nel 2007), in linea con la media europea del 70,2% (ISTAT, 2006), e costantemente superiore al tasso nazionale (62,5%, ISTAT 2007).

Il dato è stabile tra i maschi mentre è in leggero aumento tra le femmine (da 60,6% del 2002 a 61,9% del 2007).

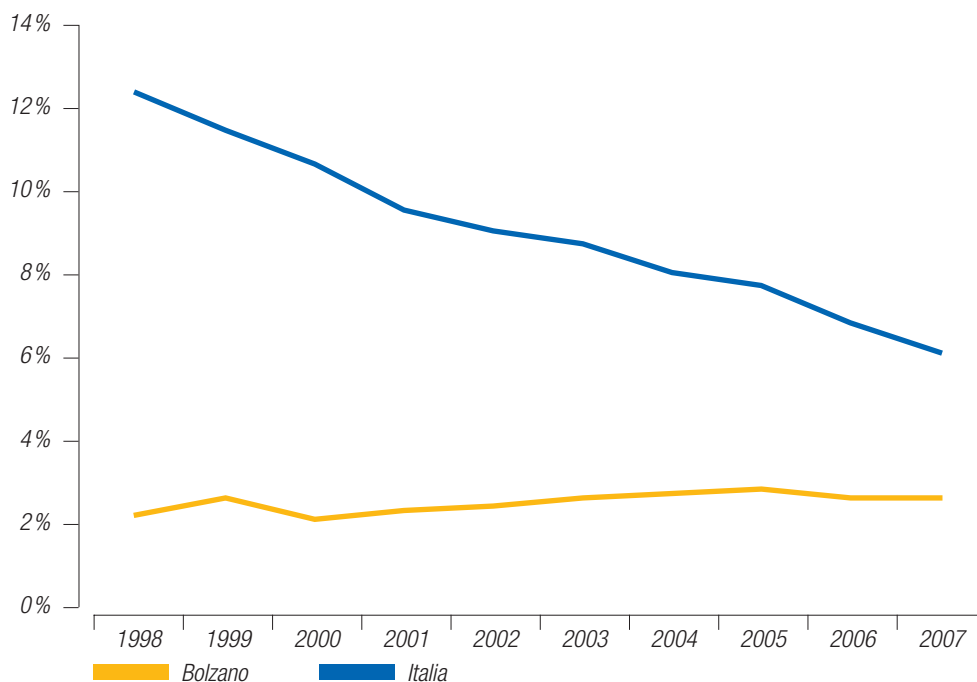
Il tasso di disoccupazione registrato per l'anno 2007 è pari al 2,6%, invariato rispetto l'anno precedente e in ogni modo attestato su livelli fisiologici. Dal 1998 si registra una costante diminuzione del tasso di disoccupazione a livello nazionale (6,1% nel 2007). Tra i paesi dell'Unione Europea, i tassi di disoccupazione più bassi si registrano nei Paesi Bassi, Danimarca e Lussemburgo, con valori pari o inferiori al 3,5% (ISTAT, 2006).

TASSO DI OCCUPAZIONE

TASSO DI ATTIVITÀ

**TASSO DI
DISOCCUPAZIONE**

Figura 14: Tasso di disoccupazione, Provincia di Bolzano e Italia – Anni 1998-2007



Fonte: ISTAT, ASTAT

1.2.2. Prodotto Interno Lordo e reddito

PIL

Il risultato finale dell'attività di produzione da parte delle unità produttive residenti costituisce il prodotto interno lordo (PIL), che è generalmente considerato una delle più importanti misure della ricchezza e del benessere di un Paese, così come il PIL pro capite è considerato un indicatore del livello di ricchezza individuale. Il PIL di fatto conteggia solo le transazioni monetarie, trascurando aspetti anche importanti della vita economica e sociale.

Nel 2007 il prodotto interno lordo per abitante italiano è cresciuto dell'1,5 per cento rispetto l'anno precedente. Dal 2000 l'Italia sperimenta un tasso di crescita più modesto di quello medio dell'Unione europea. Le differenze regionali permangono sensibili e il divario del Mezzogiorno con il Centro-Nord si mantiene pressoché invariato.

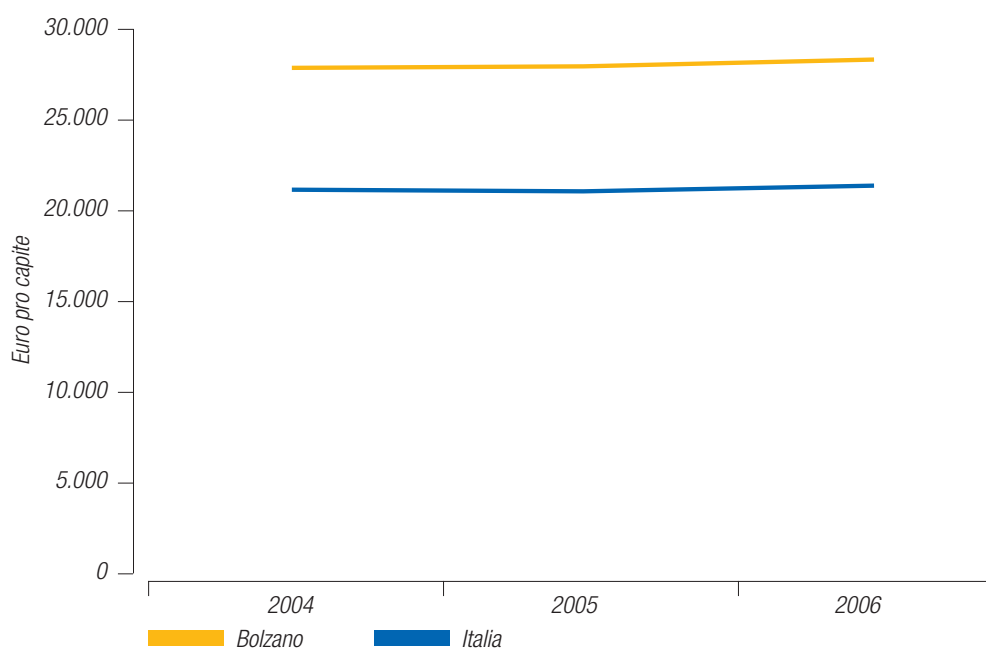
Il PIL pro capite della popolazione provinciale (28.202 Euro nel 2006) si mantiene costantemente superiore alla media italiana (21.238 Euro), e la Provincia si conferma insieme a Lombardia e Valle d'Aosta ai vertici della classifica nazionale.

REDDITO

Nel 2005, il 50% delle famiglie italiane ha percepito un reddito netto inferiore a 22.460 Euro (circa 1.872 euro mensili), mentre il reddito medio annuo è pari a 27.736 Euro, con una concentrazione secondo l'indice di Gini pari a 0,321.

Il reddito medio annuo in Provincia di Bolzano nel 2005 è di 32.008 Euro, con il 50% delle famiglie che non supera la soglia di 27.082 Euro. L'indice di concentrazione di Gini (che varia da zero in situazioni di equidistribuzione a 1 in situazioni di reddito concentrato totalmente nelle mani di una singola unità) è pari a 0,267, che dimostra una maggiore distribuzione del reddito rispetto alla media nazionale (pari a 0,321). Indici di concentrazione contenuti si rilevano tra i paesi dell'Unione Europea in Svezia, Danimarca, Slovenia e Bulgaria (0,24), Repubblica Ceca e Austria (0,25), Finlandia e Paesi Bassi (0,26). Le situazioni peggiori invece si hanno in Lettonia (0,39), Portogallo (0,38), Lituania (0,35) e Grecia (0,34).

Figura 15: **PIL pro capite a prezzi costanti 2000. Provincia di Bolzano e Italia – Anni 2004-2006**



Fonte: ISTAT, ASTAT

1.2.3. Consumi delle famiglie e povertà

La spesa media mensile delle famiglie nel 2007 è stata, a livello nazionale, pari a 2.480 Euro, con un aumento di 19 Euro rispetto l'anno precedente (+0,8%). In presenza nello stesso anno di un'inflazione media del 1,8% si assiste in realtà ad una flessione dei consumi. In provincia di Bolzano la spesa media mensile nel 2007 è stata pari a 2.866 Euro (+15,6% rispetto al dato nazionale).

La spesa provinciale per consumi, dopo aver raggiunto il valore massimo di 3.228 Euro nel 2005, è risultata in calo negli anni successivi, con una contrazione nel 2007 dell'1,4% (al lordo dell'inflazione) rispetto al 2006 (-40 Euro). La Provincia di Bolzano si colloca, dietro a Veneto e Lombardia, tra le regioni con la più alta spesa media delle famiglie.

La componente più importante della spesa delle famiglie è costituita dalle spese per l'abitazione (comprensiva di affitto, spese condominiali e manutenzione ordinaria e straordinaria), pari al 27,2% della spesa complessiva (26,7% a livello nazionale). Altre componenti importanti sono alimentari e bevande (15,0% in Provincia, 18,8% in Italia) e trasporti (14,2% in Provincia, 14,7% in Italia).

La spesa per prodotti e servizi sanitari (al netto dei contributi per il servizio sanitario) nel 2007 è stata pari al 4,0% della spesa complessiva a livello nazionale ed al 3,3% a livello locale.

Attraverso l'indagine ISTAT sui consumi delle famiglie viene calcolata la soglia di povertà, che individua in modo convenzionale la soglia di spesa al di sotto della quale una famiglia viene definita povera in termini relativi. Nel 2006 il numero di individui poveri è pari a 7.537.000, corrispondenti al 12,9% della popolazione ed all'11,1% delle famiglie. Il numero di poveri in Provincia di Bolzano nel 2006 è pari a 40.675 (8,5% della popolazione), mentre le famiglie sotto la soglia di povertà sono il 7,1%, il 5,3% nel vicino Trentino.

**CONSUMI DELLE
FAMIGLIE**

POVERTÀ

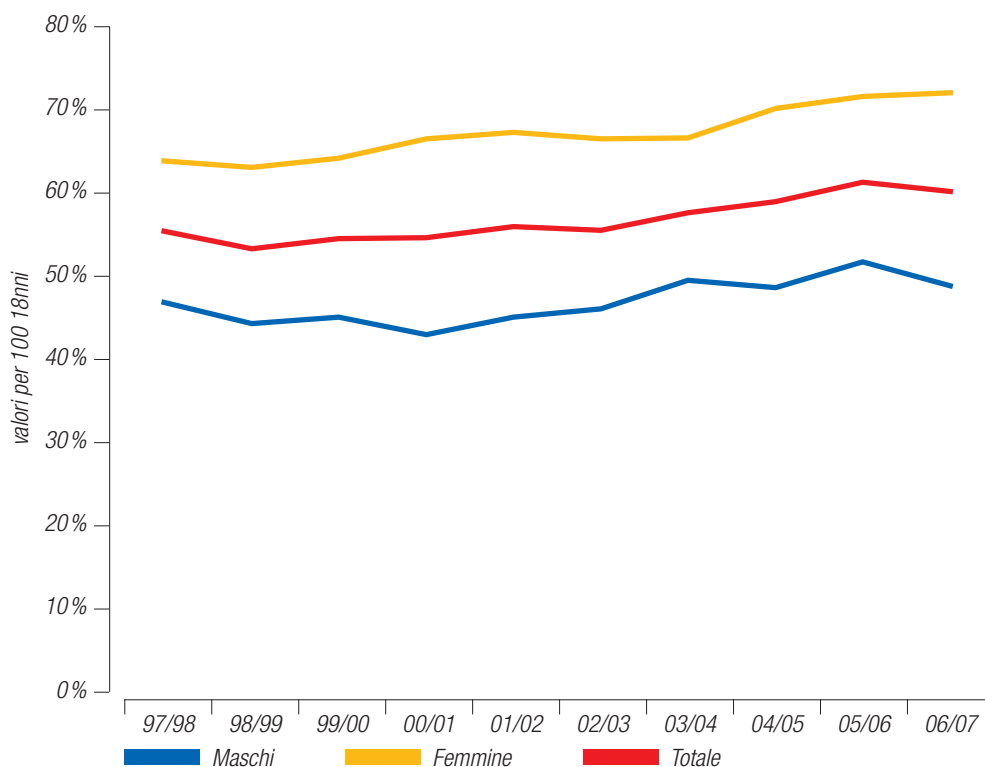
1.3. ISTRUZIONE

I bambini iscritti alle scuole dell'infanzia provinciali nell'anno scolastico 2007/08 sono 15.135, pari al 94,4% della popolazione di età compresa tra 3 e 5 anni. Nell'anno scolastico 2006/07 sono stati licenziati 5.604 scolari dalle scuole elementari (pari al 99,7% degli esaminati) e 5.395 studenti dalle scuole medie (il 96,9% degli esaminati). Nel 2007, il 52,6% della popolazione di età compresa tra 25 e 64 anni risulta aver conseguito come più elevato titolo di studio la licenza media inferiore (ISTAT, 2007), valore in diminuzione rispetto al 2004 (-5,5%) ma comunque superiore alla media nazionale (48,2%). L'Italia è ad ogni modo agli ultimi posti nella graduatoria a livello europeo per questo indicatore, e precede solo Malta, Portogallo e Spagna. Il tasso di proseguimento dalla scuola media inferiore alle scuole medie superiori è pari al 74,2% (-2,1% rispetto all'anno scolastico 2005/06).

Sempre nell'anno scolastico 2006/07 sono stati 3.880 studenti che hanno conseguito un diploma di scuola media superiore (il 98,4% degli esaminati). In particolare, rispetto alla popolazione di 18 anni di età è diplomato il 71,5% delle femmine ed il 59,7% dei maschi. Il tasso di abbandono alla fine del primo anno delle scuole secondarie superiori per l'anno scolastico 2005/06 è pari all'8,7% (11,1% la media nazionale).

La Provincia di Bolzano risulta agli ultimi posti in Italia per il tasso di iscrizione a università nazionali, precedendo solo Friuli-Venezia Giulia e Marche. Rispetto alla popolazione di età compresa tra 19 e 25 anni risulta iscritto all'università nell'anno accademico 2005/06 il 5,4% degli altoatesini, rispetto ad una media nazionale del 41,4%.

Figura 16: **Tasso di conseguimento del diploma di scuola media superiore per genere.**
Provincia di Bolzano – Anni scolastici 1997/98-2006/07



Fonte: ISTAT, ASTAT

1.4. DONNE IN GRAVIDANZA E PIANIFICAZIONE FAMILIARE

1.4.1. Stato civile

I dati del certificato di assistenza al parto rilevano che il 58,0% delle donne che hanno partorito in Alto Adige sono coniugate, il 40,2% nubili, 1,7% separate o divorziate e lo 0,1% vedove. Se si confronta il dato di stato civile con quello registrato a livello nazionale (80,1% di madri coniugate registrate nel 2005 in Italia) emerge la propensione sempre più elevata delle donne altoatesine ad avere figli al di fuori del matrimonio: questa è una scelta che può comportare maggiore fragilità della famiglia rispetto al matrimonio e pertanto tende a diffondersi tra le donne che godono di maggiore indipendenza economica.

STATO CIVILE

Tabella 2: Distribuzione percentuale delle madri per stato civile – Anno 2007

	Stato civile		
	Nubile	Coniugata	Separata, divorziata, vedova
Bolzano	40,2	58,0	1,8
Italia (2005)	17,7	80,1	2,2

Fonte: Azienda Sanitaria – CEDAP, Ministero della Salute

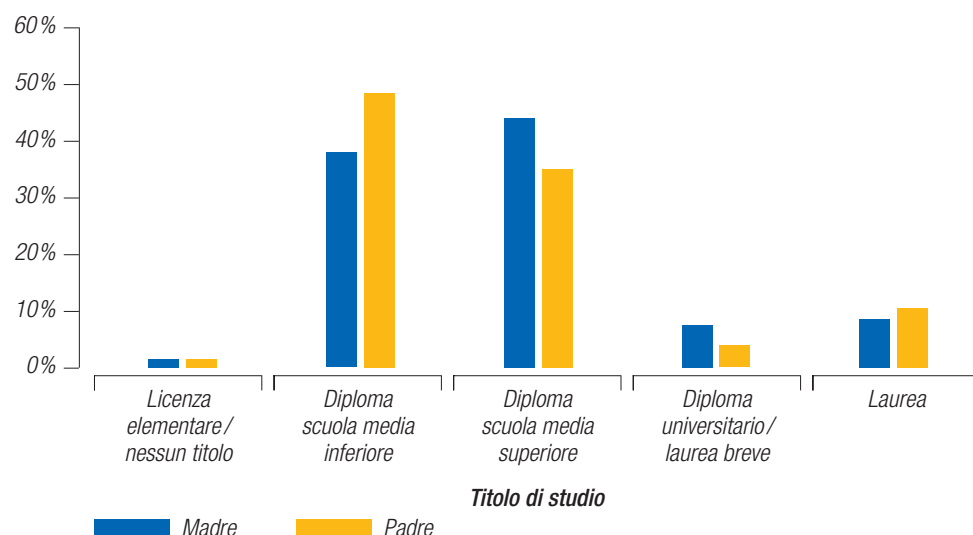
1.4.2. Scolarità e condizione professionale

Il livello culturale della madre è importante perché può influenzare sia l'accesso ai servizi sia le strategie di assistenza verso il feto e il neonato: è un importante indicatore, internazionalmente riconosciuto, del disagio non solo economico.

Sempre secondo i dati del certificato di assistenza al parto, il 39,6% delle madri che hanno partorito presso punti nascita dell'Alto Adige ha una scolarità uguale o inferiore alla licenza di scuola media inferiore, il 44,3% ha acquisito il diploma di scuola media superiore, il 16,1% è laureato o ha un diploma di laurea breve. Per ciò che riguarda la scolarità paterna, emerge invece come questa sia in genere più bassa registrando nel 50,3% dei casi un titoli di studio pari alla licenza media o inferiore (un uomo ogni due registra una scolarità medio-bassa).

SCOLARITÀ

Figura 17: Distribuzione percentuale dei genitori secondo la scolarità – Anno 2007



Fonte: Azienda Sanitaria – CEDAP

CONDIZIONE
PROFESSIONALE

Dal rapporto CedAp si riscontra che il 73,7% delle madri che hanno partorito in Alto Adige nel 2007 ha un'occupazione lavorativa (il 20,3% è impiegata nella pubblica amministrazione, il 13,8% nel commercio/turismo), il 20,6% è casalinga, il 2,1% è disoccupata. Per quanto riguarda la condizione paterna, il 97,0% dei padri ha un'occupazione lavorativa. I nati che hanno entrambi i genitori disoccupati o in cerca di prima occupazione o studenti sono 131 (2,3%).

Tabella 3: **Distribuzione percentuale dei genitori secondo la condizione professionale – Anno 2007**

	Condizione professionale	
	Madre	Padre
Occupata/o	73,7	97,0
Disoccupata/o	2,1	0,6
In cerca di prima occupazione	0,1	0,0
Studentessa/Studente	1,3	0,2
Casalinga/o	20,6	0,1
Altra condizione	2,2	2,1

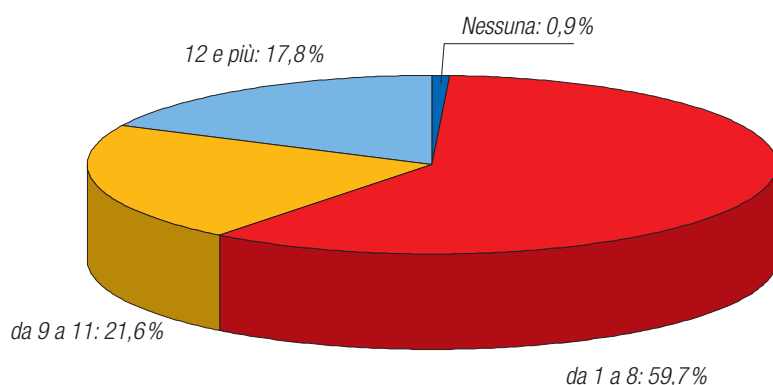
Fonte: Azienda Sanitaria – CEDAP

1.4.3. Gravidanza

Il certificato di assistenza al parto consente la raccolta di informazioni relative a visite ed esami strumentali eseguiti dalla madre nel corso della gravidanza.

Rispetto alle visite di controllo in gravidanza, il numero medio registrato per donna durante il 2007 è pari a 6,7. L'organizzazione Mondiale della Sanità propone un modello di assistenza basato, per le gravidanze a basso rischio, su una media di 4 visite in gravidanza. Il 59,7% delle madri ha effettuato la prima visita entro l'ottava settimana, quindi la prima visita viene eseguita, nella maggior parte dei casi, in epoca gestazionale precoce.

Figura 18: **Epoca (in settimane) della prima visita in gravidanza – Anno 2007**



Fonte: Azienda Sanitaria – CEDAP

ECOGRAFIE

L'ecografia ostetrica è la tecnica più usata nello studio del benessere fetale e nel 2007 in Alto Adige ogni donna ha effettuato mediamente 4,4 ecografie, risultando abbastanza in linea con le pratiche raccomandate dal Ministero della Salute che ne prevedono 3. In generale comunque le procedure diagnostiche effettuate nel periodo della gravidanza sono superiori a quelle identificate dalle raccomandazioni basate sulle prove di efficacia. Ciò evidenzia un'eccessiva medicalizzazione della gravidanza e protocolli non sufficientemen-

te differenziati tra le gravidanze fisiologiche e quelle a rischio, con conseguente possibile trasformazione di gravidanza e parto da eventi naturali in eventi patologici.

Le donne che hanno partorito in Alto Adige nel 2007 ed hanno eseguito almeno un'indagine prenatale invasiva sono 630, pari al 11,1%. Il 4,6% ha effettuato un'amniocentesi e il 2,7% ha effettuato una villocentesi. Rispetto ai valori medi nazionali le donne altoatesine che effettuano un'amniocentesi rappresentano una percentuale molto inferiore (16,1% valore medio nazionale nel 2005). 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 24,0% dei casi.

Tabella 4: **Distribuzione dei parti secondo l'effettuazione di indagini prenatali e età della madre – Anno 2007**

Età	Indagini prenatali							
	Amniocentesi		Villi coriali		Fetoscopia/ Funicolocentesi		Almeno un'indagine	
	%		%		%		%	
Donne < 35 anni	58	1,4	25	0,6	168	4,2	244	6,0
Donne ≥ 35 anni	202	12,5	128	7,9	78	4,8	386	24,0
Totale	260	4,6	153	2,7	246	4,3	630	11,1

Fonte: Azienda Sanitaria – CEDAP

1.4.4. Parto

Valutando le modalità del parto, il 69,1% dei parti è avvenuto nel 2007 per via vaginale e il 6,1% per via vaginale operativa (ventosa o forcipe). Mentre a livello nazionale le percentuali di parti cesarei confermano la tendenza degli anni precedenti, ovvero un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica, in Provincia Autonoma di Bolzano si registra un leggero calo nei valori di parti cesarei (dal 25,5% del 2006 al 24,8% del 2007). Questa percentuale, inferiore rispetto ai valori nazionali pari al 37,3% in Italia nel 2005, comporta vantaggi sia in termini di minor rischio di morte per la madre, sia in termini economici per il servizio pubblico, visto gli elevati costi che un intervento chirurgico comporta.

È possibile anche calcolare la percentuale di parti cesarei depurata¹ NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex): si tratta di un indicatore che misura l'appropriatezza della modalità del parto, mettendo in luce comportamenti dei professionisti riguardo al ricorso al cesareo stesso. Il calcolo della percentuale è depurato da fattori che possono aumentare il ricorso al cesareo stesso (si considerano esclusivamente le donne primipare, con parto non gemellare, con bambino in posizione vertice, con gravidanza a termine e che non abbiano indicazioni di procreazione medico-assistita). Il valore di riferimento del 15% posto dall'OMS, per la percentuale di cesarei grezza, può essere adottato anche per la percentuale depurata (che proprio perché depurata dai fattori di rischio risulta sempre inferiore alla percentuale grezza). Complessivamente a livello provinciale la percentuale di parti cesarei depurata è del 19,3%, in calo rispetto all'anno precedente in cui si attestava sul 21,8%.

Si registra comunque una variabilità di andamento rispetto ai singoli punti nascita della Provincia: le percentuali di parti cesarei depurate variano dal 14,3% dell'Ospedale di Bolzano al 35,4% della Clinica Santa Maria.

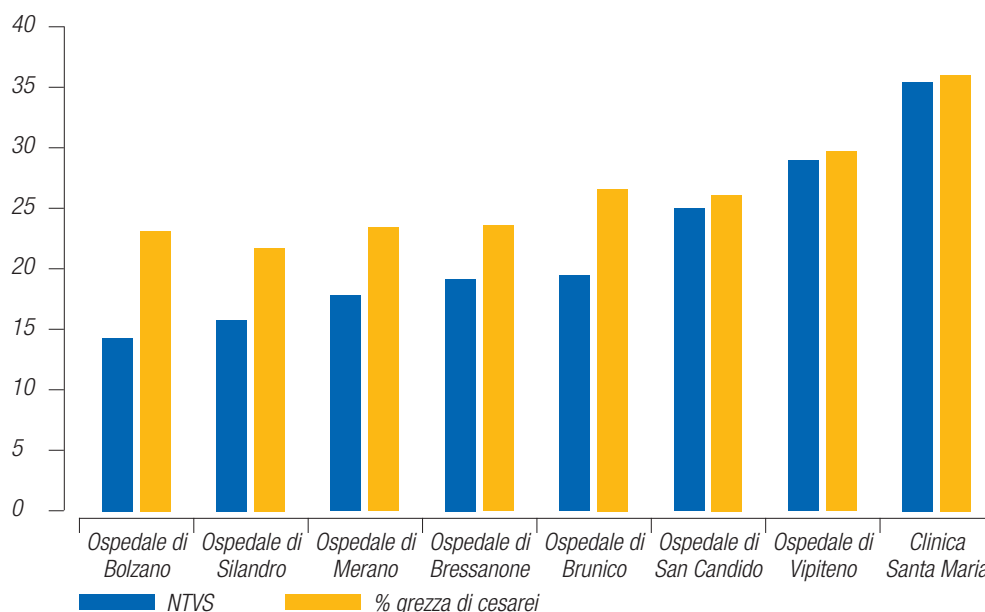
INDAGINI PRENATALI

MODALITÀ DEL PARTO

PERCENTUALE DI PARTI CESAREI NTSV

¹ "La valutazione socio-sanitaria" Regione Toscana

Figura 19: Percentuale di parti cesarei depurata per punto nascita – Anno 2007



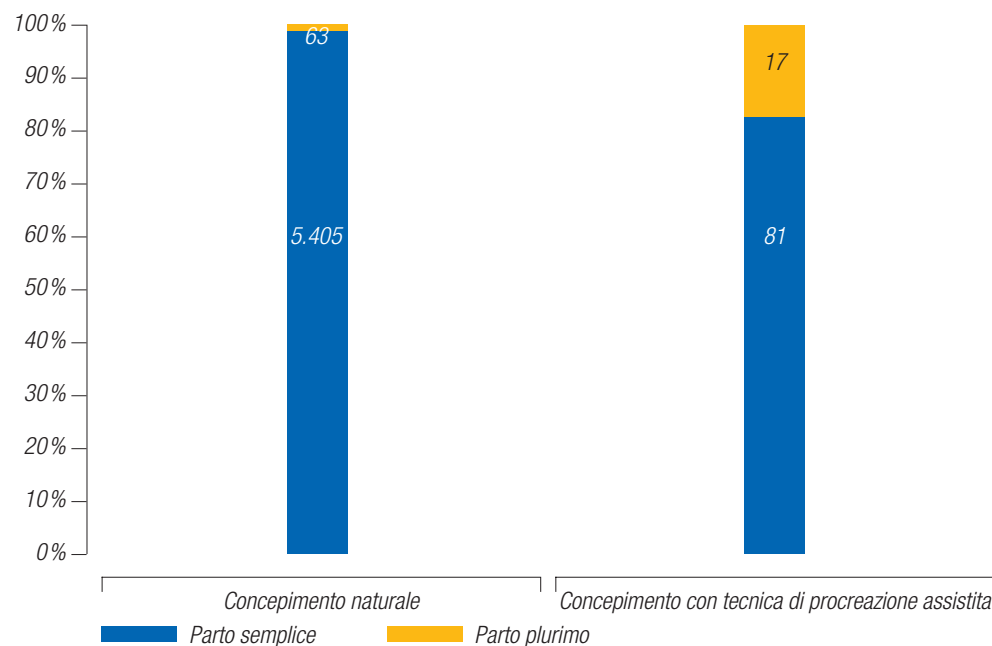
Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – CEDAP

PARTI PLURIMI

I parti plurimi costituiscono il 1,4% del totale (80 parti gemellari per un totale di 163 bambini nati). Il tasso di gravidanze plurime associato alla procreazione medico assistita è del 17,3%.

98 donne pari al 1,8% del totale delle partorienti sono ricorse nel 2007 a tecniche di procreazione assistita, contro 0,9% registrato a livello nazionale nel 2005.

Figura 20: Parti gemellari per tipo di concepimento – Anno 2007



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – CEDAP

PRESENZA DI
PERSONE DI FIDUCIA
IN SALA PARTO

Nel 87,4% dei casi la donna ha accanto a sé al momento del parto una persona di fiducia, rappresentata nel 96,8% dei casi dal papà del bambino, nel 2,5% da un familiare, nel restante 0,7% da altra persona di fiducia della donna. La presenza di una persona amica

rappresenta un'importante opzione per favorire il sostegno emotivo. Le donne che hanno un precoce e continuo supporto durante il travaglio, in particolare da persone che non appartengono allo staff ospedaliero, ricorrono meno frequentemente all'analgesia.

1.4.5. Pianificazione familiare

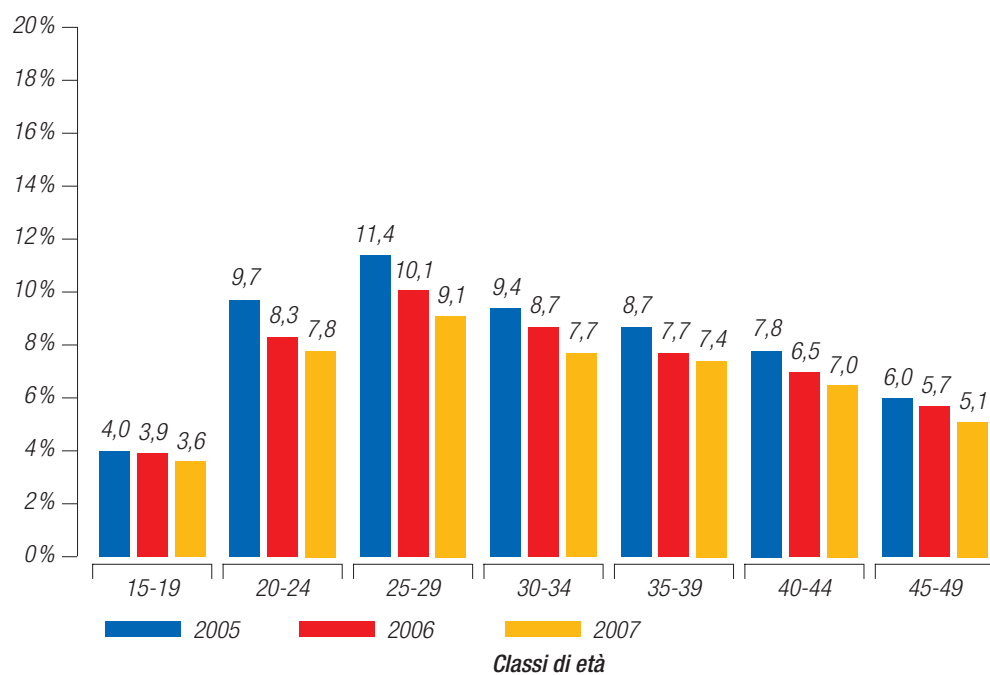
In campo demografico e sociale è sempre più forte la necessità di teorie valide che spieghino il comportamento umano in relazione ai processi sociali in atto, in particolare nello studio del comportamento riproduttivo, caratterizzato dalla forte denatalità dei paesi sviluppati. In Europa, il tasso di 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, il cui calo non va però 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.

In Provincia di Bolzano, considerando solo i contraccettivi orali concedibili dal SSN, si è registrato per il 2007 un valore pari al 6,8% di donne in età fertile che ha utilizzato la "pillola", per un numero complessivo di confezioni acquistate di circa 75.000 unità. La percentuale più alta si registra nella fascia d'età 25-29 anni.

Questo valore negli ultimi anni ha registrato un calo costante ma andrebbe confrontato con l'andamento delle vendite dei contraccettivi orali non a carico del SSN. Alla diminuzione dell'uso del contraccettivo orale non si associa però un aumento significativo di IVG che anzi, negli ultimi anni sono rimaste pressoché stabili.

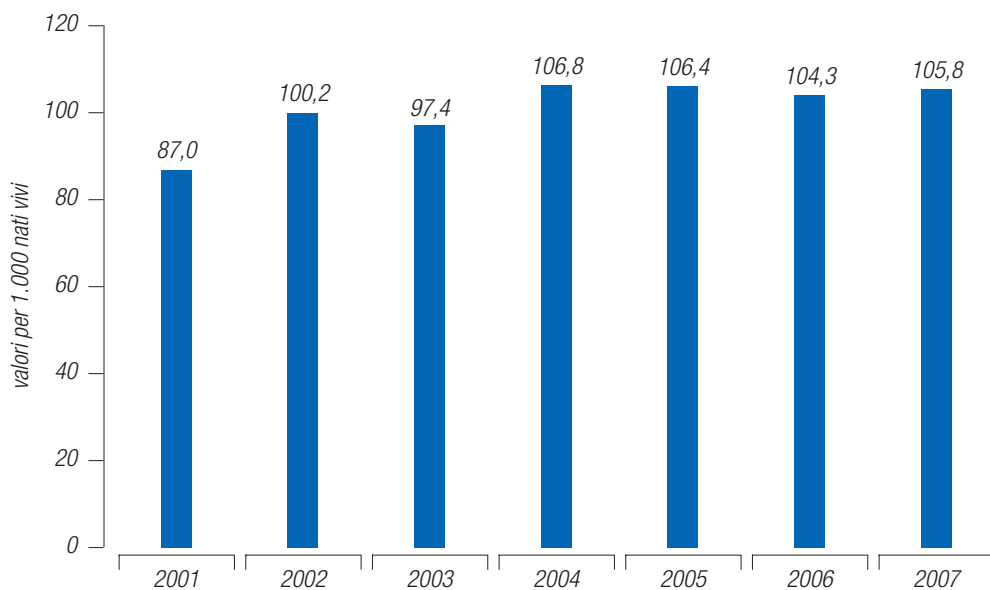
Figura 21: **Percentuale di donne altoatesine che utilizzano contraccettivi orali – Anni 2005-2007**



IVG

L'aumento del rapporto di abortività volontaria in Alto Adige emerge se si confronta il dato del 2001 con quello del 2007 (+21,6% passando da 87,0 a 105,8 ogni 1.000 nati vivi). Questi valori rimangono comunque sempre largamente al di sotto dei valori nazionali.

Figura 22: **Rapporto di abortività volontaria – Provincia di Bolzano – Anni 2001-2007**



Fonte: ASTAT

Il 3,6% delle donne che hanno partorito nel corso del 2007, ha avuto in passato almeno un'esperienza di interruzione volontaria di gravidanza e tra queste nell'84,3% dei casi è stato registrato un unico intervento IVG, nel 10,8% due interventi e nel restante 4,9% tre o più interventi precedenti all'attuale parto.

Tabella 5: **Numero IVG precedenti rispetto all'ultimo parto per età della madre – Anno 2007**

Età	Numero IVG			
	1	2	3	3+
Donne <35 anni	105	15	0	2
Donne ≥35 anni	67	7	5	3
Totale	172	22	5	5

Fonte: Azienda Sanitaria – CEDAP

BIBLIOGRAFIA

- ISTAT.** 100 statistiche per il paese. Indicatori per conoscere e valutare. Anni 2005-2007.
- ISTAT.** Indicatori demografici. Anno 2007. Statistiche in breve, 7/2/2008.
- ASTAT.** Gli anziani in provincia di Bolzano 2006. ASTATinfo nr. 41/2007.
- ISTAT.** Natalità e fecondità della popolazione residente: caratteristiche e tendenze recenti. Anno 2006. Statistiche in breve. 1/7/2008.
- ASTAT.** La fecondità in provincia di Bolzano 2006. ASTATinfo nr. 47/2007.
- ASTAT.** Interruzioni volontarie di gravidanza e aborti spontanei in provincia di Bolzano 2007. ASTATinfo nr. 13/2008.
- ASTAT.** Tavole di mortalità della popolazione altoatesina 2001-2005. ASTATinfo nr. 7/2007.
- ASTAT.** Andamento demografico in provincia di Bolzano 2007. ASTATinfo nr. 24/2008.
- ISTAT.** Rilevazione sulle forze di lavoro. Media 2007. Statistiche in breve 17/4/2008.
- ASTAT.** Occupati e disoccupati in provincia di Bolzano 2003-2007. ASTATinfo nr. 19/2008.
- ISTAT.** Contabilità nazionale. Conti economici nazionali. Anni 1995-2006.
- ISTAT.** I consumi delle famiglie. Anno 2007. Statistiche in breve 8/7/2008.
- ASTAT.** Le scuole in provincia di Bolzano. Anno scolastico 2006/07. ASTATtab nr. 05/2007.
- ASTAT.** Scuole dell'infanzia in Alto Adige. Anno scolastico 2007/08. ASTATinfo nr. 02/2008.
- ASTAT.** Scuole elementari in Alto Adige. Anno scolastico 2007/08. ASTATinfo nr. 17/2008.
- ASTAT.** Scuole medie in Alto Adige. Anno scolastico 2007/08. ASTATinfo nr. 14/2008.
- ASTAT.** Scuole superiori in Alto Adige. Anno scolastico 2007/08. ASTATinfo nr. 25/2008.
- AIFA.** Prontuario Farmaceutico Nazionale 2005
- ASTAT.** Andamento demografico in Provincia di Bolzano, 2007
- EUROSTAT.** <http://www.eurostat.com/>
- Farma** Annuario handbook 2008 – Puntoeffe
- ISTAT.** <http://demo.istat.it/>
- Ministero della Salute.** Piano Sanitario Nazionale 2006-2008
- Ministero della Salute.** Certificato di assistenza al parto, Analisi dell'evento nascita, 2005
- OMS.** (Dipartimento per la salute della donna), Gender and Health

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 producono 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**

<i>Individuali</i>	<i>Socio-economici</i>	<i>Ambientali</i>	<i>Stili di vita</i>	<i>Accesso ai servizi</i>
• 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

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.

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

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.

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.

**FATTORI SOCIO
ECONOMICI**

AMBIENTE FISICO

STILE DI VITA

**ACCESSIBILITÀ
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 83.800, il 24,1% degli uomini ed il 16,0% delle donne a partire da 14 anni di età.

La maggiore prevalenza di fumatori si rileva nella classe di età tra 20 e 29 anni.

I forti fumatori sono pari al 3,8% dei fumatori.

Fuma ogni giorno il 21,1% dei quindicenni.

La quota di decessi attribuibili al fumo varia tra l'8,8% dei decessi per malattie cerebrovascolari a partire da 65 anni d'età ed il 90,3% dei decessi per bronchite cronica ed enfisema nei maschi, e tra il 3,2% dei decessi per malattie cerebrovascolari per le ultra 65 anni ed il 79,5% dei decessi per bronchite, enfisema ed asma tra le femmine.

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.

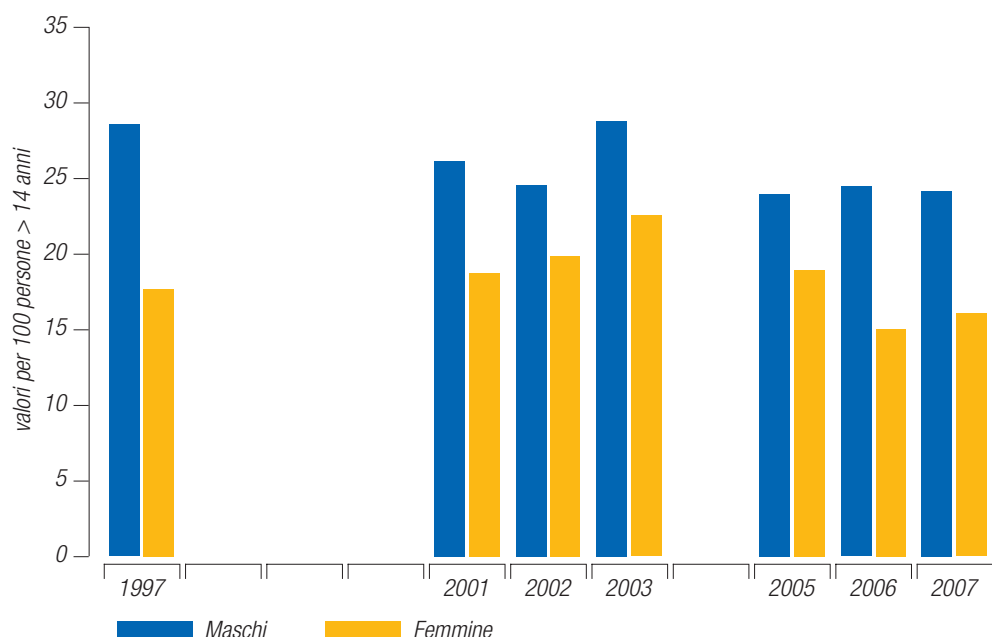
A differenza di altri determinanti il fumo di sigaretta è un fattore di rischio teoricamente eliminabile e per il quale è documentata l'efficacia della sospensione del comportamento dannoso per la riduzione dei rischi correlati.

ABITUDINE AL FUMO

I dati relativi al 2007, indicano che nella popolazione provinciale è possibile stimare circa 83.800 fumatori (49.700 mila maschi e 34.100 femmine), pari rispettivamente al 24,1% della popolazione maggiore di 14 anni d'età per i maschi ed al 16,0% della stessa popolazione per le femmine.

Negli ultimi tre anni la prevalenza di fumatori è costante tra i maschi ed in diminuzione tra le donne. Rispetto alla media nazionale, in provincia si fuma meno sia tra i maschi (28,8% la media nazionale del 2006) che tra le femmine (17,0%).

Figura 1: Prevalenza di fumatori nella popolazione per genere – Anni 1997-2007



Fonte: ASTAT

L'abitudine al fumo non è equamente distribuita nella popolazione. I dati dell'indagine multiscopo condotta dall'ASTAT evidenziano che fumano di più le persone di sesso maschile, di età compresa tra 20 e 29 anni (il 30,9% della popolazione di questa fascia d'età) e di scolarità medio bassa (il 24,3% tra quelli con diploma di scuola superiore ed il 25,5% tra quelli con la licenza media inferiore).

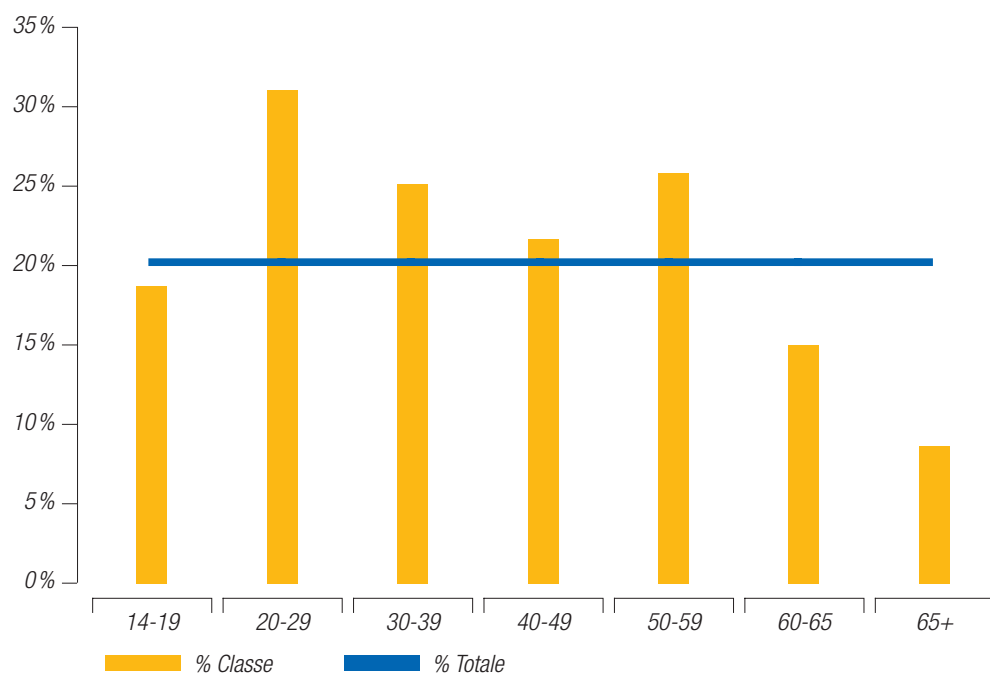
I forti fumatori (più di 20 sigarette al giorno) sono pari al 3,8% di tutti i fumatori, percentuale in decisa diminuzione rispetto al 2006 (era il 6,5%) e in assoluto la più bassa riscontrata nelle indagini dal 1997 ad oggi.

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 21,0% della popolazione (26,8% tra i maschi e 15,4% tra le femmine) concentrati soprattutto nelle classi di età adulte ed anziane (il 25,7% nella classe di età 40-49 anni, il 28,3% tra 50 e 59 anni, il 29,6% tra 60 e 64 anni, il 28,4% oltre 65 anni).

Dall'indagine HBSC 2005/2006 sullo stato di salute e gli stili di vita dei giovani in età scolare si rileva inoltre che fuma ogni giorno il 21,1% dei quindicenni, senza differenze evidenti per gruppo linguistico o genere.

Figura 2: Fumatori nella popolazione per classe di età – Anno 2007



MORTALITÀ ATTRIBUIBILE AL FUMO

Utilizzando gli schemi del programma “Smoking-Attributable Mortality, Morbidity and Economic Costs” (SAMMEC), sviluppato nel 1987 dal Center for Disease Control and Prevention di Atlanta, nonché dati sulla prevalenza di fumatori ed ex fumatori desunti dai risultati provinciali e nazionali dell’indagine multiscopo sulle famiglie, sono state elaborate stime sulla mortalità fumo correlata in provincia di Bolzano per 19 cause di morte negli adulti di 35 anni ed oltre.

I rischi relativi di morte per le 19 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 (CPSII Study).

La frazione di mortalità attribuibile al fumo (SAF) 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 l’8,8% nel caso delle malattie cerebrovascolari a partire da 65 anni d’età ed il 90,3% per bronchite cronica ed enfisema. Nelle femmine queste frazioni variano invece tra il 3,2% nel caso delle malattie cerebrovascolari per le ultra 65enni ed il 79,5% per bronchite, enfisema ed asma.

Tabella 2: **Frazione di decessi attribuibili al fumo per causa e genere. Provincia di Bolzano**

Causa di morte	Maschi	Femmine
<i>Tumori maligno delle labbra, della cavità orale e della faringe</i>	76,1 %	46,9 %
<i>Tumori maligni dell'esofago</i>	72,5 %	58,2 %
<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	28,5 %	10,7 %
<i>Tumori maligni del pancreas</i>	26,3 %	23,2 %
<i>Tumori maligni della laringe</i>	83,7 %	72,8 %
<i>Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni</i>	88,9 %	71,4 %
<i>Tumori maligni del collo dell'utero</i>	—	10,6 %
<i>Tumori maligni della vescica</i>	48,3 %	26,9 %
<i>Tumori maligni del rene e di altri e non specificati organi urinari</i>	40,2 %	5,2 %
<i>Leucemia mieloide acuta</i>	24,4 %	8,9 %
<i>Malattie ischemiche del cuore: età 35-64 anni</i>	40,8 %	32,4 %
<i>Malattie ischemiche del cuore: età 65 e + anni</i>	14,7 %	6,3 %
<i>Altre malattie cardiache</i>	20,8 %	9,4 %
<i>Malattie cerebrovascolari: età 35-64 anni</i>	38,0 %	39,6 %
<i>Malattie cerebrovascolari: età 65 e + anni</i>	8,8 %	3,2 %
<i>Aterosclerosi</i>	31,3 %	11,2 %
<i>Aneurisma aortico</i>	66,5 %	53,3 %
<i>Altri disturbi delle arterie</i>	19,9 %	16,9 %
<i>Polmonite e influenza</i>	23,6 %	16,6 %
<i>Bronchite cronica ed enfisema</i>	90,3 %	79,5 %
<i>Ostruzione cronica delle vie respiratorie</i>	81,5 %	75,1 %

Fonte: OEP

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.

Il 93,4% della popolazione fa colazione la mattina.

Il 28,7% della popolazione consuma pesce qualche volta la settimana.

Il 35,7% dei ragazzi tra 11 e 15 anni consuma frutta almeno una volta il giorno.

Il 30,4% dei ragazzi tra 11 e 15 anni consuma verdura almeno una volta al giorno.

La prevalenza di obesi nella popolazione di 14 anni e più è pari all'8,6%, mentre quella di persone in soprappeso è del 30,0%, 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. Si stima siano attribuibili alla dieta tra il 30 e il 40% dei tumori e 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.

DANNI ALLA SALUTE

ABITUDINI ALIMENTARI

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 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 familiare speso per l'alimentazione. In Provincia la quota del consumo alimentare nei consumi finali delle famiglie è passata dal 39,4% del 1973 al 15,0% del 2007 (il 18,8% 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.

**ABITUDINI ALIMENTARI
IN PROVINCIA
DI BOLZANO**

I dati sulle abitudini alimentari in Provincia di Bolzano provengono dall'Indagine Multiscopo ISTAT condotta nel 2007 per la Provincia di Bolzano dall'ASTAT, e si riferiscono, dove non altrimenti indicato, alla popolazione a partire da 3 anni di età.

È d'uso tra la popolazione provinciale iniziare la giornata con la colazione (93,4%) ed in particolare il 73,1% degli intervistati dichiara di fare una colazione completa, bevendo the, caffè, caffelatte o cappuccino e mangiando qualcosa.

Il pasto principale della giornata è considerato il pranzo (80,9% della popolazione, il 76,2% di quella delle aree urbane e l'84,4% di quella delle aree rurali). La cena è il pasto principale per il 12,1% della popolazione.

Il 78,8% della popolazione consuma durante la giornata pasta, pane o riso. Almeno una volta al giorno il 17,8% della popolazione consuma salumi, il 3,0% carni bianche, il 2,2% carni bovine, il 2,7% carne di maiale, il 69,5% latte, il 47,1% formaggi e latticini, il 5,6% uova, l'1,4% pesce.

Il 28,7% della popolazione mangia pesce almeno qualche volta alla settimana. Il 64,4% consuma una porzione di verdura al giorno, il 33,0% ne consuma due. Il 52,2% consuma una porzione di frutta al giorno, il 37,5% ne consuma due.

Il 7,2% dei ragazzi tra 14 e 19 anni consuma giornalmente snack salati (2,8% la media complessiva), il 13,6% della popolazione mangia almeno un dolce al giorno.

Il 67,6% della popolazione presta attenzione alla quantità di sale ed al consumo di cibi salati, ed il 75,0% consuma sale arricchito con iodio. Il 40,3% della popolazione di 14 anni o più beve raramente o mai acqua minerale, l'84,2% consuma raramente o mai bevande gasate (esclusa l'acqua minerale).

Tabella 3: **Alimenti per frequenza di consumo. Valori per 100 persone di 3 anni e oltre – Anno 2007**

	<i>Più di 1 volta al giorno</i>	<i>1 volta al giorno</i>	<i>Qualche volta alla settimana</i>	<i>Meno di una volta alla settimana</i>	<i>Mai</i>
<i>Pane, pasta, riso</i>	23,4	55,4	20,0	0,9	0,3
<i>Salumi</i>	1,8	16,0	47,4	27,2	7,6
<i>Pollo, tacchino, coniglio, vitello</i>	0,3	2,7	45,6	46,4	4,9
<i>Carni bovine</i>	0,1	2,1	45,9	46,8	5,1
<i>Carni di maiale escluso salumi</i>	0,2	2,5	29,2	50,2	18,0
<i>Pesce</i>	0,5	0,9	28,7	56,6	13,1
<i>Latte</i>	13,2	56,3	12,2	6,4	11,9
<i>Formaggi, latticini</i>	9,1	38,0	40,3	9,4	3,2
<i>Uova</i>	1,4	4,2	42,7	45,6	6,1
<i>Verdura in foglia o cotta</i>	18,7	40,8	27,5	10,1	2,8
<i>Pomodori, melanzane, peperoni, finocchi</i>	14,6	35,7	33,7	12,9	2,9
<i>Frutta</i>	30,9	40,3	20,5	6,6	1,6
	<i>nessuna porzione al giorno</i>	<i>1 porzione al giorno</i>	<i>2 porzioni al giorno</i>	<i>3-4 porzioni al giorno</i>	<i>5 o più porzioni al giorno</i>
<i>Porzioni di insalata, ortaggi, verdura</i>	–	64,4	33,0	2,4	0,2
<i>Porzioni di frutta</i>	–	52,2	37,5	10,3	–

Fonte: ASTAT

I dati dell'indagine HBSC 2005/2006 sui ragazzi di 11, 13 e 15 anni evidenziano il progressivo abbandono dell'abitudine alla colazione nei ragazzi: a 11 anni l'11,9% non fa giornalmente la colazione; a 15 anni non la fa il 25,2%.

Sempre tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni, il consumo di frutta risulta moderato: il 35,7% ne mangia almeno una volta al giorno, ma il 29,3% la mangia solo tra le due e le quattro volte la settimana. Analogamente per il consumo di verdura, il 30,4% mangia ogni giorno almeno una porzione di verdure, mentre per il 26,4% del campione la frequenza di consumo è tra le due e le quattro volte la settimana.

I ragazzi risultano però moderati anche nel consumo di dolci: il 21,6% mangia dolci giornalmente, il 30,5% tra due e quattro volte la settimana, il 12,3% meno di una volta la settimana.

Sovrappeso e obesità aumentano in maniera allarmante in tutta Europa. L'obesità in particolare rappresenta un serio problema di salute pubblica, accrescendo 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 socioeconomiche meno favorevoli presentano eccessi di prevalenza di obesità, che crescono al peggiorare della condizione socioeconomica.

SOVRAPPESO ED OBESITÀ

**OBESITÀ E SOVRAPPESO
IN PROVINCIA DI
BOLZANO**

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.

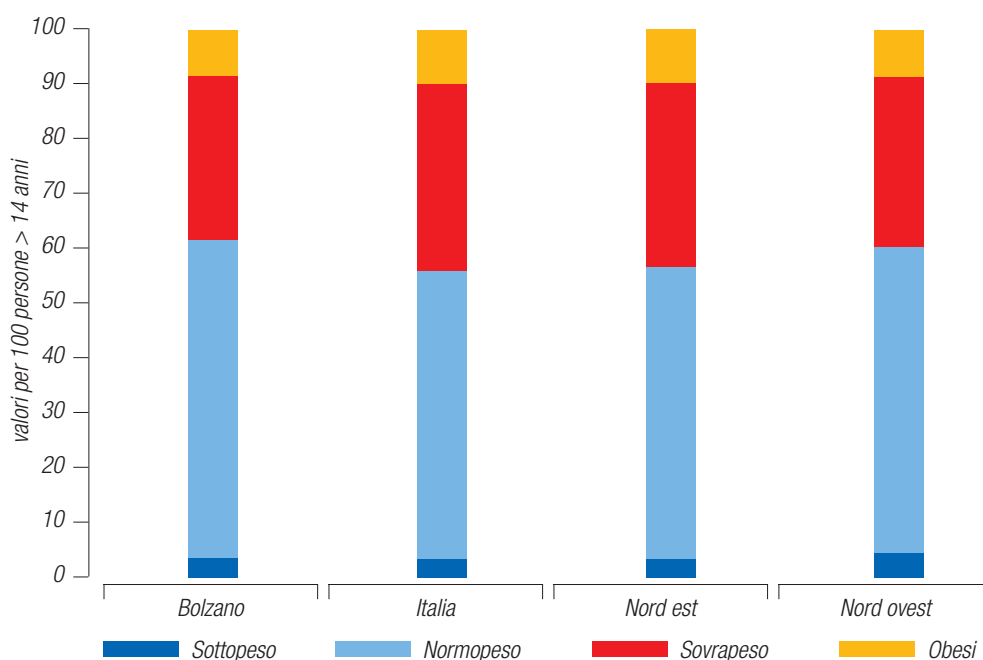
Dai dati nazionali del 2005 si rileva che gli eccessi ponderali sono maggiormente presenti nelle età adulte ed anziane. La popolazione in sovrappeso è pari al 24,4% tra 18 e 44 anni, al 42,0% tra 45 e 64 anni ed al 43,5% oltre 65 anni. La popolazione obesa è pari al 5,3% in età 18-44 anni, al 13,3% in età 45-64 anni, ed al 13,8% a partire da 65 anni.

L'eccesso ponderale è inoltre una caratteristica più diffusa negli adulti con più basso titolo di studio. È in sovrappeso il 43,2% delle persone che possiede come titolo di studio più elevato la licenza elementare rispetto al 26,4% dei laureati. È obeso il 15,8% della popolazione col titolo di studio più basso rispetto al 4,6% di chi possiede il titolo di studio più alto.

Le persone obese (Indice di Massa Corporea ≥ 30) in provincia di Bolzano sono l'8,6% della popolazione a partire da 14 anni di età (l'8,2% nel 2003, 9,8% complessivamente in Italia).

Il 58,1% risulta avere un peso nella norma (52,6% la media nazionale) mentre il 30,0% è sovrappeso (34,2% la media nazionale).

Figura 3: **Popolazione per classi di peso (BMI). Provincia di Bolzano, Italia, Nord Est, Nord Ovest – Anno 2005**



Fonte: ISTAT

Dallo studio HBSC 2005/2006, con dati riferiti su peso ed altezza, risulta con peso nella norma l'81,3% del campione di 11- 13- e 15nni. Gli scostamenti dalla situazione di normalità riguardano il 4,9% dei ragazzi per problemi di sottopeso, il 10,0% per il sovrappeso ed il 3,8% per problemi di obesità, senza evidenti differenze tra ragazzi e ragazze.

D'altro canto solo il 58,9% del campione pensa di avere un peso corretto, il 20,1% ritiene di essere oltre il proprio peso ideale, mentre il 7,3% desidererebbe aumentare di peso. Il

13,7% dichiara di seguire una dieta. Ritiene di avere un giusto peso il 66,2% dei ragazzi rispetto al 51,3% delle ragazze. Il 25,0% delle ragazze vorrebbero perdere peso (il 15,3% dei ragazzi).

2.1.3. L'attività fisica

La pratica di attività fisica è protettiva rispetto all'insorgenza di malattie cardiovascolari.

Il 55% della popolazione pratica almeno saltuariamente uno sport rispetto al 30% a livello nazionale.

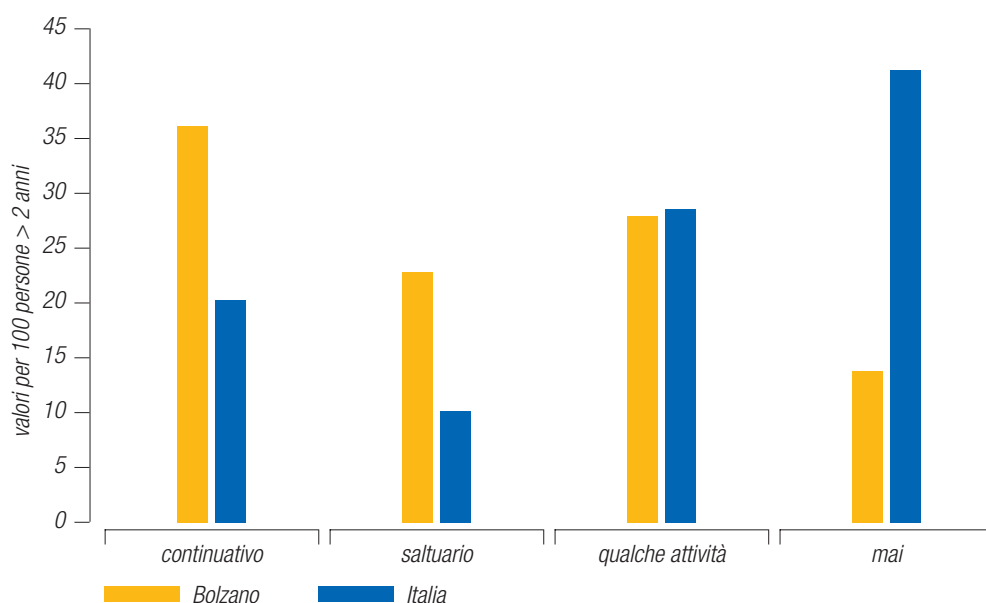
Il 27,0% dei ragazzi tra 11 e 15 anni fa sport quasi tutti i giorni.

È 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.

Dall'indagine multiscopo del 2006 (ASTAT) risulta che una quota del 30,0% di persone con almeno 3 anni di età pratica sport con continuità (34,0% nel 2002), rispetto ad una quota del 20,1% rilevata a livello nazionale. Le persone che praticano saltuariamente uno sport sono il 25,1% (21,4% nel 2002), contro il 10,1% a livello nazionale. I non praticanti sono pari al 44,9% della popolazione a partire da 3 anni di età, mentre complessivamente in Italia sono il 69,4%.

La pratica sportiva continua è maggiormente frequente negli uomini (33,8%) rispetto alle donne (26,3%). È inoltre più diffusa tra i giovani (49,1% nella classe d'età 14-19 anni), tra le persone con titolo di studio più elevato (37,4% tra i laureati) e tra i residenti in comuni urbani (34,1%) piuttosto che rurali (27,1%).

Figura 4: **Persone di tre anni e più che praticano sport. Provincia di Bolzano e Italia – Anno 2006**



Fonte: ISTAT

I dati dell'indagine HBSC 2005/2006 evidenziano che il 27,0% dei ragazzi pratica sport quasi tutti i giorni della settimana, e che il 4,6% non fa mai sport e che il 10,3% lo fa una volta la settimana. Una pratica sportiva più saltuaria (2-3 giorni la settimana) è rilevata nel 31,7% dei ragazzi, mentre il 26,5% pratica sport tra i 4 ed i 5 giorni la settimana. Poco meno della metà dei ragazzi (il 48,1%) fa al più un'ora di esercizio fisico intenso durante la settimana, il 40,5% fa da una a tre ore di esercizio settimanali ed il 25,1% quattro o più ore.

2.2. L'ABUSO DI SOSTANZE

Il 26,7% dei quindicenni ha fatto uso almeno una volta di cannabis.

Il 4,1% dei quindicenni ha fatto un uso frequente di cannabis nell'ultimo anno.

I pazienti dimessi da ospedali provinciali con diagnosi di uso di droghe sono state 132 nel corso del 2007 (49,8 ogni 100.000 abitanti di età 15-54 anni).

Nel corso del 2007 sono stati 1.469 gli assistiti dai SerD, 826 dei quali come utenti in carico, e tra questi 95 nuovi utenti in carico.

Il 45,7% dei quindicenni assume alcol con frequenza settimanale, il 14,5% si è ubriacato in almeno 10 occasioni,

Sono state dimesse 1.455 persone dagli ospedali provinciali con diagnosi alcol correlate (301,2 ogni 100.000 abitanti).

I decessi alcol correlati sono stati 35 nel 2004, pari a 7,2 ogni 100.000 abitanti.

Gli utenti con dipendenza da alcol presi in carico nel 2006 da parte dei SerD e delle associazioni private provinciali sono stati 2.211 (4,6 ogni 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 l'assunzione della 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 popolazione 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

La Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2007 (studio IPSAD® ITALIA 2007-2008) evidenzia che negli ultimi 12 mesi il 14% della popolazione tra 15 e 64 anni d'età ha fatto uso di cannabinoidi, il 2,2% di cocaina e lo 0,3% di eroina. Appare in aumento il consumo di cannabis mentre si è arrestata la crescita del consumo di cocaina. Stabile invece il numero dei consumatori di eroina.

L'assunzione frequente di eroina (10 o più volte negli ultimi 30 giorni) riguarda lo 0,1% della popolazione tra 15 e 64 anni, mentre lo 0,2% può essere definito consumatore abituale (consuma una o più volte negli ultimi 30 giorni).

Il 6,9% degli intervistati ha riferito l'uso di cocaina almeno una volta nella vita. La cannabis è consumata frequentemente dall'1,4% della popolazione mentre il 7% è consumatore abituale.

In continuo aumento sono invece i poliassuntori, i soggetti che fanno uso contemporaneo di più sostanze illegali. Tale comportamento è maggiormente associato all'uso di cocaina. Lo stesso studio IPSAD® ITALIA 2007-2008 indaga anche le associazioni tra caratteristiche e comportamenti d'uso.

L'uso di eroina e di cocaina è più frequente in soggetti che riferiscono il coinvolgimento in risse (5 volte maggiore rispetto ai non coinvolti), tra i divorziati l'uso di eroina è sei volte maggiore e quello di cocaina tre volte maggiore rispetto ai non divorziati. L'uso di eroina è inoltre associato ad uno scarso rendimento scolastico o lavorativo (4 volte maggiore) mentre più associati all'uso di cocaina sono i rapporti sessuali non protetti (2,5 volte maggiore). L'indagine HBSC 2006/2007 offre un contributo informativo sulle esperienze di consumo di sostanze illegali in provincia di Bolzano da parte dei quindicenni.

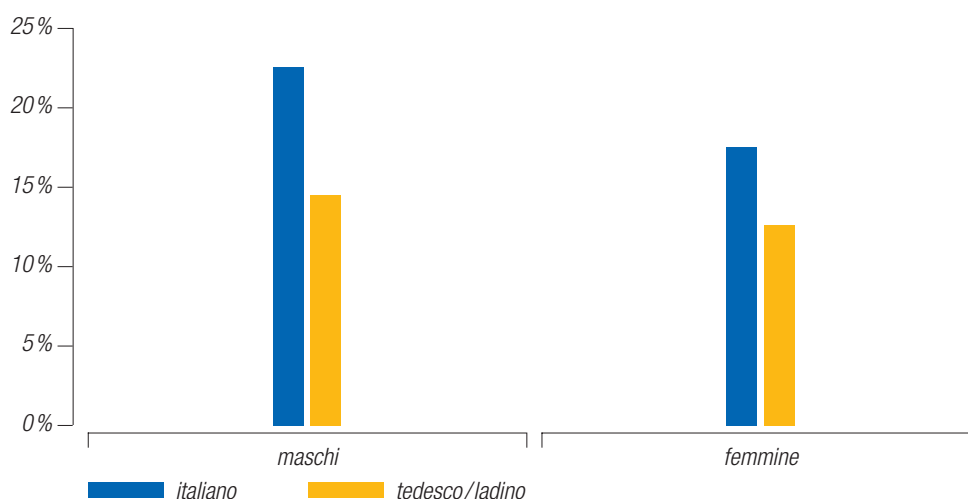
Il 73,3% del campione riferisce di non aver mai fatto uso di cannabis (il 64,4% tra i ragazzi delle scuole italiane ed il 75,5% tra quelli delle scuole tedesche). Il consumo frequente (40 o più volte) negli ultimi dodici mesi riguarda il 4,1% del campione (il 4,8% dei ragazzi ed il 3,6% delle ragazze), mentre l'1,8% riferisce un uso frequente negli ultimi 30 giorni (2,5% i ragazzi, 1,2% le ragazze). Sempre negli ultimi 30 giorni l'85,3% dei ragazzi non ha mai fatto uso di cannabis, mentre il 5,0 ne ha fatto uso uno o due volte.

**FATTORI ASSOCIATI
ALL'USO DI SOSTANZE**

**ESPERIENZA DI
CONSUMO IN
PROVINCIA DI BOLZANO**

51

Figura 5: **Quota di 15nni che hanno dichiarato l'uso di cannabis negli ultimi 30 giorni per genere e lingua d'uso della scuola frequentata. Provincia di Bolzano – Anno 2006**



Fonte: HBSC 2005/2006

**DIMISSIONI
OSPEDALIERE
DROGA-CORRELATE**

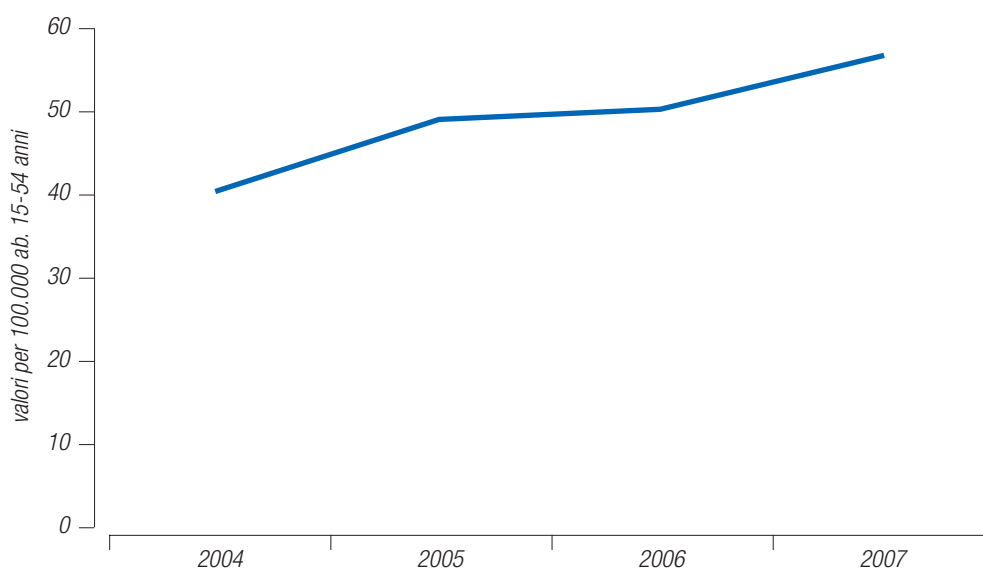
Attraverso i dati sull'assistenza ospedaliera è possibile rilevare la domanda soddisfatta di accesso ai servizi ospedalieri per cause legate alla dipendenza da sostanze. I dati per diagnosi sono stati elaborati in conformità al protocollo dell'EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction) per i decessi droga correlati.

Per le dimissioni ospedaliere droga-correlate, in particolare, sono stati utilizzati i codici IC-DIX 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 d'interesse viene conteggiato una sola volta nell'anno.

Sono stati 150 i dimessi nel 2007 da istituti di cura provinciali per cause correlate alla droga, pari ad un tasso di 56,6 per 100.000 abitanti di età compresa tra 15 e 54 anni. I dati ospedalieri sui dimessi per uso/abuso di droghe evidenziano un andamento crescente nel periodo 2004-2007.

Figura 6: Dimissioni ospedaliere per cause droga-correlate. Provincia di Bolzano – Anni 2004-2007



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

**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 i codici ICD IX 292 (psicosi da farmaci) 304.0 (farmacodipendenza da morfina), 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). Con l'anno 2005 c'è stato il passaggio al sistema di codifica ICD-10 delle cause di morte. I codici utilizzati per identificare i decessi droga-correlati

ti nel 2005 sono stati B20-B24 per l'HIV, F11-F16 ed F18-F19 per i disturbi psichici comportamentali dovuti all'uso di oppioidi, cannabinoidi, sedativi o ipnotici, cocaina, altri stimolanti, allucinogeni, solventi o una combinazione di sostanze psicoattive.

Negli anni tra il 2001 ed il 2004 risultano 20 decessi per AIDS (8 nel 2001, 3 nel 2002, 6 nel 2003 e 2 nel 2004 e nel 2005) e 4 decessi correlati all'uso di droga (1 nel 2001, 2 nel 2003 e 1 nel 2005).

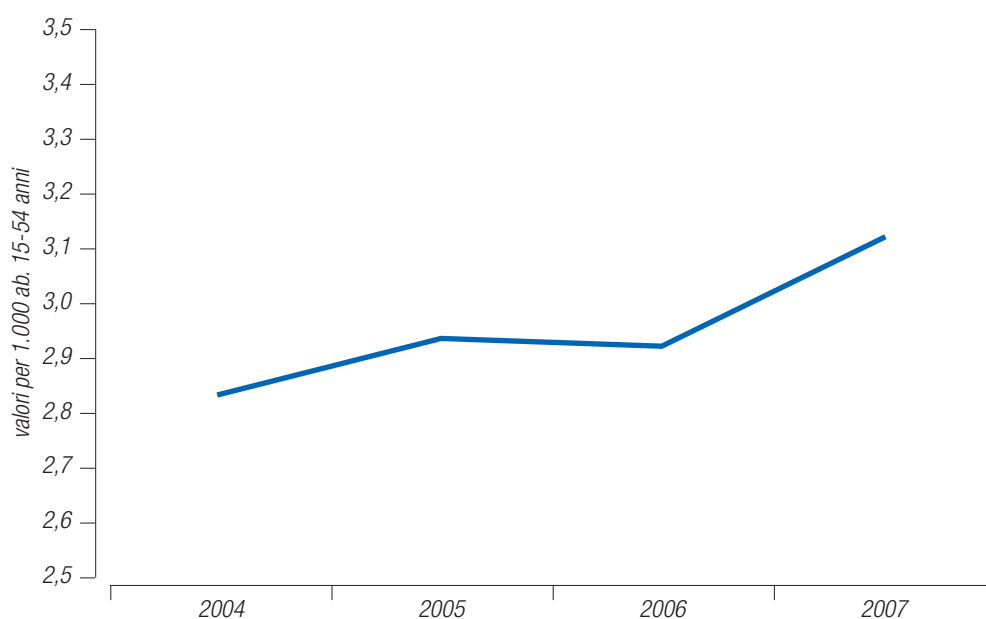
L'assistenza territoriale ai tossicodipendenti è garantita dai SerD distribuiti sul territorio dell'azienda sanitaria. L'assistenza in comunità terapeutica in Provincia è erogata presso l'associazione "La Strada – Der Weg". Nell'ambito della prevenzione primaria e secondaria delle dipendenze opera inoltre l'Associazione Forum Prevenzione, convenzionata con la Provincia.

Nel corso del 2007 sono stati 1.469 gli utenti assistiti dai SerD per problemi di tossicodipendenza, con un'assunzione in carico di 826 soggetti, pari a 3,1 per 1.000 abitanti di età compresa tra 15 e 54 anni ed al 56,2% delle persone complessivamente assistite. Gli utenti appoggiati sono stati 195.

DOMANDA DI TRATTAMENTO

UTENTI IN CARICO

Figura 7: Tossicodipendenti in carico ai SerD Anni 2004-2007



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – SerD

L'età media degli utenti in carico è pari a 35,7 anni per gli uomini ed a 37,9 anni per le donne. Il 31,6% degli utenti ha meno di 30 anni. Il 60,4% ha meno di 40 anni.

L'eroina rappresenta la sostanza d'abuso primaria per il 66,7% degli utenti tossicodipendenti in carico (69,0% nel 2006). La sostanza primaria è costituita nel 18,2% dei casi dai cannabinoidi (14,5% nel 2006) e nel 4,8% dalla cocaina (5,8% nel 2006).

Per il 56,8% 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 (60,8% tra 25 e 34 anni, 83,2% tra 35 e 44 anni, 83,8% a partire da 45 anni).

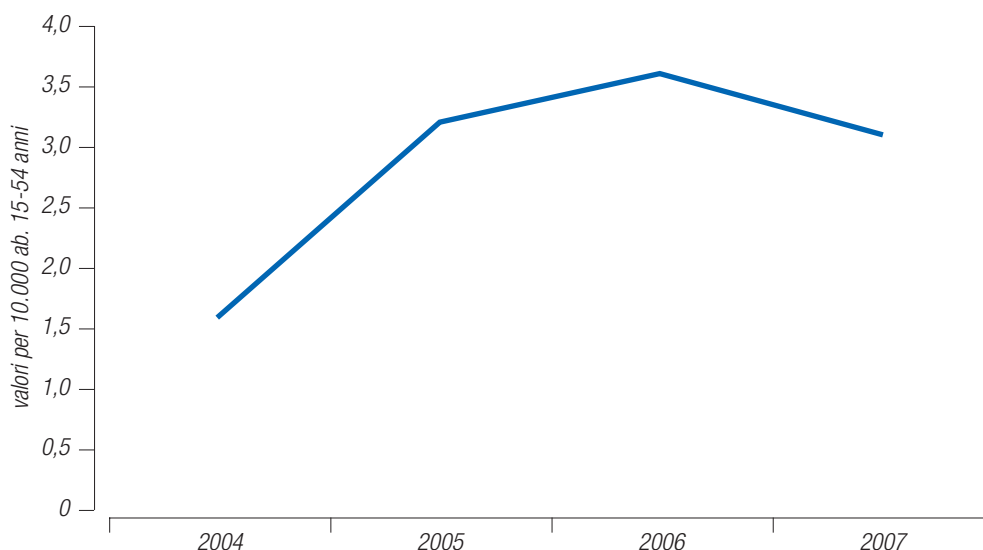
Sono stati 310 i nuovi assistiti dei SerD provinciali nel corso del 2007, 82 dei quali (pari al 26,5%) sono stati assunti come nuovi utenti in carico. Sono stati rilevati inoltre 84 utenti, già assistiti dai SerD, rientrati in carico nel 2007, e 144 nuovi utenti segnalati dal Com-

NUOVI UTENTI IN CARICO

missariato 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 3,1 nuovi utenti in carico.

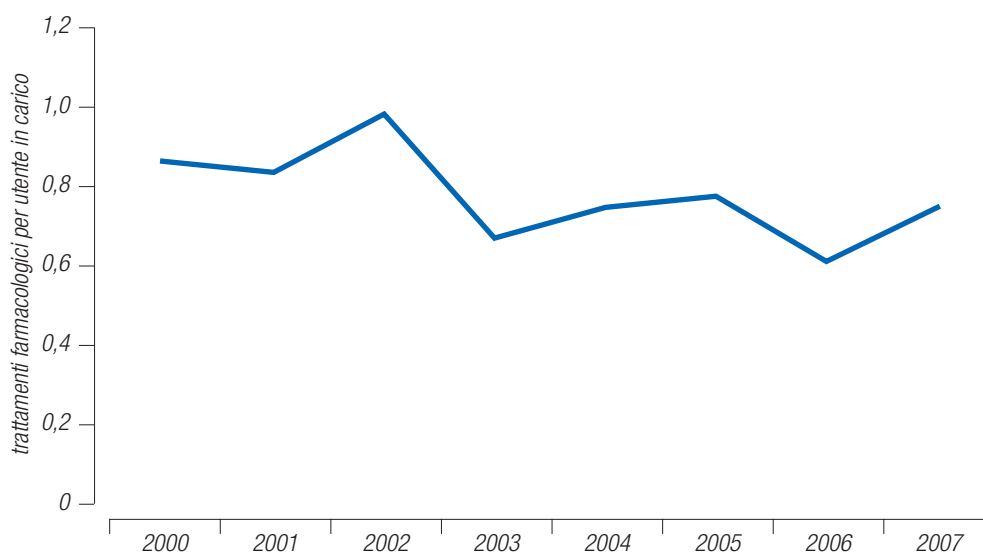
Figura 8: **Nuovi tossicodipendenti in carico ai SerD – Anni 2004-2007**



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – SerD

I trattamenti farmacologici (metadone, naltrexone, clonidina ed altri farmaci) effettuati presso i SerD provinciali sono stati complessivamente 616, pari a 0,7 trattamenti per utente in carico, indicatore in tendenziale diminuzione nel periodo 2000-2007.

Figura 9: **Trattamenti farmacologici effettuati per utente in carico ai SerD – Anni 2000-2007**



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – SerD

In 167 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 35,9% dei casi di test effettuato. Per 297 soggetti è stato effettuato ed è noto il test per l'epatite B, con esito positivo nel 91,2% dei casi. Il test per l'epatite C è stato effettuato ed è noto per 417 soggetti, con esito positivo nel 93,0% 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 quotidiano di almeno una bevanda alcolica riguarda il 22,4% della popolazione provinciale di età superiore agli 11 anni (Multiscopo ISTAT 2007), ed in particolare il 30,6% dei maschi ed il 14,5% delle femmine. La quota di consumatori giornalieri è tra le più basse d'Italia, dove si riscontra una media generale del 29,3%, con una maggior prevalenza di maschi (43,3%) rispetto alle femmine (16,3%). Anche rispetto alle unità alcoliche giornaliere consumate la situazione in provincia appare migliore rispetto alla media nazionale: il 10,7% si limita ad una unità alcolica e solo il 4,8% assume 4 o più unità alcoliche (8,6% la media nazionale).

Il consumo di alcolici fuori pasto è un'abitudine che coinvolge l'11,8% della popolazione a partire dagli 11 anni, con quote superiori alla media nazionale (6,9%) sia tra i maschi (19,8% vs. 11,7%) sia tra le femmine (4,1% vs. 2,5%).

Anche l'assunzione di elevati quantitativi di alcol (binge drinking) in singole occasioni è più frequente in provincia (il 19,9% degli intervistati ha dichiarato di aver bevuto 6 o più bicchieri) rispetto alla media nazionale (8,0%), con elevate frequenze sia tra i maschi (30,3% vs. 13,1% della media nazionale), sia tra le femmine (9,9% vs. 3,1%).

I maschi altoatesini consumano allo stesso modo vino (il 66,2%), birra (il 67,0%) ed altri alcolici (il 58,0%), mentre tra le femmine emerge un maggior orientamento verso il vino, consumato dal 49,7% delle donne, mentre la birra (32,2%) e gli altri tipi di alcolici (41,2%) sono meno preferiti.

Tra i più giovani (dati dell'indagine HBSC 2005/2006), si ha che il 45,7% dei 15nni si trova ad assumere alcolici con frequenza settimanale, in particolare il 31,8% dei ragazzi delle scuole italiane ed il 48,9% di quelle tedesche, il 51,5% dei ragazzi ed il 40,6% delle ragazze. Sempre tra i 15nni sono il 14,5% quelli che si sono ubriacati in almeno due occasioni nel corso della loro vita (20,2% tra i maschi), ed un ulteriore 12,8% si è ubriacato tra 4 e 10 volte.

Il numero di dimessi da ospedali provinciali con diagnosi alcol-correlate è stato rilevato 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

**ESITI TEST HIV, EPATITE B
ED EPATITE C**

**IL CONSUMO DI
ALCOLICI IN PROVINCIA
DI BOLZANO**

**DIMISSIONI OSPEDALIERE
ALCOL CORRELATE**

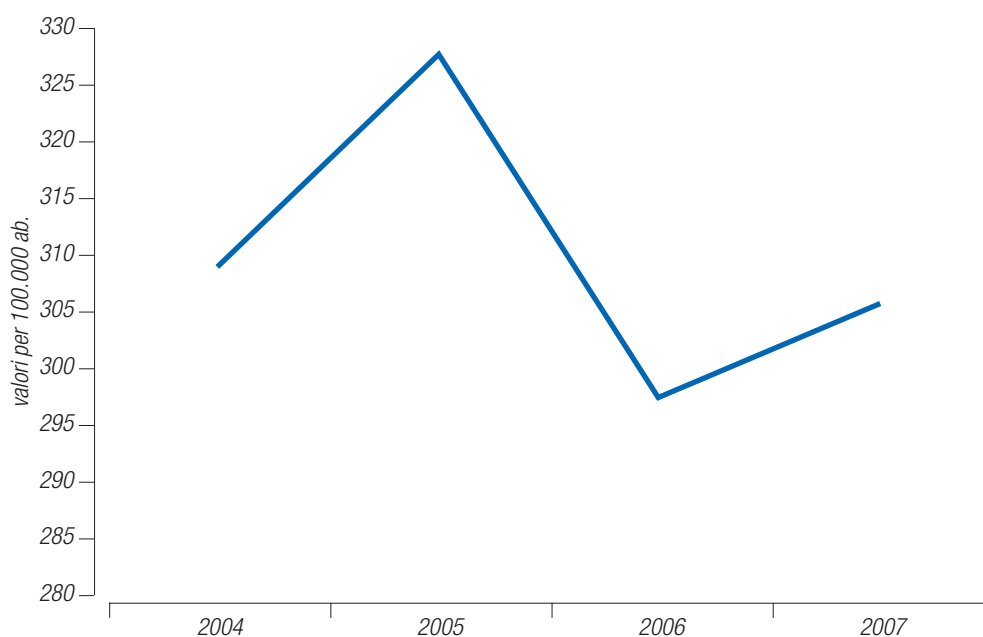
MORTALITÀ ALCOL-CORRELATA

fegato), 790.3 (eccessivo tasso di alcol nel sangue) e 977.3 (avvelenamento da antagonisti dell'alcol).

Sono state considerate sia le diagnosi principali che quelle secondarie.

I dimessi con diagnosi di intossicazione alcolica dagli istituti di cura provinciali nel 2007 sono stati 1.455, pari ad un tasso di 301,2 ogni 100.000 abitanti. Il fenomeno è in tendenziale diminuzione a livello provinciale.

Figura 10: Dimissioni ospedaliere per cause alcol-correlate. Provincia di Bolzano – Anni 2004-2007



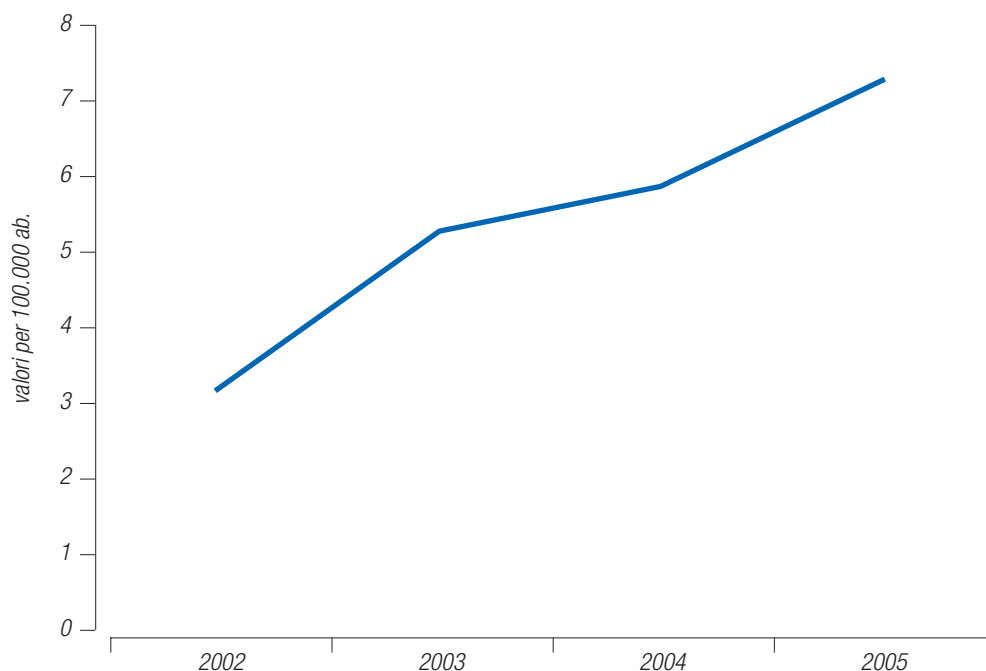
Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – SerD

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 sangue) e 977.3 (avvelenamento da antagonisti dell'alcol).

Con l'anno 2005 c'è stato il passaggio al sistema di codifica ICD-10 delle cause di morte. I codici utilizzati per identificare i decessi alcol-correlati nel 2005 sono stati F10 per i disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, G62.1 (polineuropatia alcolica), I42.6 (cardiomiopatia alcolica), K29.2 (gastrite alcolica), K70 (epatopatia alcolica), R78.0 (presenza di alcol nel sangue) e T51 (effetto tossico dell'alcol).

Sono stati 35 i decessi alcol correlati rilevati nel 2005, in costante crescita negli ultimi anni.

Figura 11: **Mortalità per cause alcol-correlate – Anni 2002-2005**

Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

L'assistenza territoriale agli alcolodipendenti in provincia è assicurata dai SerD e dalle associazioni private "Hands" e "Caritas-Silandro", che operano in regime di convenzione rispettivamente con l'Azienda Sanitaria. L'assistenza in comunità terapeutica sul territorio provinciale è disponibile presso il centro Bad Bachgart nonché presso l'associazione Hands.

Nel corso del 2007 sono state assistite dai SerD provinciali 2.226 persone per problemi di alcolodipendenza, e di queste 1.182 sono state prese in carico (pari al 53,1% dei soggetti assistiti). I soggetti appoggiati, temporaneamente assistiti dai servizi, sono stati 28 (pari all'1,3%), mentre 1.016 sono stati gli utenti non titolari di un trattamento assistiti dai servizi (pari al 45,6% degli assistiti).

L'associazione privata Hands ha assistito complessivamente 980 persone, 878 delle quali (pari all'89,6%) assunte formalmente in carico nel corso dell'anno. Il Centro di consulenza psicosociale Caritas Silandro ha inoltre assistito 194 utenti, tra cui 151 utenti in carico (77,8%).

Le persone prese in carico nel corso dell'anno, sia dai servizi per le alcolodipendenze, sia dall'associazione Hands, sono state 186.

Complessivamente, i diversi utenti presi in carico nell'anno dai SerD in Provincia, in conto proprio o in convenzione, sono stati 2.015, per una corrispondente prevalenza intervallare di 4,2 utenti ogni 1.000 abitanti.

La distribuzione per età degli alcolodipendenti in carico ai SerD ed alle associazioni Hands e Caritas Silandro vede prevalere, la fascia di età tra 40 e 49 anni (28,5% del totale), con un'età media di 49,0 anni per gli uomini e di 50,5 anni per le donne.

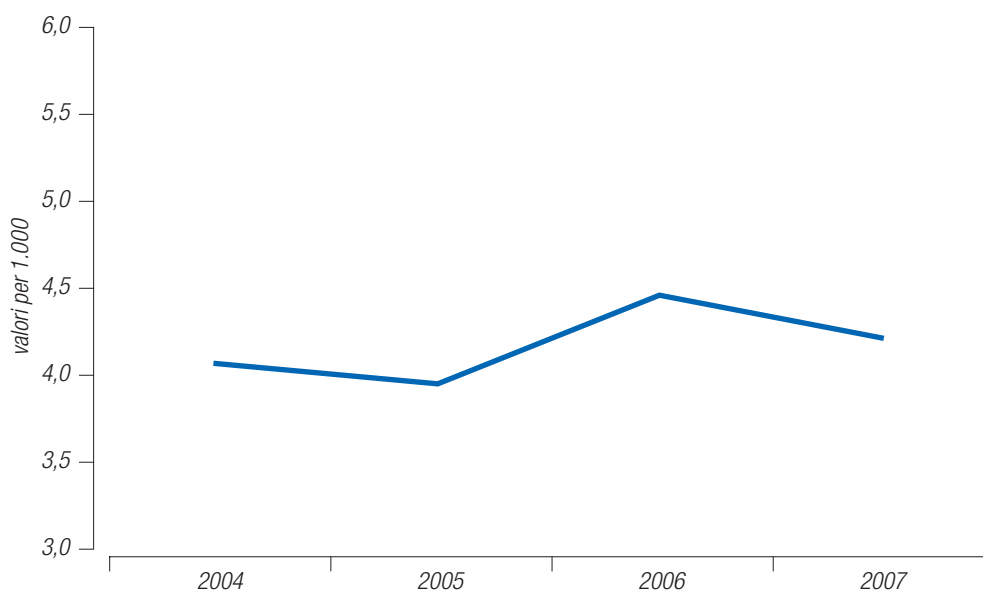
Il 69,2% degli utenti in carico è di genere maschile.

Presso le comunità terapeutiche provinciali Bad Bachgart e Hands sono stati accolti nell'anno complessivamente 236 utenti in carico, con un consumo complessivo di 14.170 giornate di degenza (mediamente 46,8 per utente a Bad Bachgart e 121,7 presso la comunità Hands).

**DOMANDA DI
TRATTAMENTO**

Risulta inoltre l'invio di 16 alcol dipendenti in strutture austriache, con un consumo di 270 giornate di degenza.

Figura 12: **Alcol dipendenti in carico ai SerD – Anni 2004-2007**



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – SerD

2.3. L'AMBIENTE

2.3.1. Cambiamenti climatici e salute umana

Dallo studio "Climate Change 2007" ("Cambiamento climatico 2007") condotto dal Comitato Internazionale per il Cambiamento Climatico (International Panel for Climate Change, IPCC), che fa capo all'ONU, emergono preoccupanti considerazioni sull'impatto dei cambiamenti climatici sulla salute umana.

Sono state, infatti, rilevate la crescita in Europa della mortalità causata dall'aumento delle temperature, variazioni nei flussi di trasmissione delle malattie in alcune regioni e l'anticipazione della stagione dei pollini nell'emisfero nord ad alte e medie latitudini.

L'aumento della temperatura media ha un impatto importante sulla salute umana, con gravi conseguenze, quali: la diffusione di situazioni di malnutrizione; un maggior numero di eventi catastrofici naturali accompagnati da un aumento dei decessi, degli infortuni e dei disordini mentali post-traumatici; l'aumento delle malattie diarroiche; l'aumento delle malattie cardio-polmonari a causa dell'alta concentrazione di ozono nell'atmosfera; l'aumento della mortalità correlata alle alte temperature, soprattutto nei gruppi più vulnerabili (anziani, malati cronici, bambini e individui socialmente isolati); le allergie derivanti dalla differente diffusione di alcune specie di piante; i cambiamenti nella distribuzione di alcune malattie infettive; la diminuzione dei tassi di mortalità legati alle basse temperature in alcune regioni, a causa della diminuzione del numero dei giorni di freddi annuali, contrapposta all'aumento dei giorni caldi.

La sostenibilità ambientale è considerato un aspetto qualificante per la qualità della vita all'interno dell'Unione Europea. La spesa sostenuta dalle pubbliche amministrazioni per la

tutela e la gestione dell'ambiente diviene misura dell'impegno del settore pubblico rispetto alle tematiche ambientali.

Nel 2005 sono stati spesi, a livello nazionale, 444 Euro pro capite nei settori ambientali, con un incremento di 80 Euro rispetto al 2001. In Provincia di Bolzano, la spesa pro capite nel 2005 è stata di 729 Euro, aumentata di 114 Euro rispetto a cinque anni prima. Trentino, Alto Adige e Sardegna sono le regioni italiane con la più alta spesa pro capite per l'ambiente.

Un altro indicatore utilizzato per lo sviluppo sostenibile ed il contenimento dei gas serra è l'incidenza della produzione da fonti rinnovabili sul totale dei consumi lordi di energia elettrica. La media italiana del 2005 (14,6%) è molto simile a quella dell'Unione Europea. Svezia, Austria e Lettonia sono i paesi con la più alta quota di energia prodotta da fonti rinnovabili, superiore al 45%. Il dato del 2006 per la regione Trentino Alto Adige indica una produzione da fonti rinnovabili pari al 106,8%, superiore quindi al consumo lordo di energia, così come la Valle d'Aosta, grazie agli impianti idroelettrici.

2.3.2. Inquinamento dell'aria

Il riscaldamento dell'atmosfera è attribuito principalmente alle emissioni di anidride carbonica. Nel 2005, in Italia, sono state rilasciate nell'atmosfera 2 milioni di tonnellate pro capite di anidride carbonica solo con il trasporto stradale. Nella regione Trentino Alto Adige la quantità pro capite rilasciata è superiore, e pari a 2,5 milioni di tonnellate. Confrontando i paesi dell'Unione Europea in termini di emissioni di gas serra derivati dal trasporto stradale l'Italia è superata solo da Germania e Francia, con emissioni paragonabili a quelle del Regno Unito.

Problemi di qualità dell'aria sono dichiarati nel 2005 dal 40,1% delle famiglie residenti in Alto Adige (+7,6% rispetto al 2002), mentre a livello nazionale la media è del 41,7%. Il 15,1% lamenta odori sgradevoli nella zona di residenza (22,1% la media nazionale).

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 (PM_{10}), il biossido di azoto (NO_2), il benzene e l'ozono (O_3).

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 concentrazioni leggermente superiori al valore limite, grazie soprattutto alla catalizzazione dei veicoli a benzina.

Nel corso del 2007 sono state condotte delle serie di rilevamenti del benzene in alcuni siti delle maggiori città della provincia. Nella città di Bolzano la concentrazione media annua più elevata è stata pari a $2,8 \mu g/Nm^3$ ($4,7 \mu g/Nm^3$ nel 2006) per i siti rappresentativi dei valori di fondo, e di $4,9$ per i valori di punta (incroci e strade altamente trafficate, $6,1$ nel 2006). A Merano le concentrazioni medie più elevate sono state di $3,3 \mu g/Nm^3$ per i valori di fondo ($4,2$ nel 2006) e di $6,1$ per i valori di punta ($6,8$ nel 2006).

I valori medi rilevati a Bressanone sono stati rispettivamente di $3,8$ e $5,1 \mu g/Nm^3$ ($4,5$ e $6,1$ nel 2006), mentre a Brunico, il massimo dei valori di fondo ($4,4 \mu g/Nm^3$) ha superato i

valori di punta ($4,0 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$) mentre nel 2006 sia per i valori di fondo che per quelli di punta, la media massima è stata di $4,3 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$. Non si sono rilevati quindi superamenti dei valori limite di $10 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$ (soglia in vigore fino al 2009) mentre, eccetto che a Merano, non si sono superati i $5 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$ (soglia in vigore a partire dal 2010).

BIBLIOGRAFIA

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

Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:693-700

ISTAT. I consumi delle famiglie. Anno 2007. *Statistiche in breve* 8/7/2008.

ISTAT. 100 statistiche per il paese. Indicatori per conoscere e valutare. Anni 2005-2007.

ASTAT. Raccolta di tabelle. Multiscopo sulle famiglie, 2007.

CDC. Smoking-Attributable Mortality, Morbidity and Economic Costs (SAMMEC).

URL: <http://apps.nccd.cdc.gov/sammec/index.asp>

OEDT. Evoluzione del fenomeno della droga in Europa. Anno 2007

Presidenza del Consiglio dei Ministri. Relazione annuale al parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Anno 2007

ISTAT. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2007. *Statistiche in breve* 17/4/2008

ARPAT. L'impatto dei cambiamenti climatici sulla salute umana. *ARPAT news* 016/2008.

ASTAT. Abitudini alimentari per indice di massa corporea 206. *ASTATInfo* 15/2007

ASTAT. Organizzazioni sportive in provincia di Bolzano, 2003.

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.

I malati cronici in Provincia sono 121.584.

Il 15,8% della popolazione soffre almeno di una cardiovasculopatia, mentre il 13,7% di ipertensione.

I ricoveri per infarto miocardio acuto nel 2007 sono stati 628.

Nel quinquennio 2000-2004, in provincia di Bolzano sono stati diagnosticati in media per anno 2.550 nuovi casi di tumore maligno, di cui 1.429 (56%) nei maschi e 1.121 (44%) nelle femmine. Utilizzando le stime dell'incidenza del periodo 2000-2004, si calcolano per l'anno 2007 1.612 nuovi casi di tumore nella popolazione maschile e 1.223 in quella femminile.

Escludendo i tumori della pelle (ICD X: C44), il tasso grezzo annuo di incidenza è pari a 578 casi per 100.000 nei maschi e 444 casi per 100.000 nelle femmine.

Le sedi più frequenti del tumore sono la prostata, il colon-retto ed il polmone nella popolazione maschile; la mammella, il colon-retto e lo stomaco nelle femmine.

In media all'anno muoiono per tumore 264 maschi ogni 100.000 e 211 donne su 100.000. Per l'anno 2007 si stima quindi un totale di 1.249 decessi per tumore di cui 697 nei maschi e 552 nelle femmine.

La prevalenza di broncopatie croniche nella popolazione è pari a 31,1 casi per 1.000.

I pazienti diabetici in Provincia sono 16.760, pari al 3,4% della popolazione.

Il 66% dei diabetici supera i 65 anni di età.

La malattia infettiva più notificata nel 2006 è stata la varicella (584,2 casi per 100.000 abitanti).

L'incidenza dei casi di AIDS nel 2007 è stata pari a 2,3 per 100.000.

I pazienti affetti da una malattia rara in Provincia sono circa 2.600.

Nel 2007 sono state assistite dai Centri di Salute Mentale 8.491 persone con problemi psichiatrici.

I pazienti assistiti dai servizi psicologici in Provincia sono stati 6.981.

I casi di suicidio nel 2007 sono stati 39, pari ad un tasso di 8,1 per 100.000.

Nel 2007 sono stati comunicati complessivamente 17.560 infortuni sul lavoro, 17 dei quali mortali.

3.1. MAPPATURA DELLE MALATTIE CRONICHE

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 soggetto affetto da patologia cronica, con molta probabilità, richieda al proprio Comprensorio Sanitario 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 malato cronico, per evitare di essere "etichettato" non richiede l'esenzione oppure questa non viene richiesta per tutte le patologie croniche di cui una persona è affetta. L'intuizione è stata quella di pensare che un paziente affetto da patologia cronica, necessitando di un trattamento farmacologici 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 soggetti con patologie croniche che altrimenti sarebbero rimasti misconosciuti.

I dati dello studio, che vengono presentati in questa relazione sanitaria, oltre che essere solo una minima parte dei molteplici risultati emersi dal progetto, si riferiscono all'anno 2007. Vista la natura sperimentale del progetto, che nel corso degli ultimi anni ha visto sia l'implementazione di alcune modifiche agli algoritmi di calcolo per il miglioramento della qualità delle informazioni prodotte sia l'aggiunta di nuovi flussi informativi, i dati attuali non possono essere confrontati con quelli degli anni precedenti. Il progetto è nato nel 2004 e si stima occorra una serie storica di almeno 5 anni di dati, per una stabilizzazione dei tassi di prevalenza, che permetta di poter analizzare i trend temporali.

Al progetto ha attivamente collaborato, per l'identificazione e la modifica dei criteri di selezione, il Comprensorio Sanitario di Bolzano.

L'Osservatorio epidemiologico della Provincia Autonoma di Bolzano con il progetto "Mappatura delle patologie croniche" ha vinto il primo Premio salute 2007 del Forum PA 2007, la Fiera nazionale della pubblica amministrazione. Il premio è stato assegnato con la motivazione che il progetto (scelto fra 150 progetti nazionali) valorizza le banche dati già a disposizione, estrapolando informazioni utili per l'analisi dei bisogni sanitari presenti in una popolazione, l'identificazione dei fattori di rischio, per la programmazione dei piani preventivi e per il monitoraggio della spesa sanitaria.

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 assistibile¹ è una popolazione giovane, con un'età media per il 2007 pari a 40,6 anni e un indice di vecchiaia pari a 109,7 (ovvero ogni 100 giovani ci sono 110 anziani). A livello territoriale però, il Comprensorio Sanitario di Bolzano presenta una struttura demografica più anziana con un indice di vecchiaia pari a 126,5 mentre quello più giovane è Brunico con 87,0 anziani ogni 100 giovani.

LO STUDIO

AGGIORNAMENTO

DEI DATI

FORUM PA

RISULTATI PRINCIPALI

¹ Per popolazione assistibile in questo studio si intendono tutti gli iscritti all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, residenti, non residenti, nati, deceduti e trasferiti nel corso dell'anno di rilevazione.

Tabella 1: **Popolazione assistibile e malati cronici in Provincia di Bolzano – Anno 2007**
(Anni vissuti)

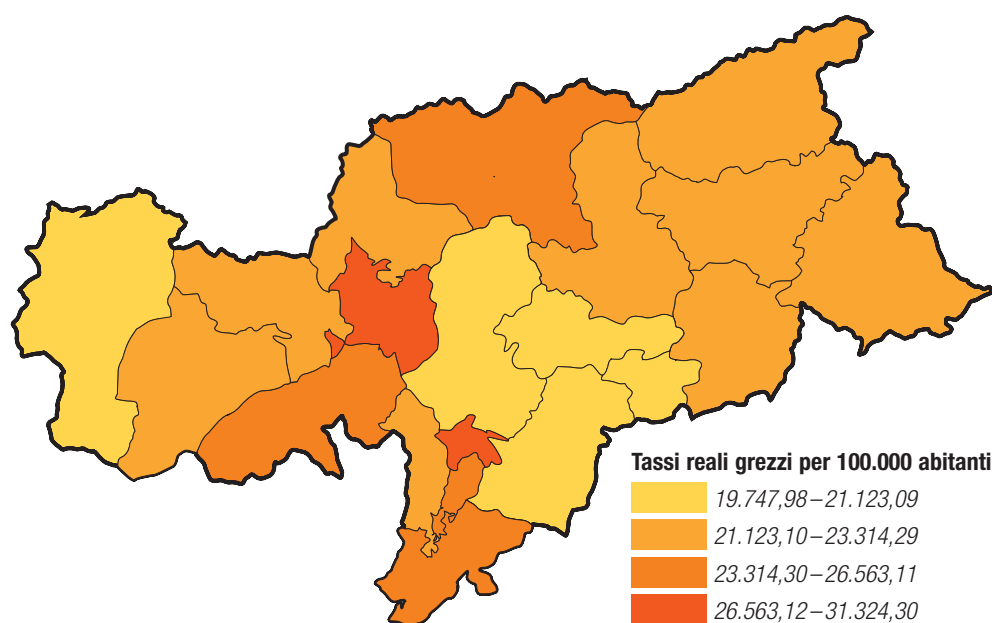
	Popolazione assistibile	Età media della popolazione assistibile	Indice di vecchiaia	Malati cronici	% malati cronici	Tassi STD di malati cronici	Età media malati cronici
Sesso							
Femmine	247.280	41,9	130,4	67.317	27,2	20.463,89	63,4
Maschi	238.939	39,2	90,2	54.267	22,7	19.625,64	60,1
Comprensorio sanitario							
Bolzano	217.040	41,9	126,5	57.954	26,7	20.266,60	62,6
Merano	126.329	40,4	110,0	31.458	24,9	20.084,85	62,0
Bressanone	69.578	38,8	87,8	15.794	22,7	19.784,98	60,7
Brunico	73.272	38,6	87,0	16.378	22,3	19.542,44	60,6
Totale	486.219	40,6	109,7	121.584	25,0	20.041,49	61,9

Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

La Provincia di Bolzano, nel corso del 2007, ha registrato 486.219 persone assistibili. Di queste il 25,0% (pari a 121.584 persone assistibili) è malato cronico con un'età media pari a 61,9 anni. Differenziando per area territoriale, nel rispetto della struttura demografica della popolazione, il Comprensorio Sanitario di Bolzano ha la maggiore percentuale di cronici sul totale dei suoi assistibili (26,7%) mentre Brunico presenta la quota minore (22,3%). Le donne affette da almeno una patologia cronica sono risultate il 27,2% dell'intera popolazione femminile assistibile contro il 22,7% degli uomini.

Se si analizzano i tassi standardizzati di malati cronici (che si differenziano dai tassi reali grezzi in quanto, annullando l'effetto dovuto alla struttura demografica della popolazione di riferimento, permettono di confrontare una maggiore o minore propensione della popolazione ad ammalarsi, tenendo però sempre presente la possibilità di comportamenti differenti nelle diagnosi da parte dei singoli medici), emerge come un rischio più elevato di contrarre almeno una malattia cronica sia maggiore nelle donne rispetto agli uomini.

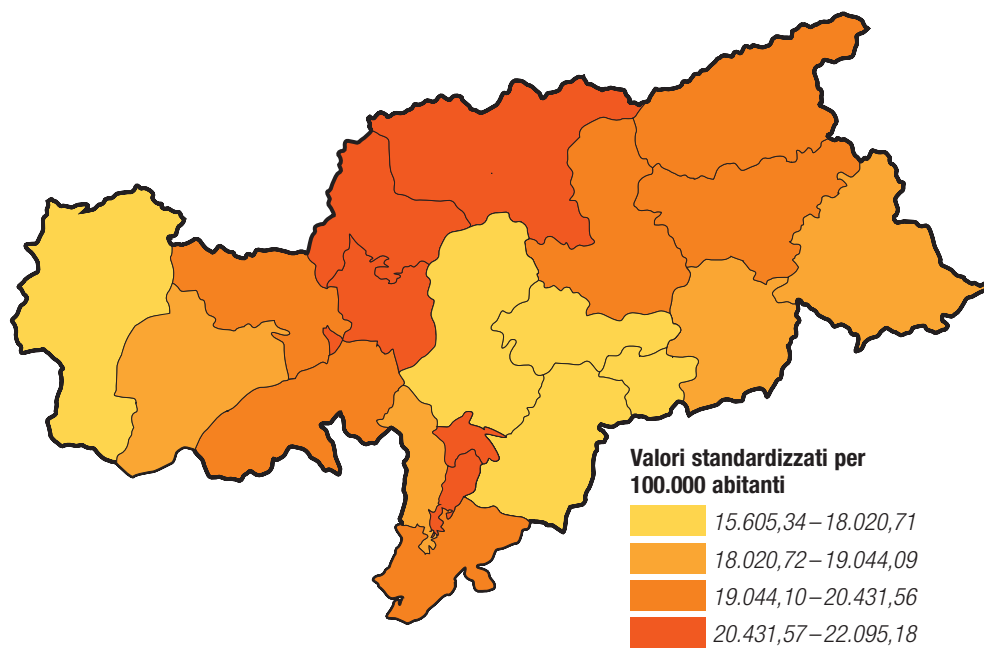
Figura 1: **Prevalenza malati cronici in Provincia di Bolzano – Anno 2007 (Anni vissuti)**



Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

Dai tassi standardizzati dei singoli distretti sanitari emerge come distretti rurali quali quelli di Laives-Bronzolo-Vadena, della Val Passiria e dell'Alta Val d'Isarco registrano inaspettatamente stime di malati cronici molto simili ai due distretti urbani di Bolzano e Merano.

Figura 2: **Malati cronici in Provincia di Bolzano, tassi standardizzati – Anno 2007**



Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

Quasi 14 persone ogni 100 in Alto Adige sono affette da ipertensione (13,7% della popolazione assistibile con una età media di 69,1 anni); seguono i cardiopatici, 7,0% con età media pari a 72,8 anni e i malati con neoplasia, 4,0% con età media di 66,8 anni.

CRONICITÀ

Tabella 2: **Cronicità per comprensori sanitari di assistenza in Provincia di Bolzano – Anno 2007. Valori standardizzati per 100.000 abitanti**

Cronicità	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale Provincia
Portatori di trapianto	104,3	92,8	110,2	71,2	98,0
Insufficienza renale	400,2	369,5	459,9	437,7	406,7
HIV e AIDS	80,4	42,4	32,7	22,0	54,7
Neoplastici	3.103,0	3.059,1	3.091,6	2.841,8	3.054,2
Diabete	2.620,8	2.648,9	2.657,9	2.107,6	2.560,5
Iipertensione	10.248,4	9.659,6	10.493,5	9.414,1	10.022,7
Cardiopatìa	4.232,0	5.030,2	4.715,1	5.069,6	4.608,9
Vasculopatìa	977,5	958,4	807,1	960,5	949,7
Broncopneumopatìa	3.071,6	2.560,4	2.315,8	2.169,5	2.694,1
Epato-Enteropatìa	868,5	815,3	634,5	478,0	763,3
MRGE	714,8	793,4	852,9	539,7	729,4
Epilessia	620,3	792,3	732,6	829,2	709,7
Parkinson	398,9	489,7	704,8	479,6	474,8
Alzheimer	130,2	73,6	48,5	72,8	98,5
Sclerosi Multipla	125,5	157,1	101,0	100,1	126,6
Neuromielite ottica	0,0	1,0	0,0	0,0	0,3
Demenze	103,2	85,1	65,1	64,7	89,1
Artrite reumatoide	327,2	324,3	318,1	367,1	331,4

Cronicità	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale Provincia
LES	69,8	44,8	78,3	42,5	60,8
Sclerosi Sistemica	25,8	18,9	24,4	22,5	23,6
Malattia di Sjörgen	33,5	17,8	18,2	9,4	24,0
Spondilite anchilosante	39,5	23,7	23,3	21,7	30,5
Miastenia gravis	11,9	13,5	12,4	9,0	12,0
Tiroidite di Hashimoto	824,8	348,2	204,5	264,0	531,5
Anemie emolitiche	6,3	11,9	8,5	4,7	7,8
Acromegalia	11,0	10,5	4,3	9,1	9,7
Diabete Insipido	6,7	6,0	18,3	11,4	8,9
Morbo di Addison	15,0	17,6	11,5	19,6	15,9
Iper-Ipparatiroidismo	37,1	28,5	24,7	52,2	35,3
Ipotiroidismo	2.445,2	3.434,4	2.638,6	3.324,1	2.840,9
Sindrome di Cushing	5,2	11,0	7,8	6,8	7,4
Morbo di Basedow	173,1	249,8	201,6	176,2	196,8
Nanismo ipofisario	54,0	17,7	42,1	34,7	39,1
Dislipidemie	2.666,9	3.459,5	1.995,9	3.066,4	2.841,1
Psicosi	702,7	765,3	1.281,3	1.786,1	957,8

Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

Standardizzando i tassi di prevalenza delle diverse cronicità, emerge una distribuzione non sempre omogenea nelle aree dei quattro comprensori sanitari: per uguale malattia cronica, il Comprensorio Sanitario di Bolzano presenta soprattutto valori maggiori di assistiti affetti da broncopneumopatia e tiroidite di Hashimoto. Nel comprensorio meranese si registra un rischio maggiore di malattie dislipidemiche. Nei comprensori di Bressanone e Brunico, invece, nei quali mediamente emergono tassi più bassi, si trovano comunque valori più elevati per Parkinson (Bressanone) e psicosi (Brunico).

Queste differenze si possono giustificare sia per ragioni demografiche-genetiche degli assistiti ma anche per maggiore interesse e/o competenza nelle diagnosi di alcune malattie rispetto ad altre.

Tabella 3: **Patologie croniche per sesso – Provincia di Bolzano – Anno 2007 – Tassi standardizzati per 100.000 abitanti**

Cronicità	Donne	Uomini
Portatori di trapianto	68,02	128,83
Insufficienza renale	268,04	589,94
HIV e AIDS	36,71	72,60
Neoplastici	2.990,18	3.233,16
Diabete	2.114,77	3.025,38
Iperensione	9.613,28	10.381,16
Cardiopatía	3.787,13	5.548,82
Vasculopatía	695,02	1.261,40
Broncopneumopatia	2.305,57	3.163,60
Epato-Enteropatía	559,10	975,63
MRGE	650,00	819,85
Epilessia	645,05	783,27
Parkinson	475,31	477,53
Alzheimer	112,14	76,81
Sclerosi multipla	171,45	81,58
Neuromielite ottica	0,52	0,00
Demenze	92,12	81,68
Artrite reumatoide	460,52	193,37
LES	99,31	21,68
Sclerosi sistemica	38,33	7,81
Malattia di Sjörgen	41,95	4,85
Spondilite anchilosante	21,62	39,54

Cronicità	Donne	Uomini
<i>Miastenia gravis</i>	13,61	10,12
<i>Tiroidite di Hashimoto</i>	949,27	113,36
<i>Anemie emolitiche</i>	7,73	7,86
<i>Acromegalia</i>	11,15	8,29
<i>Diabete insipido</i>	9,02	8,84
<i>Morbo di Addison</i>	17,53	13,59
<i>Iper-ipoparatiroidismo</i>	51,73	17,72
<i>Ipotiroidismo</i>	4.506,13	1.071,39
<i>Sindrome di Cushing</i>	10,88	4,03
<i>Morbo di Basedow</i>	309,88	84,12
<i>Nanismo ipofisario</i>	33,68	44,28
<i>Dislipidemie</i>	2.373,27	3.341,28
<i>Psicosi</i>	1.198,81	710,05

Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

Su un totale di 35 patologie croniche analizzate, le donne presentano tassi standardizzati maggiori nel 51 % dei casi. Valori più elevati si registrano soprattutto nelle patologie autoimmuni e in quelle endocrinopatiche. Tassi nettamente più elevati per le patologie quali tiroide di Hashimoto e ipotiroidismo. Rispetto a queste ultime patologie, i dati confermano la letteratura medica per cui la tiroidite cronica autoimmune è nettamente superiore nel sesso femminile – in Alto Adige nel 2007 la prevalenza reale è stata di 968 casi ogni 100 mila donne contro i 117 casi degli uomini –; questa malattia, poi, evolve frequente verso l'ipotiroidismo, che infatti a sua volta ha registrato un tasso reale grezzo femminile di 5.543 casi per 100.000 abitanti contro un valore maschile di prevalenza di 1.252 casi.

3.2. MALATTIE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO

Le malattie dell'apparato circolatorio rappresentano la prima causa di morte nei paesi sviluppati.

I principali fattori di rischio per le malattie dell'apparato cardiocircolatorio sono rappresentati dall'ipertensione, dall'ipercolesterolemia, dal diabete e dall'obesità.

Un soggetto iperteso ha un rischio tra 2 e 4 volte superiore rispetto ad una persona non ipertesa 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.

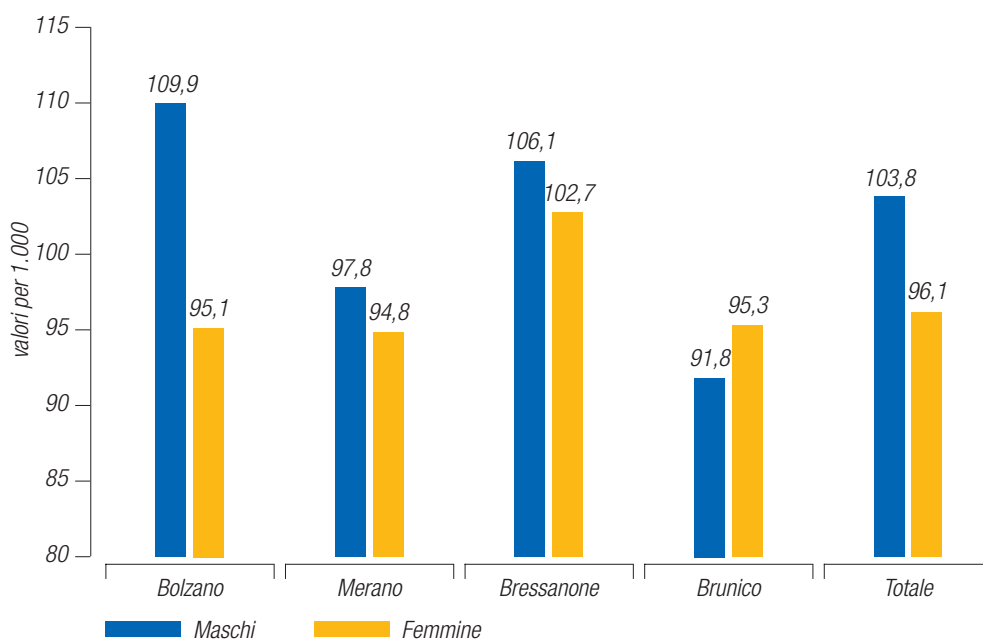
I soggetti con ipercolesterolemia presentano un rischio di morte doppio per cardiopatia ischemica e ictus rispetto ai soggetti con colesterolemia normale.

La prevalenza di ipertensione nel 2007 in provincia di Bolzano secondo il progetto di mappatura delle patologie croniche è pari a 137,1 casi per 1.000 abitanti (125,9 tra i maschi e 147,9 tra le femmine). La prevalenza (in termini di tassi standardizzati) è minore nel comprensorio sanitario di Brunico (94,1 per 1.000) e più elevata in quella di Bressanone (104,9 per 1.000). I maschi risultano più frequentemente affetti nel comprensorio di Bolzano. L'età media dei soggetti malati è pari a 66,5 anni per i maschi ed a 71,2 anni per le femmine.

FATTORI DI RISCHIO

IPERTENSIONE

Figura 3: **Prevalenza standardizzata di ipertensione per genere e comprensorio sanitario. Anno 2007**

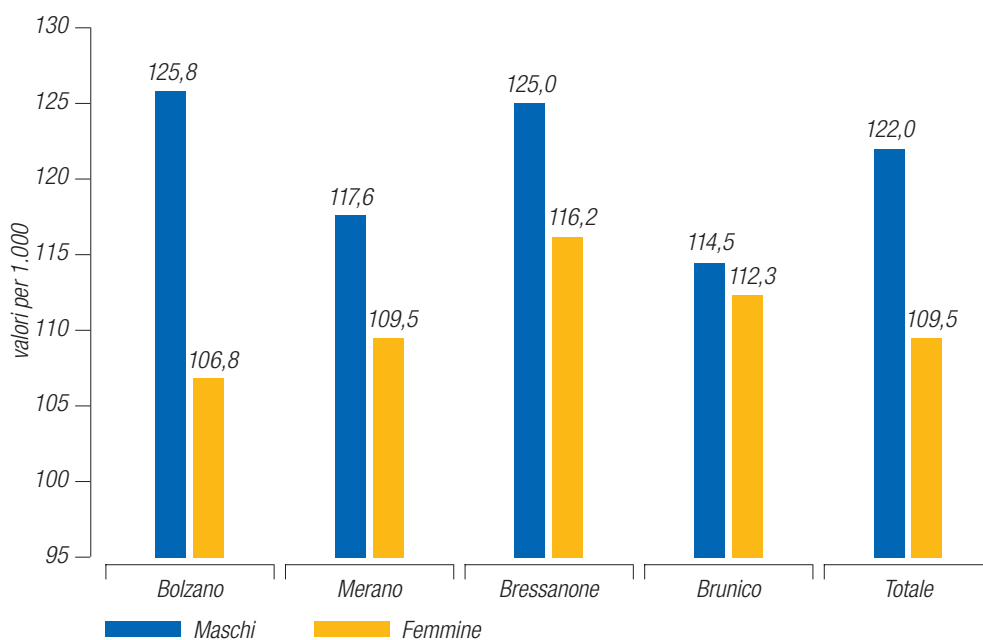


Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

CARDIOPATIE

La prevalenza di malattie croniche cardiovascolari è pari 158,4 per 1.000 (147,9 per 1.000 tra i maschi e 168,4 per 1.000 tra le femmine). In termini di tassi standardizzati la prevalenza è maggiore tra i maschi nel comprensorio di Bolzano (125,8 per 100.000) e tra le femmine in quello di Bressanone (116,2 per 100.000). L'età media dei soggetti malati è pari a 66,2 anni per i maschi ed a 70,9 anni per le femmine.

Figura 4: **Prevalenza standardizzata di malattie cardiovascolari per genere e comprensorio sanitario – Anno 2007**



Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

DIMISIONI OSPEDALIERE

Le dimissioni nel 2007, di residenti in strutture provinciali con una malattia del sistema circolatorio come diagnosi principale, sono state complessivamente 9.217, con un tasso di ospedalizzazione pari a 2.086,1 per 100.000 tra i maschi ed a 1.736,4 per 100.000 tra le femmine. La diagnosi più frequente di ricovero è rappresentata dalle malattie del circolo polmonare (781,8 per 100.000 tra i maschi e 732,1 tra le femmine).

Le dimissioni per infarto miocardico acuto sono state complessivamente 628 (393 maschi e 235 femmine). Sia tra gli uomini che tra le donne c'è stata una diminuzione delle dimissioni per infarto, rispettivamente di 29 e 43 casi, se confrontate con l'anno precedente.

La patologia più frequente tra le cause di morte per malattie del sistema circolatorio nel 2005 è rappresentata dalle malattie ischemiche del cuore (infarto, angina pectoris ed ischemie cardiache), con 222 decessi tra i maschi (94,9 per 100.000) e 273 decessi tra le femmine (113,0 per 100.000).

Elevati, soprattutto tra le donne, sono i disturbi circolatori dell'encefalo (240 casi, 99,3 per 100.000), mentre gli stessi sono meno frequenti tra gli uomini (165 casi, 70,5 per 100.000).

Tabella 4: **Ricoveri, decessi e tassi di ospedalizzazione e mortalità di residenti per sesso e malattia del sistema circolatorio. Provincia di Bolzano – Anni 2005 e 2007**

	<i>ricoveri 2007</i>	<i>tasso ospeda- lizzazione 2007 (x 100.000)</i>	<i>decessi 2005</i>	<i>tasso mortalità 2005 (x 100.000)</i>
MASCHI				
<i>Reumatismo articolare acuto e cardiopatie reumatiche</i>	10	4,2		–
<i>Malattia ipertensiva</i>	161	67,9	23	9,8
<i>Malattie ischemiche del cuore</i>	1.118	471,2	222	94,9
<i>Malattie del circolo polmonare e altre malattie del cuore</i>	1.855	781,8	120	51,3
<i>Disturbi circolatori encefalo</i>	1.009	425,2	165	70,5
<i>Altre malattie del sistema circolatorio</i>	797	335,9	26	11,1
Totale	4.950	2.086,1	556	237,7
FEMMINE				
<i>Reumatismo articolare acuto e cardiopatie reumatiche</i>	13	5,3		–
<i>Malattia ipertensiva</i>	249	101,3	70	29,0
<i>Malattie ischemiche del cuore</i>	540	219,7	273	113,0
<i>Malattie del circolo polmonare e altre malattie del cuore</i>	1.799	732,1	204	84,4
<i>Disturbi circolatori encefalo</i>	1.096	446,0	240	99,3
<i>Altre malattie del sistema circolatorio</i>	570	232,0	41	17,0
Totale	4.267	1.736,4	828	342,6

Fonte: Aziende Sanitarie dell'Alto Adige – Archivio SDO, Registro Provinciale di Mortalità

IL REGISTRO TUMORI DELL'ALTO ADIGE

FONTI INFORMATIVE DEL REGISTRO TUMORI

INCIDENZA NEL PERIODO 2000-2004

3.3. INCIDENZA E MORTALITÀ DEI TUMORI MALIGNI

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 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 Provincia autonoma 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 X appartenente alla sezione C00 – C96, oltre ai D09.0, D41.4 e D45 – D47. La codifica avviene inizialmente tramite ICD-O 3, che permette di rilevare sia la sede che la tipologia tumorale: questo viene poi convertito in ICD X per l'analisi statistica. 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 X C43 (melanomi) e C44 (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.

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 anatomico-patologici del servizio 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 provincia di Bolzano (Tirolo, provincia autonoma 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).

Le stime di incidenza dei tumori maligni diagnosticati nella popolazione residente in Provincia di Bolzano sono riferite al quinquennio 2000-2004 (casi aggiornati al 31.05.2008, dato non ancora definitivo). L'ampiezza del periodo garantisce una buona stabilità dei tassi osservati, i cui valori, soprattutto per i tumori meno frequenti, possono essere influenzati dalla contenuta dimensione della popolazione altoatesina.

Negli anni 2000-2004, nella Provincia Autonoma di Bolzano sono stati diagnosticati in media per anno 1.429 (56%) nuovi casi di tumore maligno tra la popolazione maschile residente e 1.121 (44%) casi in quella femminile. Escludendo i tumori della pelle (ICD X:

C44), ci si attende per il 2007 1.530 casi per i maschi (pari a 578,32 casi ogni 100.000) e 1.160 casi per le femmine (pari a 443,87 casi ogni 100.000). Tra i maschi sono stati osservati 32 casi (0,45% del totale) nella fascia di età 0-14 anni e 4.616 casi (64,6%) in soggetti con età 65 anni e oltre, mentre nella popolazione femminile è stato diagnosticato un tumore maligno in 25 bambine (0,44%) con meno di 15 anni ed in 3.437 casi (61,31%) donne con 65 anni e più.

Tabella 5: **Nuovi casi per anno di tumore maligno, maschi. Provincia di Bolzano – Anni 2000-2004, 2007**

ICD X	SEDE	BOL	MER	BRE	BRU	Provincia	2007 †
C00-C10, C12-C14	Cavità orale e faringe	29	16	10	9	63	70
C11, C30-C31	Rinofaringe e cavità nasali	3	2	1	2	8	9
C15	Esofago	9	6	5	4	24	27
C16	Stomaco	32	19	9	15	75	85
C17	Intestino tenue	2	1	1	0	5	6
C18-C20, C26.0	Colon e retto	84	42	22	22	170	194
C21	Ano	1	1	0	0	2	2
C22	Fegato e dotti biliari intraepatici	25	15	8	6	54	60
C23-C24	Vie biliari	5	4	2	2	14	16
C25	Pancreas	19	7	4	3	33	37
C32	Laringe	15	6	5	2	28	31
C33-C34	Trachea, bronchi e polmoni	76	42	17	13	148	168
C37, C38.0-C38.4	Altri organi toracici	1	1	0	0	2	2
C40-C41	Osso	1	0	1	0	2	2
C43	Pelle, melanomi	18	7	4	4	33	36
C44	Pelle, non melanomi	41	14	9	6	71	82
C45	Mesotelioma	2	1	0	0	4	4
C46	Sarcoma di Kaposi	1	0	0	0	2	2
C47, C49	Tessuti molli	4	1	1	1	7	7
C48	Retroperitoneo e peritoneo	1	0	0	0	2	2
C50	Mammella	1	1	0	0	2	3
C60, C63	Pene e altri genitali maschili	1	0	0	0	2	2
C61	Prostata	173	81	38	35	327	368
C62	Testicolo	7	5	3	3	18	18
C64	Rene	21	9	6	6	42	47
C65-C68, D09.0, D41.4	Vescica, pelvi renale ed altri organi urinari	71	34	12	19	137	157
C69	Occhio	0	1	0	0	1	2
C70-C72	Encefalo e altro SNC	9	6	1	3	19	21
C73	Tiroide	4	2	2	0	9	10
C74-C75	Altre ghiandole endocrine	1	0	0	0	1	1
C81	Linfoma di Hodgkin	3	2	1	1	7	7
C82-C85, C96	Linfoma non Hodgkin	19	11	5	5	39	45
C88	Malattie maligne immunoproliferative	0	1	0	0	1	2
C90.0, C90.2	Mieloma multiplo	4	3	2	2	11	12
C90.1, C91-C95	Leucemia	19	8	3	3	33	37
D45-D47	Disordini mieloproliferativi e sindromi mielodisplastiche	5	1	0	1	8	9
	Sedi mal definite *	10	8	4	4	26	29
Tutte le sedi		718	359	178	174	1.429	1.612

* comprende i codici ICD X: C26.1-C26.9, C38.8, C39, C76-C80, C97

BOL = Bolzano, MER = Merano, BRE = Bressanone, BRU = Brunico; † = proiezione per anno 2007

Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

Tabella 6: **Nuovi casi per anno di tumore maligno, femmine. Provincia di Bolzano – Anni 2000-2004, 2007**

ICD X	SEDE	BOL	MER	BRE	BRU	Provincia	2007†
C00-C10,C12-C14	Cavità orale e faringe	9	4	3	1	17	18
C11,C30-C31	Rinofaringe e cavità nasali	0	1	0	1	2	2
C15	Esofago	3	2	0	0	5	6
C16	Stomaco	27	20	11	9	68	75
C17	Intestino tenue	1	1	1	1	3	3
C18-C20,C26.0	Colon e retto	62	38	17	18	134	147
C21	Ano	1	3	1	2	7	8
C22	Fegato e dotti biliari intraepatici	8	5	1	0	14	16
C23-C24	Vie biliari	12	6	2	4	24	27
C25	Pancreas	21	9	6	5	41	46
C32	Laringe	3	0	0	0	3	3
C33-C34	Trachea, bronchi e polmoni	28	14	6	5	53	58
C37,C38.0-C38.4	Altri organi toracici	0	0	0	0	1	1
C40-C41	Osso	0	0	1	0	2	2
C43	Pelle, melanomi	21	11	6	4	41	45
C44	Pelle, non melanomi	25	12	7	12	56	63
C45	Mesotelioma	1	0	0	0	1	1
C46	Sarcoma di Kaposi	0	0	0	0	1	1
C47,C49	Tessuti molli	2	1	1	1	5	6
C48	Retroperitoneo e peritoneo	1	1	1	0	3	3
C50	Mammella	146	75	35	33	288	313
C51-C52, C57.7-C57.9	Altri genitali femminili	6	1	0	1	8	10
C53	Utero, collo	10	7	4	3	24	26
C54-C55	Utero, corpo e n.a.s.	26	14	7	8	56	60
C56,C57.0-C57.4	Ovaio	21	11	5	6	43	47
C58	Placenta	0	0	0	0	0	0
C64	Rene	12	8	5	4	29	31
C65-C68, D09.0,D41.4	Vescica, pelvi renale e altri organi urinari	18	10	4	3	36	40
C69	Occhio	1	0	1	0	2	2
C70-C72	Encefalo e altro SNC	9	3	2	3	17	18
C73	Tiroide	12	3	3	2	20	21
C74-C75	Altre ghiandole endocrine	0	0	0	0	1	1
C81	Linfoma di Hodgkin	2	1	1	0	4	4
C82-C85,C96	Linfoma non Hodgkin	19	11	4	3	37	39
C88	Malattie maligne immunoproliferative	0	0	0	0	1	1
C90.0,C90.2	Mieloma multiplo	7	4	2	1	13	14
C90.1,C91-C95	Leucemia	14	6	4	4	29	32
D45-D47	Disordini mieloproliferativi e sindromi mielodisplastiche	4	1	0	1	7	8
	Sedi mal definite *	11	7	2	4	24	27
Tutte le sedi		544	293	142	141	1.121	1.223

* comprende i codici ICD X: C26.1-C26.9, C38.8, C39, C76-C80, C97

BOL = Bolzano, MER = Merano, BRE = Bressanone, BRU = Brunico; † = proiezione per anno 2007

Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

Tabella 7: **Tassi di incidenza medi annui per genere dei tumori maligni. Valori per 100.000.**
Provincia di Bolzano – Anni 2000-2004

ICD X	SEDE	Tassi grezzi		Tassi std. (EU)	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
C00-C10,C12-C14	Cavità orale e faringe	27,1	7,0	25,8	5,8
C11,C30-C31	Rinofaringe e cavità nasali	3,2	0,8	3,1	0,7
C15	Esofago	10,4	2,2	9,6	1,8
C16	Stomaco	31,8	28,1	28,4	17,4
C17	Intestino tenue	2,1	1,3	1,9	1,0
C18-C20,C26.0	Colon e retto	72,1	55,7	65,2	38,3
C21	Ano	0,9	2,9	0,8	2,0
C22	Fegato e dotti biliari intraepatici	22,9	5,9	21,0	3,8
C23-C24	Vie biliari	6,0	10,2	5,4	6,4
C25	Pancreas	13,9	17,2	12,7	11,1
C32	Laringe	12,0	1,4	11,4	1,0
C33-C34	Trachea, bronchi e polmoni	62,8	22,2	56,1	15,7
C37,C38.0-C38.4	Altri organi toracici	0,9	0,3	0,9	0,2
C40-C41	Osso	0,9	0,8	0,9	0,8
C43	Pelle, melanomi	14,1	17,2	13,2	14,3
C44	Pelle, non melanomi	29,9	23,5	26,8	13,3
C45	Mesotelioma	1,6	0,5	1,5	0,3
C46	Sarcoma di Kaposi	0,7	0,3	0,6	0,2
C47,C49	Tessuti molli	2,9	2,2	2,7	1,7
C48	Retroperitoneo e peritoneo	0,7	1,4	0,7	1,2
C50	Mammella	1,0	120,3	0,9	100,2
C51-C52,C57.7-C57.9	Altri genitali femminili	–	3,5	–	2,1
C53	Utero, collo	–	10,1	–	8,9
C54-C55	Utero, corpo e n.a.s.	–	23,2	–	17,7
C56,C57.0-C57.4	Ovaio	–	17,9	–	14,6
C58	Placenta	–	0,1	–	0,1
C60,C63	Pene e altri genitali maschili	1,0	–	0,9	–
C61	Prostata	139,4	–	124,5	–
C62	Testicolo	7,7	–	6,8	–
C64	Rene	17,7	12,1	16,2	9,1
C65-C68, D09.0,D41.4	Vescica, pelvi renale e altri organi urinari	58,1	14,9	51,9	9,6
C69	Occhio	0,6	0,8	0,6	0,7
C70-C72	Encefalo e altro SNC	8,3	7,2	7,7	5,6
C73	Tiroide	3,7	8,4	3,5	7,6
C74-C75	Altre ghiandole endocrine	0,4	0,3	0,5	0,3
C81	Linfoma di Hodgkin	3,0	1,8	2,7	1,7
C82-C85,C96	Linfoma non Hodgkin	16,8	15,3	15,4	11,8
C88	Malattie maligne immunoproliferative	0,6	0,3	0,6	0,2
C90.0,C90.2	Mieloma multiplo	4,7	5,3	4,3	3,3
C90.1,C91-C95	Leucemia	14,2	12,0	13,2	8,1
D45-D47	Disordini mieloproliferativi e sindromi mielodisplastiche	3,4	3,1	3,0	1,9
	Sedi mal definite *	11,0	10,1	10,0	5,7
Tutte le sedi		608,2	467,4	550,7	346,0

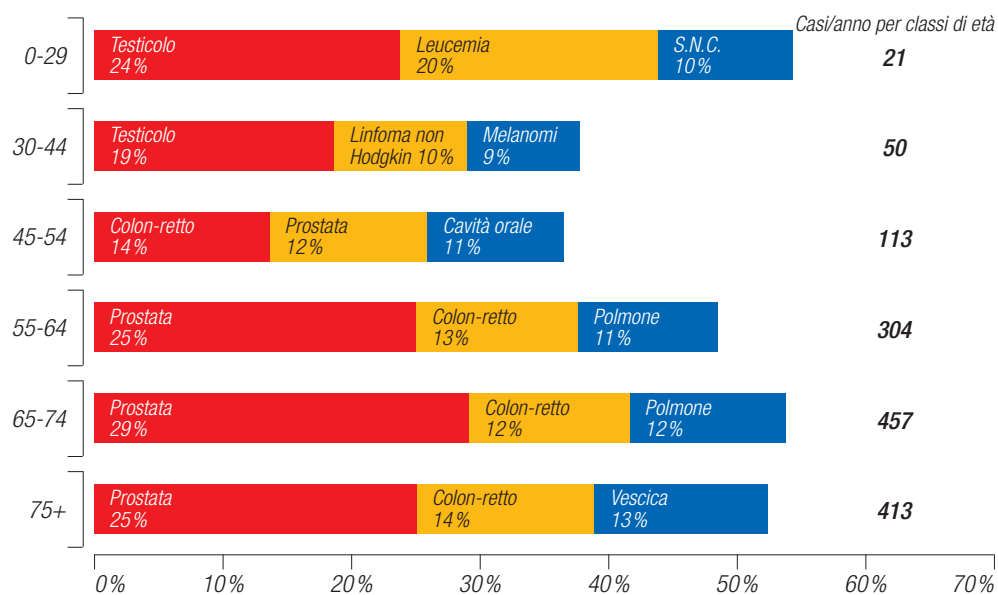
* comprende i codici ICD X: C26.1-C26.9, C38.8, C39, C76-C80, C97

Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

Escludendo la cute (ICD X C44), i tumori più frequenti tra i maschi risultano quelli della prostata (327 casi all'anno, pari al 24,1%), del colon-retto (170 casi all'anno, pari al 12,5%), del polmone (148 casi all'anno, pari a 10,9%), della vescica (137 casi all'anno, pari al 10,1%) e dello stomaco (75 casi all'anno, pari al 5,5%).

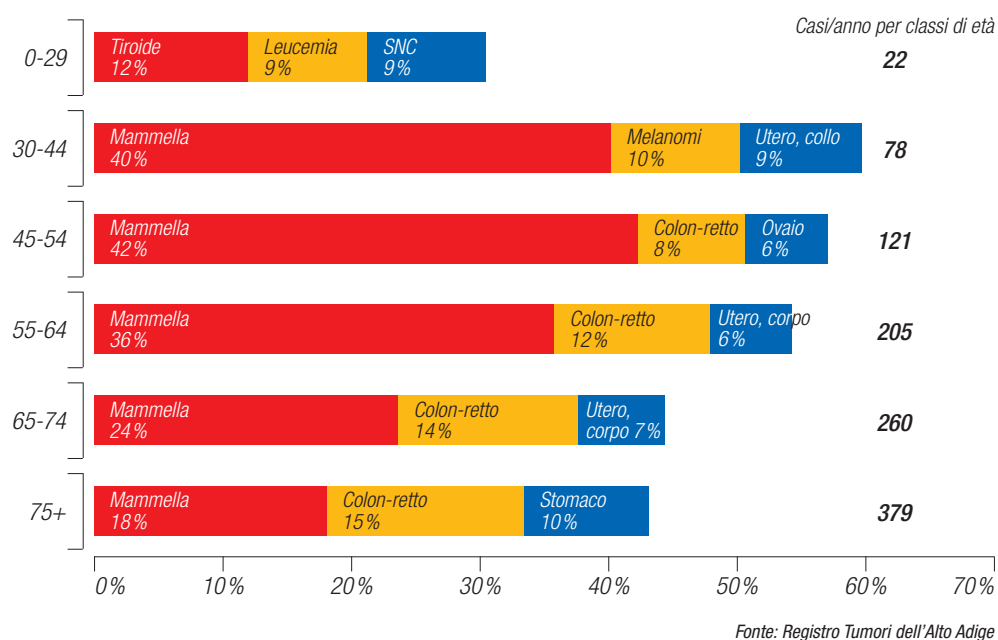
TUMORI PIÙ FREQUENTI

Figura 5: **Le tre sedi più frequenti per classe di età (escluso ICD X C44), maschi. Provincia di Bolzano – Anni 2000-2004**



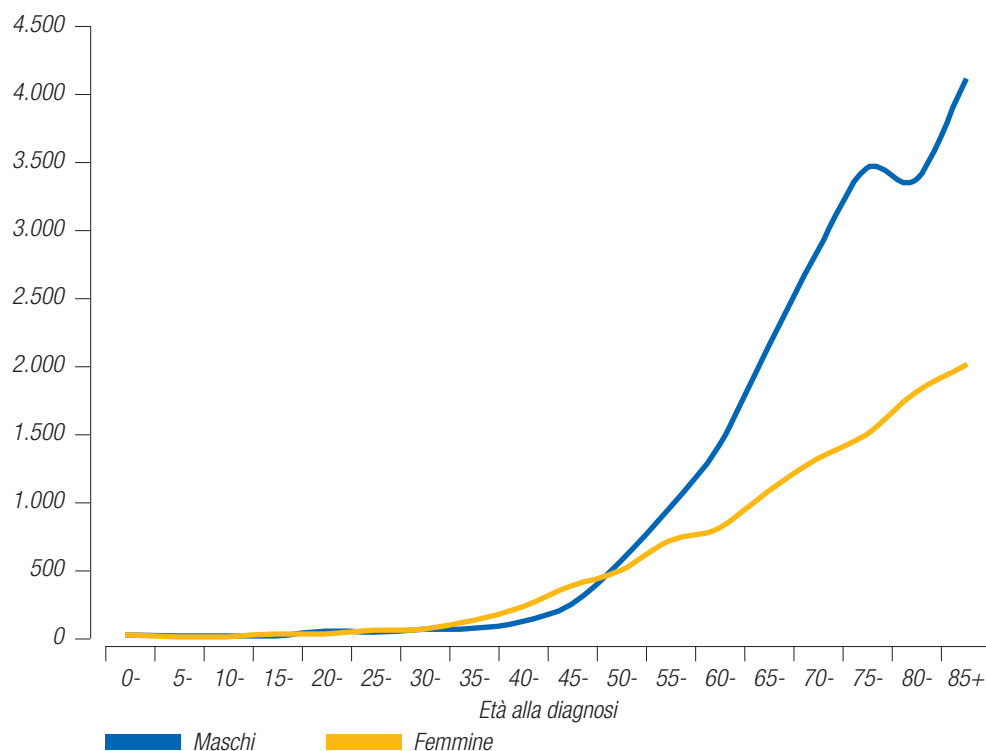
Nelle femmine, il tumore della mammella (288 casi all'anno, pari al 27,1%) risulta al primo posto tra tutte le neoplasie, seguita dal tumore del colon-retto (134 casi all'anno, pari al 12,6%), dello stomaco (68 casi all'anno, pari al 6,4%), del corpo dell'utero (56 casi all'anno, 5,2%) e del polmone (53 casi all'anno, 5%).

Figura 6: **Le tre sedi più frequenti per classe di età (escluso ICD X C44), femmine. Provincia di Bolzano – Anni 2000-2004**



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 55 anni, raggiungendo nell'età più avanzata i 4.072 casi per 100.000 maschi ed i 1.982 casi per 100.000 femmine.

Figura 7: **Tassi grezzi di incidenza di tumorei maligni (escluso ICD X C44) per genere, valori per 100.000. Provincia di Bolzano – Anni 2000-2004**



Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

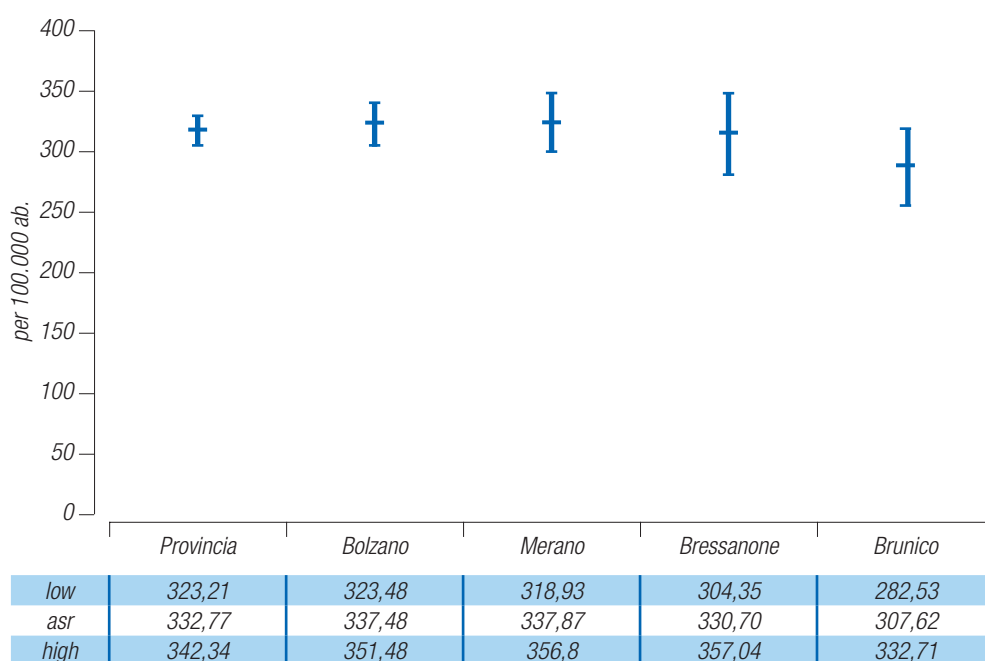
I confronti tra i dati di incidenza osservati nei comprensori sanitari sono stati effettuati mediante una standardizzazione dei tassi (ASR), utilizzando la popolazione standard europea. Con riferimento all'insieme dei tumori diagnosticati nella popolazione maschile (esclusi i carcinomi cutanei), il Comprensorio Sanitario di Brunico conferma anche per il periodo 2000-2004 un tasso medio annuo standardizzato di incidenza (469,2 per 100.000) significativamente inferiore al valore provinciale (523,9 per 100.000). Sul versante femminile, per nessun comprensorio sanitario la differenza del tasso medio annuo standardizzato dal dato provinciale (332,8 per 100.000) risulta significativa.

Figura 8: **Tassi standardizzati di incidenza di tumori maligni (escluso ICD X C44) e intervallo di confidenza al 95%, maschi. Provincia di Bolzano – Anni 2000-2004**



Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

Figura 9: **Tassi standardizzati di incidenza di tumori maligni (escluso ICD X C44) e intervallo di confidenza al 95%, femmine. Provincia di Bolzano – Anni 2000-2004**

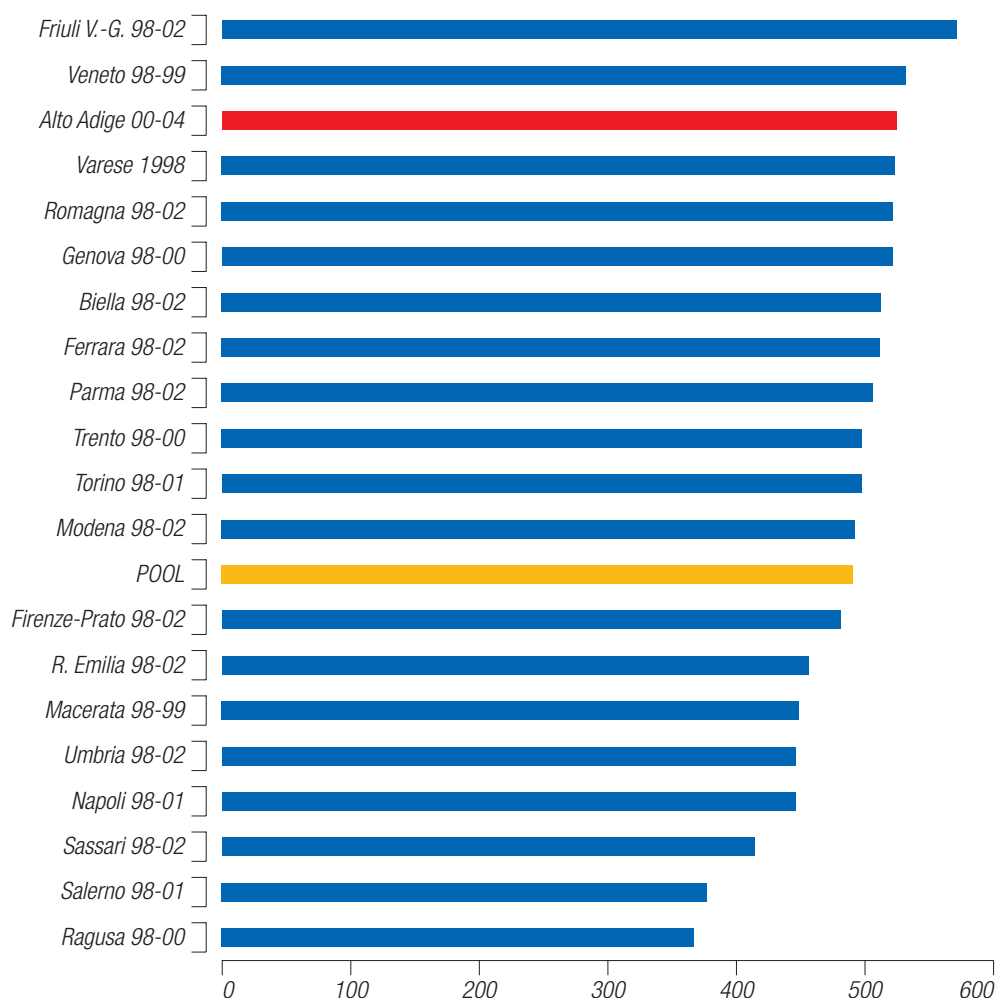


Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

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.

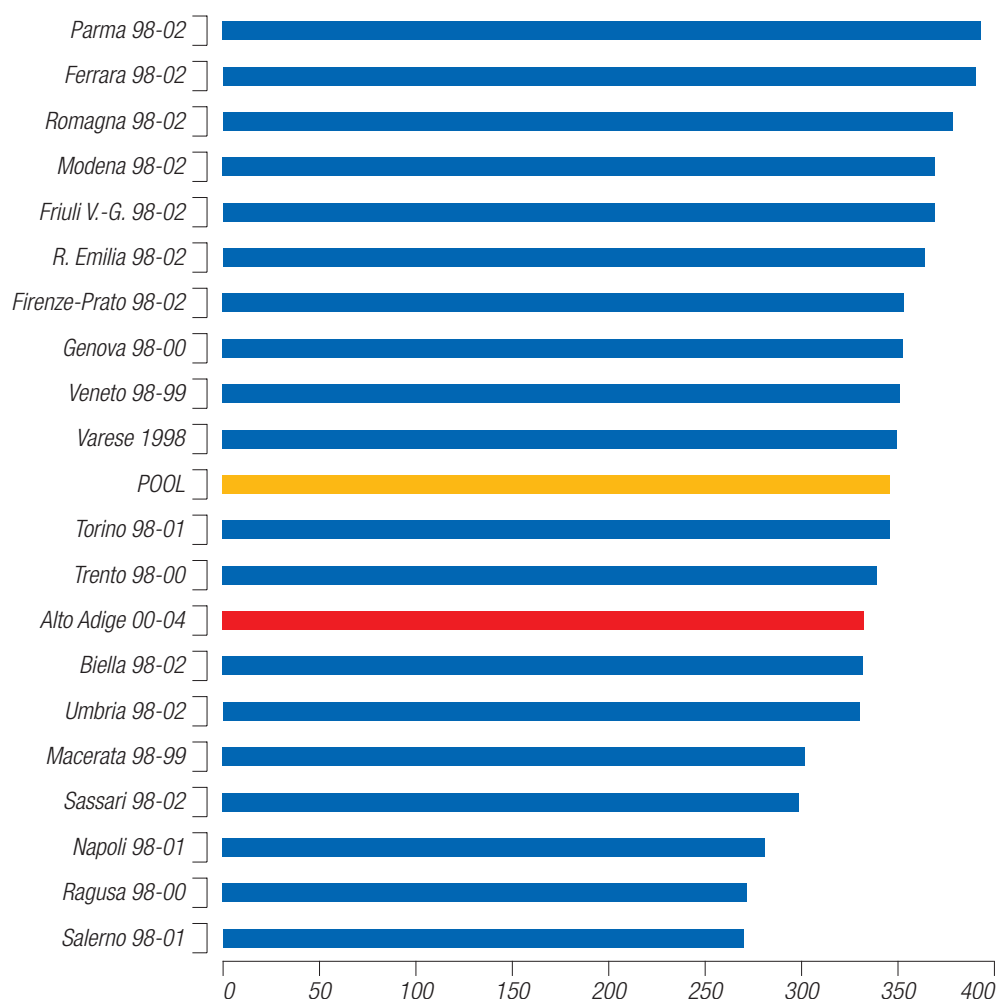
Nel complesso, l'incidenza tumorale (esclusi i carcinomi della cute) osservata nei maschi per il quinquennio 2000-2004 colloca la Provincia Autonoma di Bolzano nella parte superiore della graduatoria dei tassi standardizzati, alle spalle della regione Friuli-Venezia Giulia (che rappresenta la zona in assoluto con la più alta incidenza) e del Veneto. Il tasso relativo all'Alto Adige (523,9 per 100.000) risulta lievemente 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. La Provincia di Bolzano presenta nel complesso un dato (332,8 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 10: **Tassi standardizzati di incidenza di tumori maligni (escluso ICD X C44). Maschi, valori per 100.000 – Registri tumori italiani**



Fonte: Associazione Italiana Registri Tumori

Figura 11: **Tassi standardizzati di incidenza di tumori maligni (escluso ICD X C44). Femmine, valori per 100.000 – Registri tumori italiani**



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).

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 dei quattro comprensori sanitari 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 dall'1 gennaio 1995.

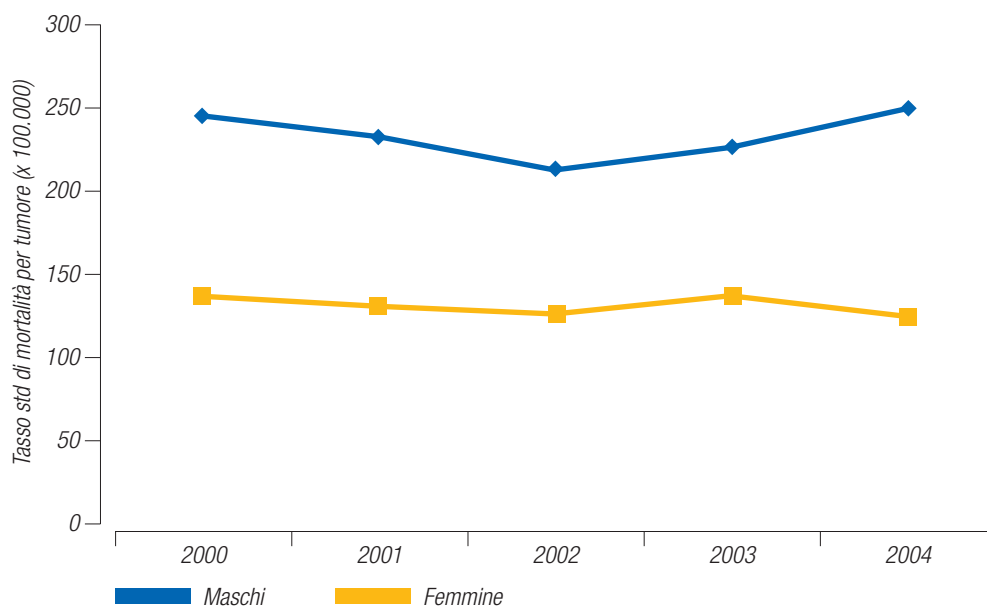
Di seguito vengono illustrati i valori riferiti ai decessi per neoplasia maligna registrati nella popolazione residente durante il periodo 2000-2004, basati sulle elaborazioni dei certificati di morte per i quali la causa di morte principale conteneva l'indicazione di un tumore maligno (codici ICD X: C00 – C96, D09.0, D41.4, D45 – D47). Per il confronto con le diverse realtà italiane è stata operata una standardizzazione dei tassi, utilizzando come popolazione standard la popolazione europea.

Nel periodo 2000-2004 sono deceduti per tumore in media 611 maschi all'anno, con un tasso di mortalità pari a 263,8 decessi ogni 100.000 residenti, e 502 femmine all'anno, pari a 211 decessi ogni 100.000 donne. Per l'anno 2007 è quindi possibile stimare per la Provincia di Bolzano un totale di 1.249 decessi per tumore di cui 697 tra i maschi e 552 tra le femmine.

IL REGISTRO PROVINCIALE DI MORTALITÀ

MORTALITÀ PER TUMORE 2000-2004

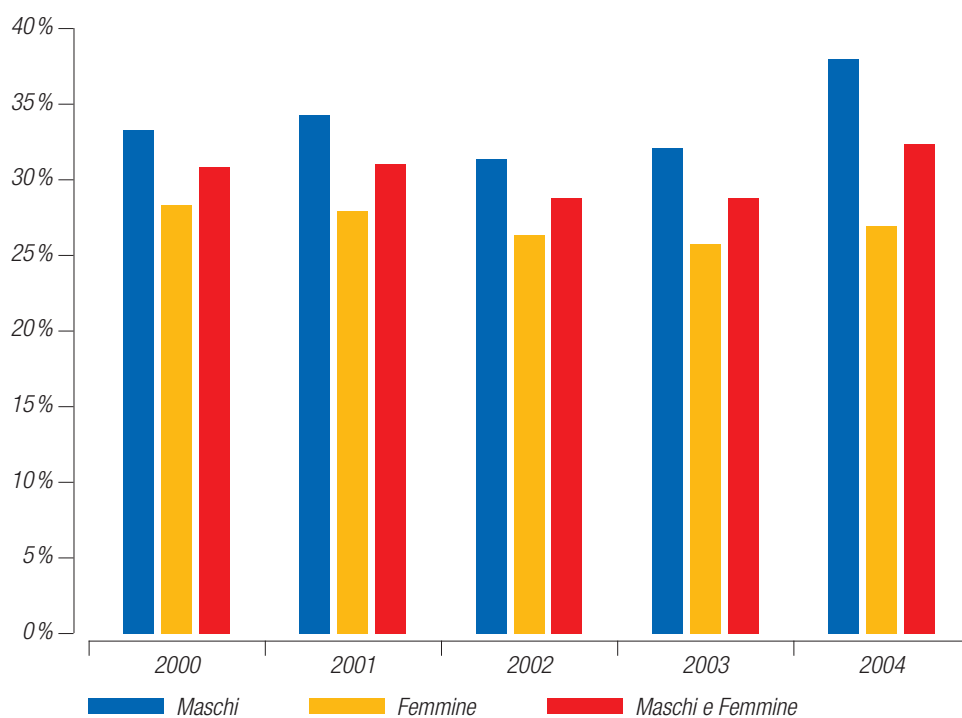
Figura 12: **Tassi standardizzati di mortalità per tumore maligno per genere. Valori per 100.000. Provincia di Bolzano – Anni 2000-2004**



Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

L'andamento negli anni 2000-2004 del tasso standardizzato di mortalità nei maschi evidenzia un andamento decrescente a partire dal 2000, che però si inverte bruscamente nel corso del 2003 (225,2 decessi per 100.000 vs. 211,3 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 ma evidenziando un calo nel 2004. Il rapporto tra il numero di decessi per tumore maligno ed il totale dei decessi appare altrettanto stabile negli anni, passando però dal 28,8% del 2002 e del 2003 al 32,4% del 2004. Tale aumento è dovuto soprattutto ai maschi dove, in media, ogni anno circa un terzo dei decessi (33,8%) è causato da un tumore maligno ma nel 2004 tale percentuale è stata del 38% contro il 32,1% dell'anno precedente. Tra le donne la percentuale media di decessi per tumore scende al 27%.

Figura 13: Percentuale di decessi per tumore maligno sul totale dei decessi per genere. Provincia di Bolzano – Anni 2000-2004



Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

Tabella 8: **Decessi medi annui per tumore maligno, maschi – Provincia di Bolzano –**
Anni 2000-2004

ICD X	SEDE	Decessi	Tasso grezzo	Tasso std. (EU)	2007 †
C00-C10,C12-C14	Cavità orale e faringe	27	11,8	11,1	31
C11,C30-C31	Rinofaringe e cavità nasali	2	0,9	0,9	2
C15	Esofago	20	8,7	7,6	23
C16	Stomaco	48	20,7	18,1	56
C17	Intestino tenue	2	1,0	0,8	2
C18-C20,C26.0	Colon e retto	70	30,2	26,5	81
C21	Ano	1	0,4	0,4	1
C22	Fegato e dotti biliari intraepatici	38	16,4	14,6	43
C23-C24	Vie biliari	13	5,4	4,8	14
C25	Pancreas	29	12,5	11,2	33
C32	Laringe	9	3,8	3,3	10
C33-C34	Trachea, bronchi e polmoni	124	53,7	46,6	144
C37,C38.0-C38.4	Altri organi toracici	2	0,7	0,7	2
C40-C41	Osso	1	0,5	0,6	1
C43	Pelle, melanomi	5	2,1	1,9	5
C44	Pelle, non melanomi	2	0,7	0,7	2
C45	Mesotelioma	4	1,6	1,5	4
C46	Sarcoma di Kaposi	0	0,1	0,1	0
C47,C49	Tessuti molli	2	0,8	0,6	2
C48	Retroperitoneo e peritoneo	2	0,9	0,8	2
C50	Mammella	1	0,4	0,3	1
C60,C63	Pene e altri genitali maschili	0	0,2	0,2	0
C61	Prostata	69	30,0	26,3	83
C62	Testicolo	1	0,3	0,3	1
C64	Rene	13	5,5	4,9	15
C65-C68,D09.0,D41.4	Vescica, pelvi renale e altri organi urinari	33	14,1	12,5	38
C69	Occhio	0	0,2	0,1	0
C70-C72	Encefalo e altro SNC	17	7,2	6,4	19
C73	Tiroide	2	1,0	0,9	3
C74-C75	Altre ghiandole endocrine	1	0,4	0,4	1
C81	Linfoma di Hodgkin	1	0,4	0,3	1
C82-C85,C96	Linfoma non Hodgkin	14	6,2	5,5	17
C88	Malattie maligne immunoproliferative	1	0,6	0,5	2
C90.0,C90.2	Mieloma multiplo	8	3,3	2,8	9
C90.1,C91-C95	Leucemia	21	9,2	8,0	24
D45-D47	Disordini mieloproliferativi e sindromi mielodisplastiche	3	1,5	1,2	4
	Sedi mal definite *	24	10,5	9,2	28
Tutte le sedi		611	263,8	232,4	705

* comprende i codici ICD X: C26.1-C26.9, C38.8, C39, C76-C80, C97; † = proiezione per anno 2007

Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

Tabella 9: **Decessi medi annui per tumore maligno, femmine – Provincia di Bolzano – Anni 2000-2004**

ICD X	SEDE	Decessi	Tasso grezzo	Tasso std. (EU)	2007 †
C00-C10,C12-C14	Cavità orale e faringe	7	2,8	2,1	7
C11,C30-C31	Rinofaringe e cavità nasali	1	0,4	0,3	1
C15	Esofago	4	1,8	1,2	5
C16	Stomaco	42	17,7	9,9	47
C17	Intestino tenue	1	0,5	0,3	1
C18-C20,C26.0	Colon e retto	61	25,7	15,1	68
C21	Ano	3	1,4	0,8	4
C22	Fegato e dotti biliari intraepatici	13	5,6	3,4	15
C23-C24	Vie biliari	20	8,3	5,1	22
C25	Pancreas	40	16,7	10,1	44
C32	Laringe	1	0,5	0,4	1
C33-C34	Trachea, bronchi e polmoni	46	19,4	12,8	50
C37,C38.0-C38.4	Altri organi toracici	1	0,3	0,3	1
C40-C41	Osso	0	0,2	0,2	0
C43	Pelle, melanomi	6	2,6	1,7	7
C44	Pelle, non melanomi	4	1,5	0,6	4
C45	Mesotelioma	1	0,3	0,2	1
C46	Sarcoma di Kaposi	0	0,2	0,1	0
C47,C49	Tessuti molli	2	0,7	0,4	2
C48	Retroperitoneo e peritoneo	3	1,4	0,9	3
C50	Mammella	83	34,8	23,8	90
C51-C52,C57.7-C57.9	Altri genitali femminili	5	2,0	1,0	6
C53	Utero, collo	5	2,2	1,5	6
C54-C55	Utero, corpo e n.a.s.	15	6,5	3,6	17
C56,C57.0-C57.4	Ovaio	26	10,9	7,3	28
C58	Placenta	0	0,0	0,0	0
C64	Rene	8	3,5	1,9	9
C65-C68,D09.0,D41.4	Vescica, pelvi renale e altri organi urinari	13	5,5	3,1	15
C69	Occhio	1	0,4	0,3	1
C70-C72	Encefalo e altro SNC	15	6,2	4,3	16
C73	Tiroide	3	1,2	0,6	3
C74-C75	Altre ghiandole endocrine	0	0,2	0,1	0
C81	Linfoma di Hodgkin	1	0,4	0,3	1
C82-C85,C96	Linfoma non Hodgkin	14	5,9	3,5	15
C88	Malattie maligne immunoproliferative	2	0,7	0,3	2
C90.0,C90.2	Mieloma multiplo	9	3,9	2,3	10
C90.1,C91-C95	Leucemia	19	7,8	4,3	21
D45-D47	Disordini mieloproliferativi e sindromi mielodisplastiche	3	1,4	0,7	4
	Sedi mal definite *	23	9,7	5,2	26
Tutte le sedi		502	211,0	129,5	555

* comprende i codici ICD X: C26.1-C26.9, C38.8, C39, C76-C80, C97; † = proiezione per anno 2007

Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

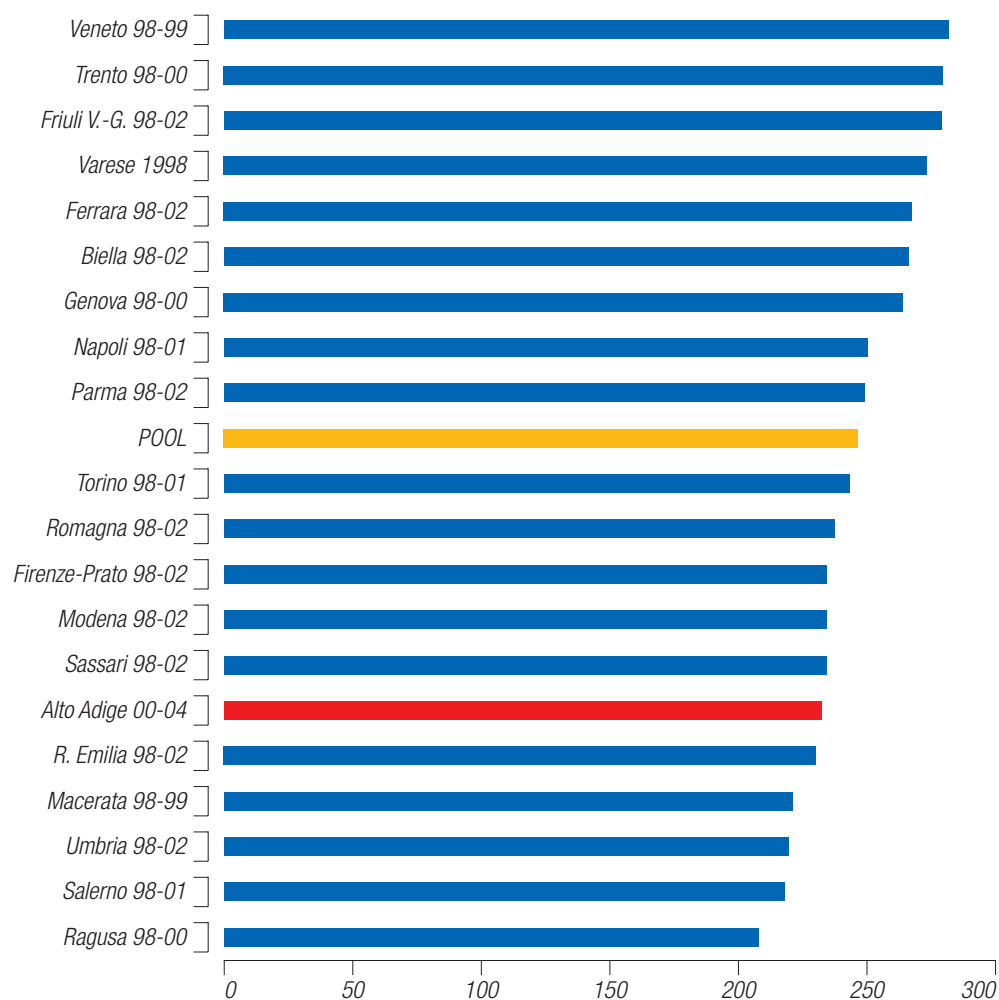
CAUSE DI DECESSO PER TUMORE PIÙ FREQUENTI

Tra i maschi, le cause di morte per neoplasia più frequenti risultano il tumore del polmone (124 decessi all'anno, pari al 20,4% del totale dei decessi per neoplasia), del colon-retto (70 decessi all'anno, 11,5%), della prostata (69 decessi all'anno, 11,4%) dello stomaco (48 decessi all'anno, 7,9%) e del fegato (38 casi all'anno, 6,2%). Nelle femmine, i decessi dovuti al tumore della mammella rappresentano la quota più importante (83 decessi all'anno, 16,5%), seguiti dai decessi per tumore del colon-retto (61 decessi all'anno, 12,2%), del polmone (46 decessi all'anno, 9,2%), dello stomaco (42 decessi all'anno, 8,4%), e del pancreas (40 casi all'anno, 7,9%).

**MORTALITÀ PER
TUTTI I TUMORI**

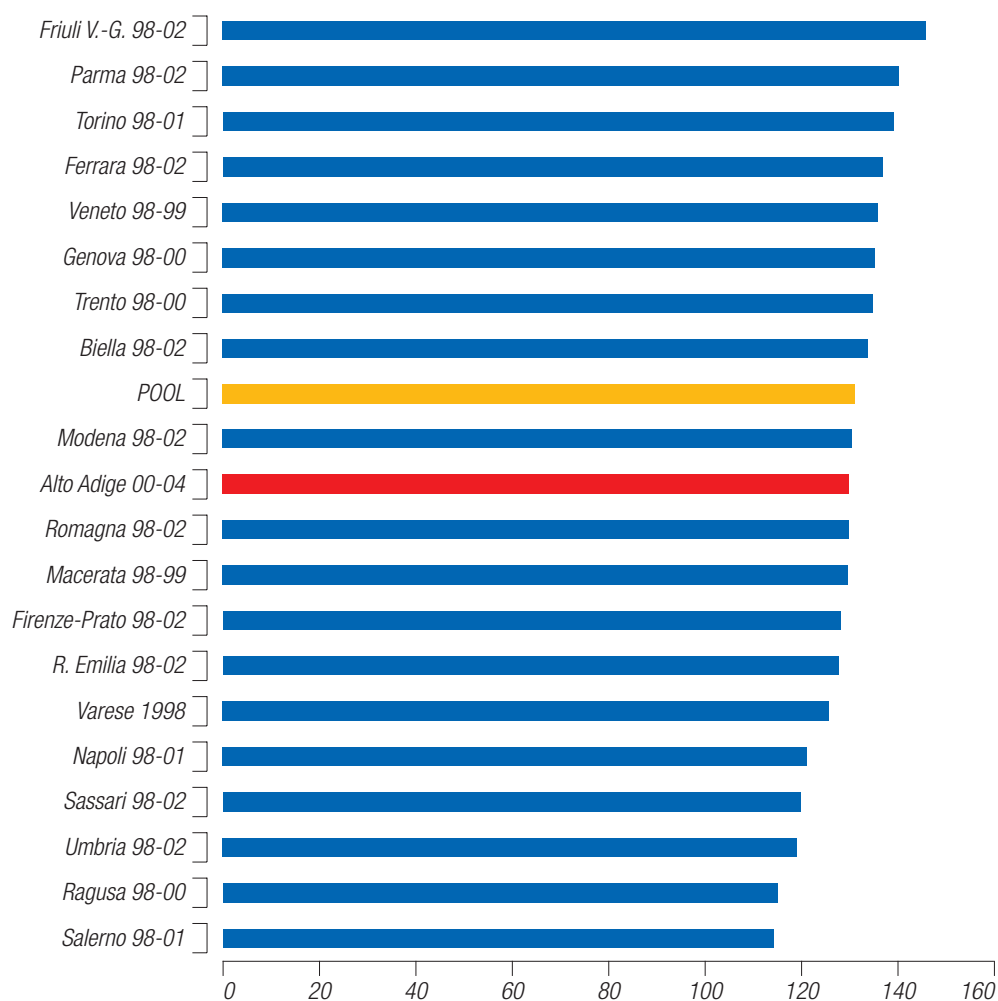
La mortalità per tumore osservata nella popolazione maschile durante gli anni 2000-2004 colloca la Provincia di Bolzano (232,4 decessi per 100.000) nella parte inferiore della graduatoria dei tassi standardizzati riportati dai registri tumori italiani, al di sotto del dato riferito al pool dei registri 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 Provincia di Bolzano (129,5 decessi per 100.000) si posiziona al centro della classifica nazionale, di poco inferiore 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 145,6 per 100.000 (Friuli-Venezia Giulia).

Figura 14: **Tassi standardizzati di mortalità per tumore. Maschi, valori per 100.000 – Registri tumori italiani**



Fonte: Associazione Italiana Registri Tumori

Figura 15: **Tassi standardizzati di mortalità per tumore. Femmine, valori per 100.000 – Registri tumori italiani**



Fonte: Associazione Italiana Registri Tumori

3.4. 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 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.

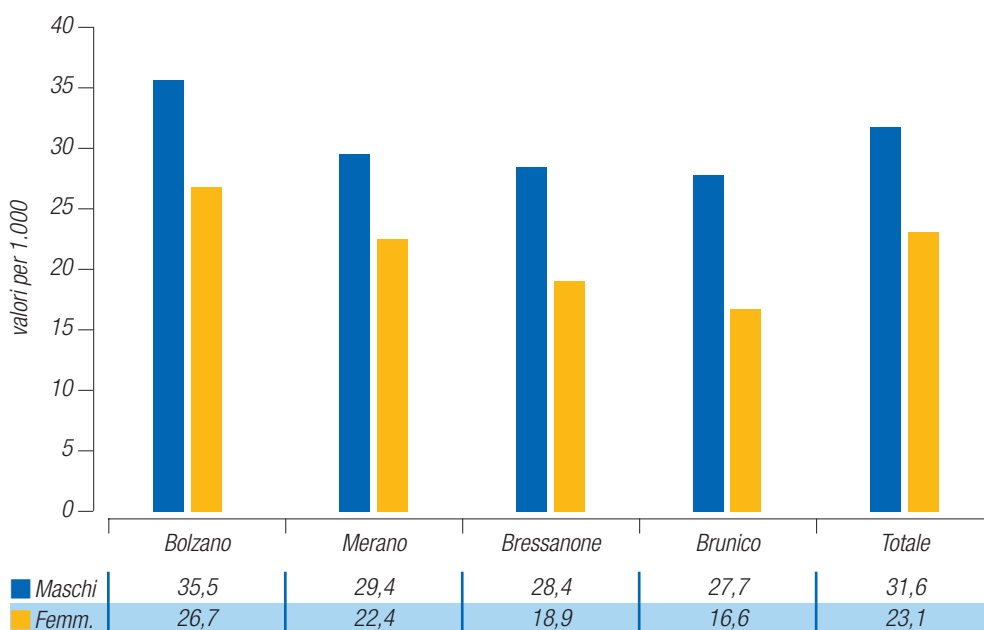
La prevalenza di broncopatie croniche identificate nel 2007 in Provincia di Bolzano dal progetto di mappatura delle patologie croniche è pari a 31,1 casi per 1.000 abitanti (34,7 tra i maschi e 27,5 tra le femmine), con una età media dei soggetti malati di 52,3 anni per i maschi e 54,9 anni per le femmine.

La prevalenza è minore nel Comprensorio di Brunico e più elevata in quello di Bolzano.

FATTORI DI RISCHIO

BRONCOPATIE CRONICHE

Figura 16: **Prevalenza standardizzata di broncopatie croniche per genere e comprensorio sanitario. Anno 2007**



Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

Le dimissioni nel 2007, di residenti da strutture provinciali con una malattia del sistema respiratorio come diagnosi principale, sono state complessivamente 6.007, con un tasso di ospedalizzazione pari a 1.479,7 per 100.000 tra i maschi ed a 1.015,7 per 100.000 tra le femmine. Le diagnosi più frequenti di ricovero sono state polmoniti ed influenza, sia tra i maschi (1.027 ricoveri), sia tra le femmine (767 ricoveri).

Tabella 10: **Ricoveri, decessi e tassi di ospedalizzazione e mortalità di residenti per sesso e malattia del sistema circolatorio. Provincia di Bolzano – Anni 2005 e 2007**

	ricoveri 2007	tasso ospedali- zazione 2007 (x 100.000)	decessi 2005	tasso mortalità 2005 (x 100.000)
MASCHI				
Infezioni acute delle vie respiratorie superiori	624	263,0	3	1,3
Altre malattie delle vie respiratorie superiori	835	351,9	1	0,4
Polmonite ed influenza	1.027	432,8	39	16,7
Malattie polmonari cronico ostruttive	509	214,5	82	35,1
Pneumoconiosi ed altre malattie del polmone da agenti esterni	69	29,1	7	3,0
Altre malattie dell'apparato respiratorio	447	188,4	13	5,6
Totale	3.511	1.479,7	145	62,0
FEMMINE				
Infezioni acute delle vie respiratorie superiori	528	214,9	1	0,4
Altre malattie delle vie respiratorie superiori	564	229,5	0	0
Polmonite ed influenza	767	312,1	56	23,2
Malattie polmonari cronico ostruttive	332	135,1	38	15,7
Pneumoconiosi ed altre malattie del polmone da agenti esterni	69	28,1	6	2,5
Altre malattie dell'apparato respiratorio	236	96,0	11	4,6
Totale	2.496	1.015,7	112	46,3

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO, Registro Provinciale di Mortalità

INFORMAZIONI GENERALI

Le malattie polmonari cronico ostruttive rappresentano, tra le malattie respiratorie, la causa di decesso più importante tra gli uomini, con un tasso pari a 35,1 per 100.000 tra gli uomini nel 2005, mentre tra le donne prevalgono i decessi per polmonite ed influenza (23,2 per 100.000).

3.5. DIABETE

Il diabete mellito è la più comune tra le malattie metaboliche, ed è caratterizzata da una condizione d'iperglicemia, ovvero un aumento del glucosio nel sangue. La glicemia è regolata dall'insulina, un ormone prodotto dal pancreas; grazie all'azione dell'insulina la glicemia normalmente non supera a digiuno il valore di 110 mg/dl e dopo il pasto di 140 mg/dl. Quando l'insulina è ridotta o assente, oppure quando non funziona efficacemente, si manifesta il diabete.

Il diabete mellito, con le sue complicanze, è uno dei maggiori problemi sanitari dei paesi economicamente evoluti e la sua prevalenza è in continua crescita, anche a causa dell'aumento dell'obesità e della sedentarietà. La prevalenza in letteratura è stimata intorno al 4,5% della popolazione generale (ISTAT, 2006), ma vi è un ulteriore 3% di diabete misconosciuto, ovvero non diagnosticato.

Esistono 2 forme principali di diabete mellito:

- il diabete di tipo 1, che rappresenta circa l'8% dei casi, è una forma prevalentemente infantile-giovanile, richiede il trattamento insulinico sin dall'inizio ed è causato dall'interazione fra predisposizione genetica e cause ambientali non ancora chiare;
- il diabete di tipo 2, che rappresenta oltre il 90% dei casi, è caratteristico dell'età adulta – senile ed è spesso controllabile per anni con dieta, esercizio fisico e/o ipoglicemizzanti orali.

ALCUNI DATI

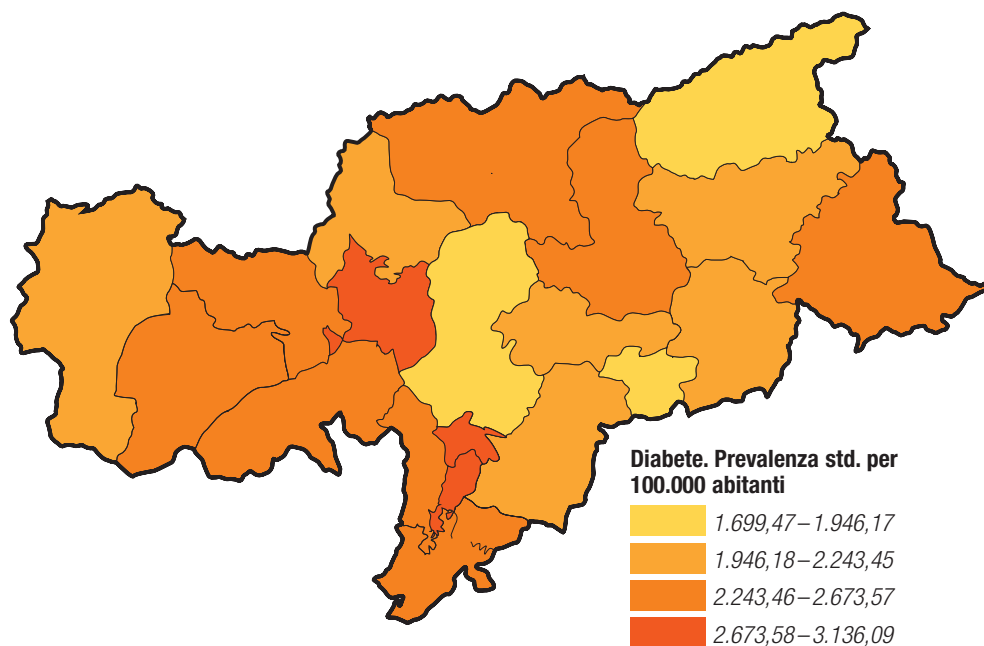
Dall'analisi dei dati² emerge che nel corso del 2007 in Provincia di Bolzano i pazienti diabetici sono stati 17.162 (16.760 in anni vissuti), con una prevalenza sul totale della popolazione assistibile del 3,4%. Sono pazienti diabetici noti al Servizio Sanitario Provinciale in quanto nell'arco del 2007 hanno richiesto l'esenzione ticket per diabete o/e hanno consumato farmaci (insulina, antidiabetici orali) o/e hanno effettuato un ricovero con diagnosi di diabete o/e hanno ottenuto presidi diagnostici terapeutici (lancette pungidito, strisce di determinazione del glucosio o della glicemia, siringhe per insulina, ecc.).

La prevalenza della patologia è poco omogenea all'interno del territorio provinciale. I Distretti Sanitari di Bolzano, Merano e Laives (i grandi centri urbani) registrano tassi di prevalenza in anni vissuti superiori alla media provinciale (3,4%): rispettivamente 4,7% (Bolzano), 4,4% (Merano) e 3,9% (Laives). Questi tre Distretti Sanitari sono caratterizzati da prevalenze più alte (rispettivamente 2,8%, 3,0% e 3,1%) anche eliminando l'effetto della diversa struttura per età della popolazione (tassi standardizzati). Ciò significa che il valore più elevato dei tassi non è dovuto ad una popolazione più anziana, ma vi è un maggiore ricorso al Sistema Sanitario Provinciale da parte del paziente diabetico.

Al contrario, in alcuni distretti come la Val Gardena, Tures – Aurina e Salto Sarentino Re non si registrano prevalenze di malati di diabete nettamente più basse, tra l'1,7% e l'1,9% (valori standardizzati).

2 Progetto Mappatura
(vedi Parte Prima,
Paragrafo 3.2)

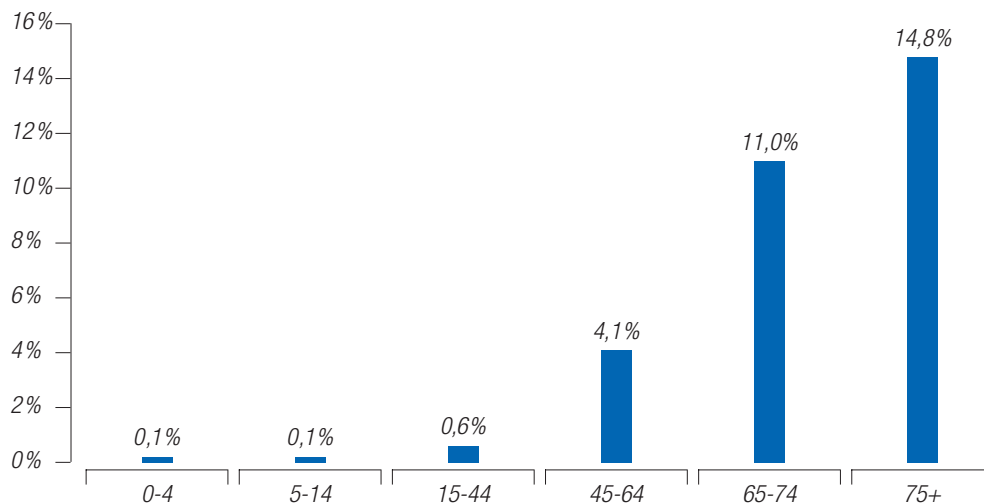
Figura 17: Malati diabetici in Provincia di Bolzano, tassi standardizzati – Anno 2007



Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

La prevalenza di malati aumenta progressivamente con l'avanzare dell'età, divenendo l'11% tra i 65 ed i 74 anni e giungendo a circa il 15% dopo i 75 anni.

Figura 18: Prevalenza dei pazienti diabetici per classi di età – Anno 2007 (Anni vissuti)

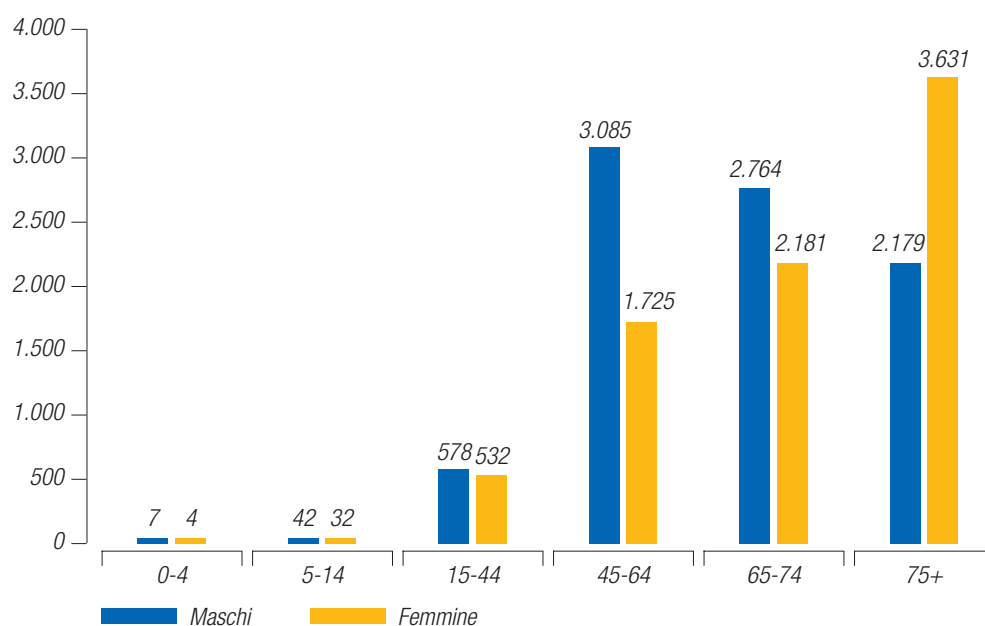


Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

Analizzando la popolazione diabetica altoatesina per classi di età, si evince che più di 11.000 diabetici (il 66%) supera i 65 anni ed un terzo sul totale ha più di 75 anni. L'età media della popolazione diabetica è di 68 anni.

Per quanto riguarda la distribuzione per sesso, la percentuale degli uomini è leggermente maggiore (51,6%), prevalendo rispetto alle donne, soprattutto nella fascia d'età tra i 45 ed i 74 anni.

Figura 19: Distribuzione per sesso e classi di età dei pazienti diabetici – Anno 2007
(Anni vissuti)



Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

COMPLICANZE DEL DIABETE

Per gestire una qualunque forma di diabete è importante seguire un adeguato regime alimentare, una corretta terapia ed un corretto schema di controlli per prevenirne le complicanze croniche.

Le maggiori complicanze che si possono sviluppare in presenza di diabete sono quelle legate alla compromissione dei vasi sanguigni, sia a carico dei grossi vasi che irrorano cuore, cervello e arti (macroangiopatia), sia a carico dei piccoli vasi che irrorano la retina dell'occhio, i nervi ed il rene (microangiopatia).

A livello provinciale quasi tre quarti dei diabetici soffre anche di una cardiovasculopatia: le malattie cardiovascolari sono la maggior causa di morte nel mondo sia per persone con diabete, sia per i soggetti non diabetici.

Inoltre, il diabete si associa assai frequentemente ad altre condizioni quali obesità e dislipidemia che, insieme all'ipertensione, concorrono a definire la cosiddetta "sindrome metabolica" (correlata a sua volta ad un marcato incremento del rischio cardiovascolare); il 72% dei pazienti diabetici in Provincia ha una possibile sindrome metabolica (purtroppo non sono disponibili dati sull'obesità dei pazienti).

Due terzi della popolazione diabetica è ipertesa: l'ipertensione può condizionare l'evoluzione delle complicanze a livello renale e retinico, aggravandole ulteriormente.

Il diabete può indurre alterazioni di vario tipo a livello del sistema nervoso. I pazienti diabetici con neuropatie (il 6,5%) soffrono di disturbi della sensibilità, dolori agli arti inferiori o alle mani, digestione lenta o alterazioni dell'alvo, sindrome del tunnel carpale.

Il diabete rappresenta anche una delle cause più frequenti di insufficienza renale che impone il trattamento dialitico: in Provincia di Bolzano il 4,5% dei diabetici soffre di insufficienza renale grave.

Tabella 11: Comorbidità dei pazienti diabetici – Anno 2007 (Anni vissuti)

Diagnosi	% popolazione diabetica
Diabetici con una Cardiovasculopatia	72,6%
Diabetici con Sindrome Metabolica *	71,6%
Diabetici con Ipertensione	67,0%
Diabetici con Cardiopatia	39,9%
Diabetici con Dislipidemie	29,0%
Diabetici con Broncopneumopatia	8,1%
Diabetici con Vasculopatia	7,7%
Diabetici con Neuropatia	6,5%
Diabetici con Insufficienza renale grave	4,5%

* non sono stati considerati i dati sull'obesità, poiché non disponibili

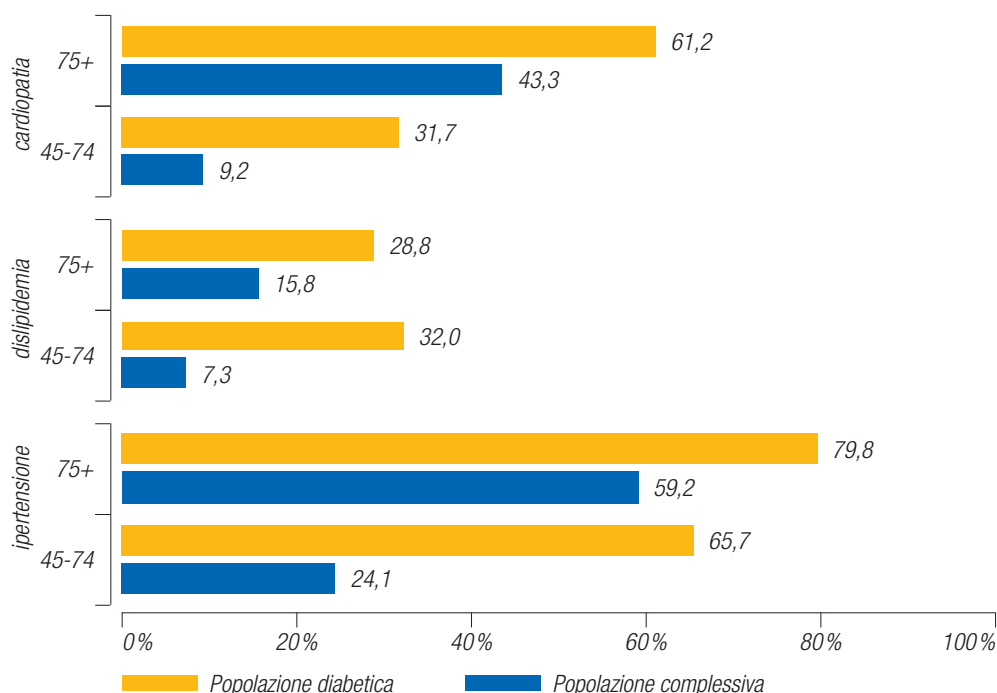
Fonte: OEP- Mappatura delle patologie croniche

L'entità della diffusione del diabete e la gravità delle sue complicanze esercitano un notevole impatto sulla salute pubblica: secondo il Ministero della Salute questa patologia è attualmente responsabile del consumo del 15-20% delle risorse sanitarie totali ed il costo pro capite di un diabetico è pari a circa tre volte quello del non diabetico.

I soggetti con diabete, in particolare nella fascia d'età tra i 45 ed i 74 anni, hanno un rischio di morire per problemi cardiaci tre volte superiore rispetto alle persone non ammalate di diabete.

Anche il rischio di soffrire di dislipidemia o ipertensione per un diabetico tra i 45 ed i 74 anni è rispettivamente quattro e tre volte maggiore rispetto alla popolazione generale.

Figura 20: Distribuzione delle complicanze nella popolazione totale e diabetica – Popolazione ≥ 45 anni, Anno 2007 (Anni vissuti)



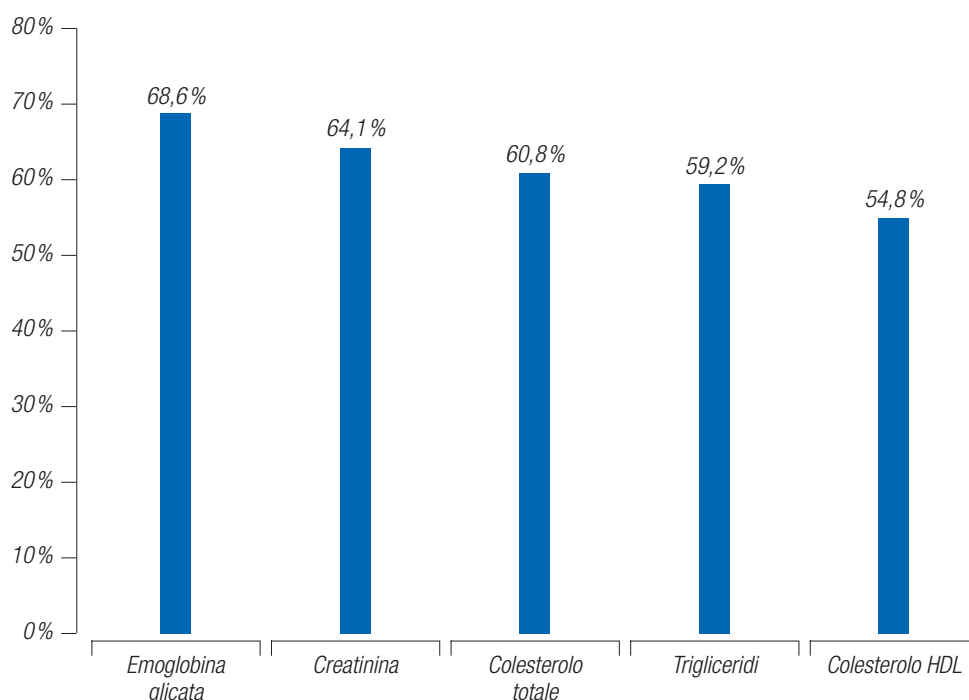
Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

**ACCERTAMENTI
DIAGNOSTICI**

Le Linee Guida nazionali della Associazione Medici Diabetologici (AMD) prevedono indicatori di processo per monitorare la qualità dell'assistenza al paziente affetto da diabete mellito. Questi indicatori misurano il numero di volte in cui vengono eseguiti in un anno gli esami di controllo (emoglobina glicata, creatinina, colesterolo, trigliceridi).

In Provincia di Bolzano il 69% dei diabetici effettua almeno un monitoraggio della glicata all'anno (il valore di riferimento è pari all'84%, studio AMD 2007). Nel 2007 i diabetici si sono sottoposti mediamente due volte a questo esame.

Figura 21: **Percentuale di accertamenti diagnostici effettuata dalla popolazione diabetica – Anno 2007 (Anni vissuti)**



Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

RICOVERI PER DIABETE

Il tasso di ospedalizzazione per diabete nella Provincia di Bolzano è pari a circa 150 ricoveri di residenti per 100mila abitanti (*vedi anche Parte II, Assistenza Ospedaliera*).

Considerando solo i ricoveri ordinari per diabete con complicanze a lungo periodo il tasso di ospedalizzazione scende a 65 ricoveri per 100mila abitanti, che equivale al 43% del totale dei ricoveri per diabete. Le complicazioni considerate sono renali, oculari, neurologiche, circolatorie periferiche o con altre complicanze specificate e non specificate (codifiche ICD9-CM 250.4x, 250.5x, 250.6x, 250.7x, 250.8x, 250.9x).

**TRATTAMENTO
FARMACOLOGICO**

Per quanto riguarda la terapia farmacologia dei pazienti diabetici, risulta che il 65% ha assunto almeno un antidiabetico orale, il 36% almeno un antiaggregante, il 34% un ipolipemizzante ed il 18% si è curato con l'insulina. Il trattamento farmacologico del diabete prevede nella maggior parte dei casi l'associazione di più farmaci.

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.

Le malattie infettive maggiormente notificate nel 2007 sono state quelle legate all'infanzia, e tra queste la varicella, con 2.822 casi, pari ad un'incidenza di 584,2 per 100.000 abitanti.

NOTIFICA DI
MALATTIE INFETTIVE

91

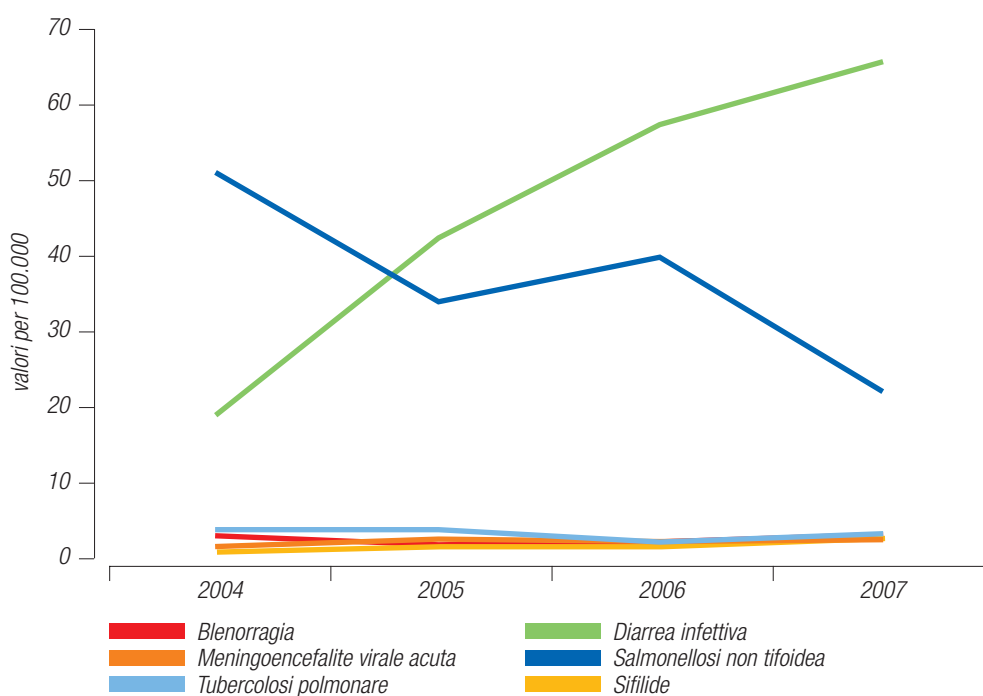
Tabella 12: Tassi di notifica per alcune malattie infettive. Provincia di Bolzano – Anno 2007

	Notifiche	Notifiche x 100.000
Blenorragia	14	2,9
Diarrea infettiva	316	65,4
Epatite A	3	0,6
Epatite B	3	0,6
Epatite C	1	0,2
Epatite E	2	0,4
Febbre tifoide	1	0,2
Legionellosi	5	1,0
Leptospirosi	1	0,2
Meningite meningococcica	3	0,6
Meningoencefalite virale acuta	11	2,3
Morbillo	5	1,0
Parotite epidemica	34	7,0
Pertosse	55	11,4
Rosolia	445	92,1
Salmonellosi non tifoidea	107	22,2
Scarlattina	598	123,8
Sifilide	13	2,7
Varicella	2.822	584,2
Totale classe II	4.439	919,0
Tubercolosi polmonare	15	3,1
Tubercolosi extrapolmonare	1	0,2
Totale classe III	16	3,3

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: Tassi di notifica per alcune malattie infettive – Anni 2004-2007



Fonte: SIMI

Tabella 13: Ricoveri, tassi di ospedalizzazione decessi e mortalità di residenti per genere e malattie infettive. Provincia di Bolzano – Anni 2005 e 2007

	ricoveri 2007	tasso ospeda- lizzazione 2007 (x 100.000)	decessi 2005	tasso mortalità 2005 (x 100.000)
MASCHI				
Malattie infettive intestinali	418	86,5	3	0,6
Tubercolosi	23	4,8	1	0,2
Malattie batteriche trasmesse da animali	1	0,2	–	–
Altre malattie batteriche	261	54,0	10	2,1
HIV	8	1,7	2	0,4
Poliomielite ed altre malattie virali del sistema nervoso centrale	–	–	–	–
Malattie virali con esantema	82	17,0	–	–
Malattie virali da artropodi	1	0,2	–	–
Altre malattie da virus e clamidia	50	10,4	2	0,4
Rickettsiosi ed altre malattie trasmesse da artropodi	5	1,0	–	–
Sifilide ed altre malattie veneree	3	0,6	–	–
Altre malattie da spirochete	2	0,4	–	–
Micosi	8	1,7	–	–
Elmintiasi	2	0,4	–	–
Altre malattie infettive e parassitarie	16	3,3	1	0,2
Postumi di malattie infettive e parassitarie	3	0,6	–	–
Totale	883	182,8	19	4,0

	<i>ricoveri 2007</i>	<i>tasso ospeda- lizzazione 2007 (x 100.000)</i>	<i>decessi 2005</i>	<i>tasso mortalità 2005 (x 100.000)</i>
FEMMINE				
<i>Malattie infettive intestinali</i>	456	94,4	8	1,7
<i>Tubercolosi</i>	11	2,3	–	–
<i>Malattie batteriche trasmesse da animali</i>	–	–	–	–
<i>Altre malattie batteriche</i>	275	56,9	16	3,4
<i>HIV</i>	7	1,4	–	–
<i>Poliomielite ed altre malattie virali del sistema nervoso centrale</i>	–	–	1	0,2
<i>Malattie virali con esantema</i>	92	19,0	–	–
<i>Malattie virali da artropodi</i>	2	0,4	–	–
<i>Altre malattie da virus e clamidia</i>	51	10,6	1	0,2
<i>Rickettsiosi ed altre malattie trasmesse da artropodi</i>	3	0,6	–	–
<i>Sifilide ed altre malattie veneree</i>	2	0,4	1	0,2
<i>Altre malattie da spirochete</i>	–	–	–	–
<i>Micosi</i>	8	1,7	–	–
<i>Elmintiasi</i>	2	0,4	–	–
<i>Altre malattie infettive e parassitarie</i>	13	2,7	–	–
<i>Postumi di malattie infettive e parassitarie</i>	1	0,2	1	0,2
Totale	923	191,1	28	5,9

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO, Registro Provinciale di Mortalità

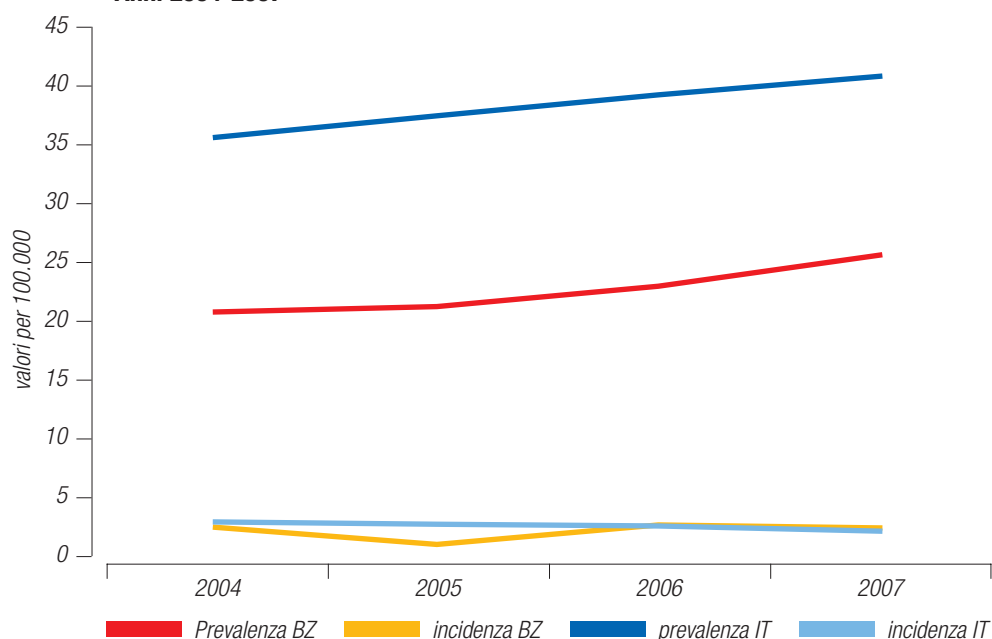
Tra il 1982, anno della prima diagnosi in Italia, ed il 2006, sono stati segnalati 261 casi di AIDS di residenti in Provincia di Bolzano. I nuovi casi segnalati nel 2007 sono stati 11, pari a 2,3 per 100.000 abitanti. I nuovi casi segnalati in Italia nel 2007 sono stati 1.144, per una corrispondente incidenza di 1,9 casi per 100.000 abitanti.

Dai dati nazionali risulta che l'età mediana alla diagnosi sta crescendo nel tempo, da 29 anni nel 1987 a 43 anni nel 2007 tra i maschi, e da 26 a 40 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 (43,9% dei casi nel biennio 2006-2007), seguita nella classifica dei gruppi a rischio da tossicodipendenti (26,7%) e omo/bisessuali (21,8%).

Le nuove infezioni da HIV in Provincia di Bolzano nel 2006 sono state pari a 4,7 per 100.000 abitanti (3,7 nel 2005).

AIDS

Figura 23: Tassi d'incidenza e prevalenza dell'AIDS. Provincia di Bolzano e Italia – Anni 2004-2007



Fonte: ISS

3.7. MALATTIE RARE

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 "rarietà" 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 loro 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"). 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).

Nel rispetto delle prescrizioni previste dal D.M. del 18/05/2001 n. 279 e in attuazione dell'Accordo stipulato nell'anno 2004 tra le Regioni Veneto e Friuli-Venezia Giulia e le Province Autonome di Trento e Bolzano, un gruppo congiunto di rappresentanti clinici e tecnici di tutte e quattro le amministrazioni ha lavorato per individuare e identificare degli indicatori oggettivi e misurabili per l'accreditamento delle strutture da selezionare per la rete di area vasta. Nella Provincia Autonoma di Bolzano è stato individuato come Centro di riferimento per alcune malattie rare l'Ospedale Centrale di Bolzano e al suo interno 12 unità operative (Dipartimento di Medicina, Dipartimento di Chirurgia, Dermatologia, Oculistica, Urologia, Neurologia, Dipartimento di Pediatria, Ematologia, Gastroenterologia, Ortopedia, Neurochirurgia, ORL). I compiti del Centro di riferimento sono la certificazione della diagnosi che rappresenta la premessa per ottenere benefici specifici a seconda della diagno-

si di malattia rara effettuata, nonché la predisposizione del piano terapeutico personalizzato. Oltre alle terapie erogabili in regime di esenzione dalla partecipazione al costo, il piano terapeutico personalizzato può contenere anche la definizione dei trattamenti e degli interventi utili al miglioramento delle condizioni cliniche, della qualità di vita e dell'evoluzione del quadro sintomatologico della patologia rara di cui il paziente è affetto, e per questo costituisce uno strumento di raccordo tra il Centro e i servizi territoriali, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, e gli altri professionisti della rete dei servizi. Inoltre è stato attivato il "Centro provinciale di Coordinamento per l'accesso alla rete interregionale delle malattie rare" presso il Servizio di Consulenza Genetica che oltre alla diagnostica svolge attività di consulenza riguardante certificazione, esenzione e registrazione dei pazienti affetti da malattia rara.

Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica sono stati introdotti i seguenti provvedimenti a favore dei malati rari:

- l'abolizione della partecipazione al costo (ticket) per i farmaci di classe A e i galenici magistrali
- l'erogazione gratuita di alcuni farmaci di classe C essenziali per i soggetti affetti da malattie rare neurologiche o metaboliche ad interessamento neurologico.

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 2007 le esenzioni attive per malattie rare contavano poco meno di 1.600 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 2007 è quella per cheratocono, una patologia legata alla debolezza strutturale della cornea. In continuo aumento negli ultimi anni risultano le esenzioni per sprue celiaca, per la cui tutela il Ministero della Salute ha predisposto una legge specifica, prevedendone di conseguenza l'esclusione dall'elenco delle malattie rare.

Rispetto alle esenzioni presenti negli archivi provinciali, però, rimangono escluse tutte le malattie neuromuscolari, nonché tutte le malattie cromosomiche, che sono caratterizzate da un notevole ricorso a prestazioni specialistiche.

ALCUNI DATI

Tabella 14: **Esenzioni più frequenti per malattia rara attive in Provincia di Bolzano - Anno 2007 (Anni vissuti)**

Malattia rara	Maschi	Femmine	Totale	Età media
Alterazioni congenite del metabolismo del ferro	112	24	136	52,1
Anemie ereditarie	21	19	40	36,5
Carenza congenita di alfa1 antitripsina	31	35	66	29,6
Cheratocono	132	77	209	38,0
Connettività indifferenziate	7	71	78	50,6
Dermatomiosite	12	18	30	51,5
Difetti ereditari di coagulazione	49	30	79	38,2
Distrofie retiniche	28	30	58	46,6
Immunodeficienze primarie	19	22	41	35,6
Neurofibromatosi	19	27	46	36,0
Sindrome del nevo displastico	61	60	121	36,6
Sindromi androgenitali congenite	17	27	44	26,7
Altre esenzioni di malattie rare	284	354	638	38,9
Totale	792	794	1.586	39,8

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.

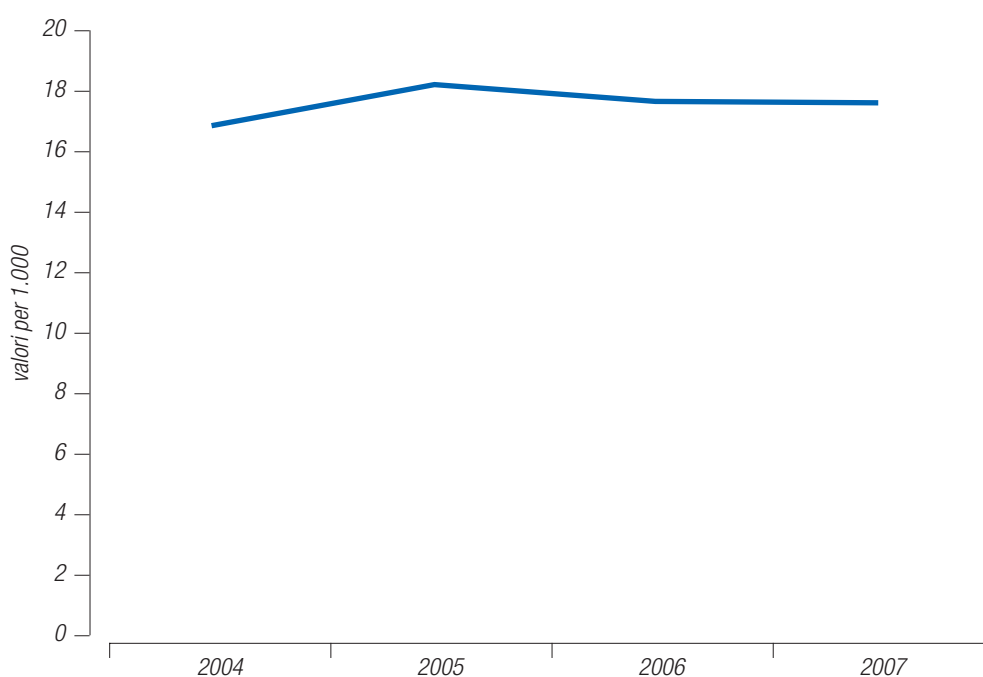
Il servizio psichiatrico è una struttura complessa, che attraverso il coordinamento tecnico e gestionale delle strutture operative garantisce il funzionamento integrato delle stesse, la continuità terapeutica, l'unitarietà della programmazione e dell'attuazione dei progetti terapeutici e di risocializzazione. 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.

Nel corso del 2007 sono state assistite 8.491 persone dai Centri di Salute Mentale provinciali, pari a 17,6 per 1.000 abitanti.

ASSISTITI DAI CSM

Figura 24: **Assistiti dai CSM. Provincia di Bolzano – Anni 2004-2007**



Fonte: OEP – Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – CSM

DIMISSIONI OSPEDALIERE

Le dimissioni ospedaliere di pazienti con diagnosi principale di tipo psichiatrico nel 2007 sono state complessivamente 3.297 pari ad un tasso di 682,6 per 100.000 abitanti.

Tra le diagnosi di dimissione prevalgono la sindrome da dipendenza da alcol (22,3%) e le psicosi affettive (18,6%) tra i maschi, mentre tra le femmine più frequenti sono le psicosi affettive (37,6%), seguite dai disturbi neurotici (14,1%), dalle psicosi schizofreniche (11,8%) e dagli stati psicotici organici senili e presenili (11,7%).

Tabella 15: Dimissioni ospedaliere per diagnosi psichiche – Anno 2007

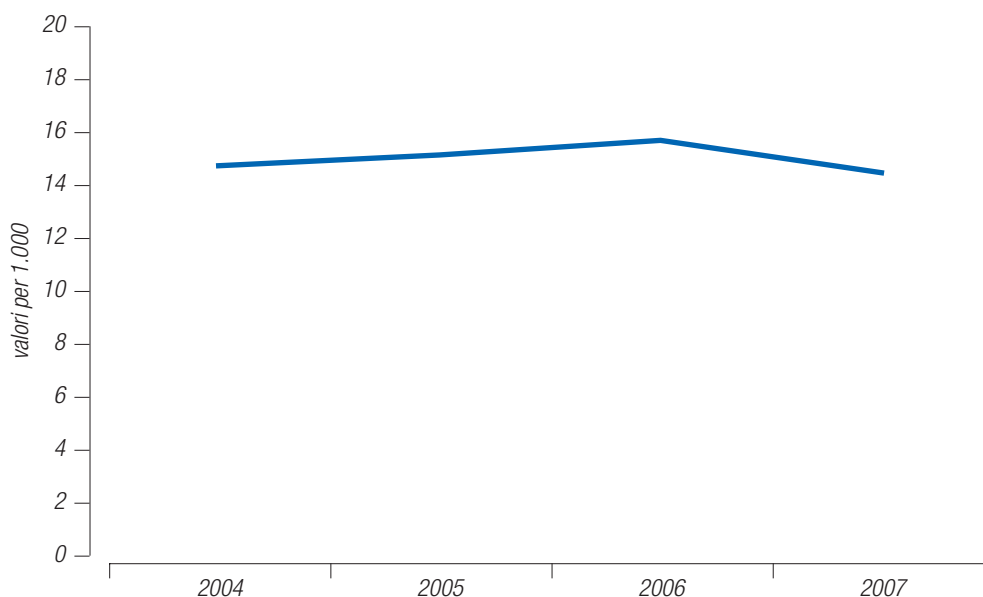
	Maschi		Femmine	
	Casi	Tasso x 100.000	Casi	Tasso x 100.000
Stati psicotici organici senili e presenili (290)	75	31,6	179	72,8
Psicosi alcoliche (291)	76	32,0	13	5,3
Psicosi da farmaci (292)	20	8,4	11	4,5
Stati psic. organici transitori (293)	27	11,4	29	11,8
Altri stati psicotici organici (294)	12	5,1	17	6,9
Psicosi schizofreniche (295)	148	62,4	181	73,7
Psicosi affettive (296)	285	120,1	576	234,4
Stati paranoidi (297)	11	4,6	10	4,1
Altre psicosi non organiche (298)	60	25,3	77	31,3
Psicosi con origine specifica nell'infanzia (299)	4	1,7	0	0,0
Disturbi neurotici (300)	100	42,1	216	87,9
Disturbi della personalità (301)	43	18,1	68	27,7
Deviazioni e disturbi sessuali (302)		0,0		0,0
Sindrome di dipendenza alcol (303)	341	143,7	128	52,1
Farmacodipendenza (304)	27	11,4	8	3,3
Abuso di droghe senza dip. (305)	167	70,4	72	29,3
Disfunzioni somatiche (306)	19	8,0	27	11,0
Sintomi o sindromi speciali (307)	21	8,9	48	19,5
Reazione acuta a situazioni stressanti (308)	10	4,2	17	6,9
Reazione di adattamento (309)	44	18,5	61	24,8
Disturbi psichici specifici (310)	6	2,5	5	2,0
Disturbi depressivi non class. (311)	6	2,5	9	3,7
Disturbi della condotta (312)	13	5,5	2	0,8
Disturbi dell'emotività (313)	1	0,4	2	0,8
Sindrome ipercinetica infanzia (314)	1	0,4	0	0,0
Ritardi specifici dello sviluppo (315)	1	0,4	0	0,0
Fattori psichici associati a malattie classificate altrove (316)		0,0		0,0
Oligofrenia lieve (317)	3	1,3	3	1,2
Altre oligofrenie specificate (318)	6	2,5	6	2,4
Oligofrenia non specificata (319)	5	2,1	0	0,0
Totale	1.532	645,6	1.765	718,3

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – CSM

Gli assistiti dai servizi psicologici nel corso del 2007 sono stati 6.981, il 40,4% dei quali nuovi pazienti. Rispetto alla popolazione residente gli assistiti sono stati 14,5 ogni 1.000 abitanti. Gli utenti assistiti dal servizio di psicologia viaria sono stati 1.678.

Le prestazioni erogate nel corso dell'anno sono state complessivamente 53.411, mediamente 7,7 per utente. Le prestazioni maggiormente erogate sono state le consulenze psicologiche (32,3%) e le valutazioni diagnostica (31,2%). L'attività di psicoterapia ha riguardato 9.063 prestazioni (17,0% delle prestazioni) mentre i colloqui interdisciplinari per la discussione del caso sono stati complessivamente 6.058 (11,3%). All'attività di prevenzione, predisposizione progetti e tutoring è ascrivibile l'8,2% delle prestazioni.

**ASSISTITI DAI SERVIZI
PSICOLOGICI**

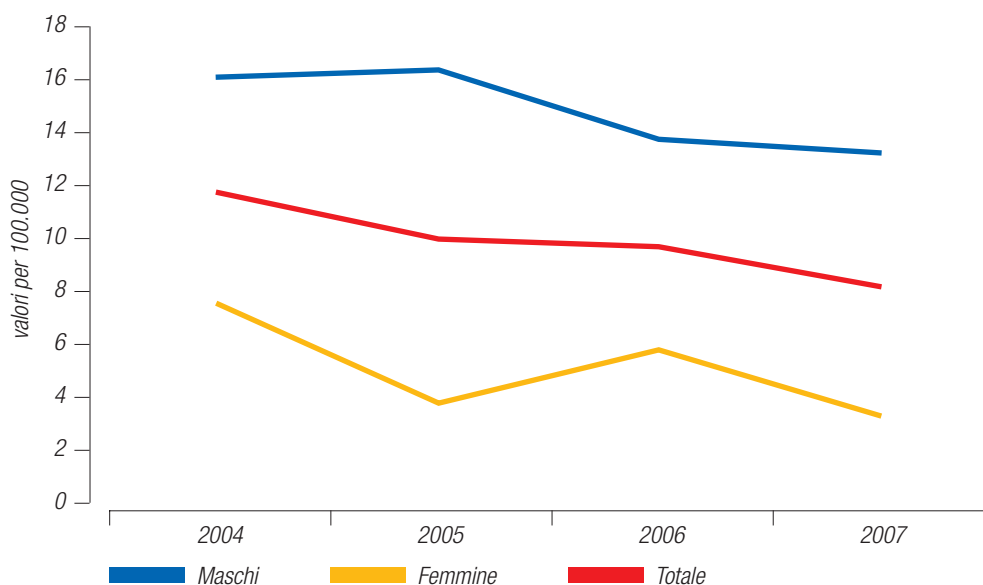
Figura 25: **Assistiti dai servizi psicologici. Provincia di Bolzano – Anni 2004-2007**

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – servizi psicologici

SUICIDI

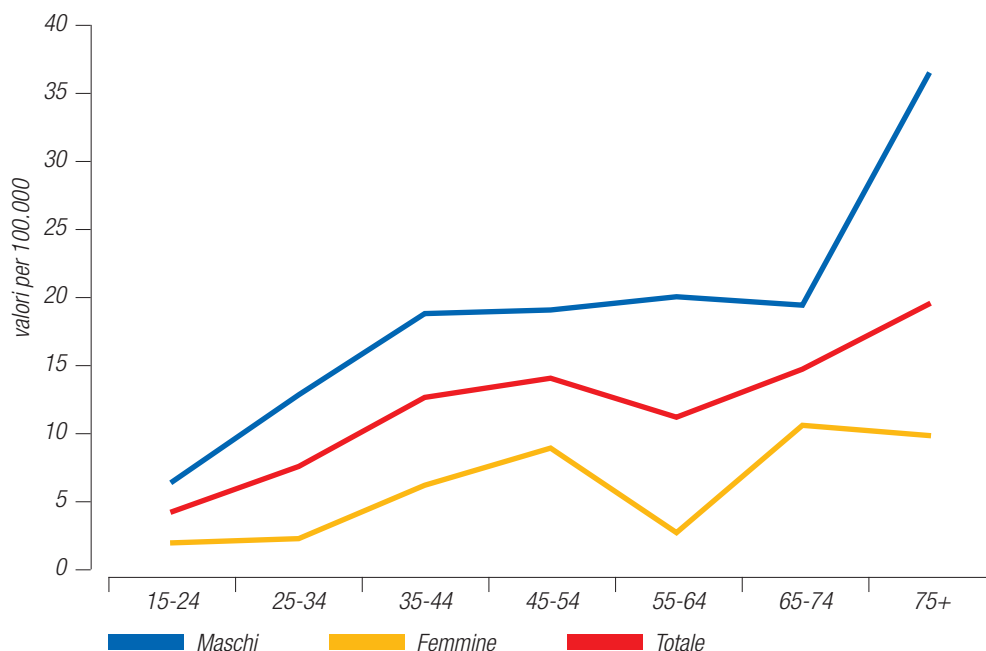
Nel decennio 1998-2007 ci sono stati in Provincia di Bolzano 525 casi di suicidio, in media quindi 52,5 casi per anno. A partire dal 2005 il numero di suicidi registrati in Provincia si mantiene al di sotto dei 50 casi per anno (47 nel 2005, 46 nel 2006 e 39 nel 2007). Il fenomeno si conferma in progressiva diminuzione dopo i picchi registrati negli anni novanta. Gli uomini sono più esposti delle donne, con un tasso di suicidalità (grezzo) 4 volte superiore: 13,1 per 100.000 contro 3,3 per 100.000 nel 2007. Per entrambi i generi il fenomeno appare comunque in diminuzione (8,1 per 100.000 casi nel 2007).

La popolazione più esposta a rischio di suicidio è quella anziana con una crescita progressiva del tasso di suicidalità all'aumentare dell'età.

Figura 26: **Tasso di suicidio per genere. Provincia di Bolzano – Anni 2004-2007**

Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

Figura 27: Tasso di suicidio per classe di età. Provincia di Bolzano – Anni 2004-2007



Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

3.9. EVENTI ACCIDENTALI

3.9.1. Incidenti stradali

Nell'anno 2006 si sono verificati in Provincia di Bolzano 1.255 incidenti stradali, nei quali sono morte 53 persone e 1.641 sono rimaste ferite. In termini assoluti il numero degli incidenti stradali è diminuito del 13,4% rispetto al 2005 e del 39,1% negli ultimi 5 anni. In calo sono anche morti e feriti. I primi sono diminuiti del 24,3% rispetto al 2005 e del 39,8% negli ultimi 5 anni, mentre per i secondi la diminuzione è del 12,0% rispetto al 2005 del 38,6% negli ultimi cinque anni. La maggior quota degli incidenti si è verificata su strade statali (39,9%) e urbane (38,2%).

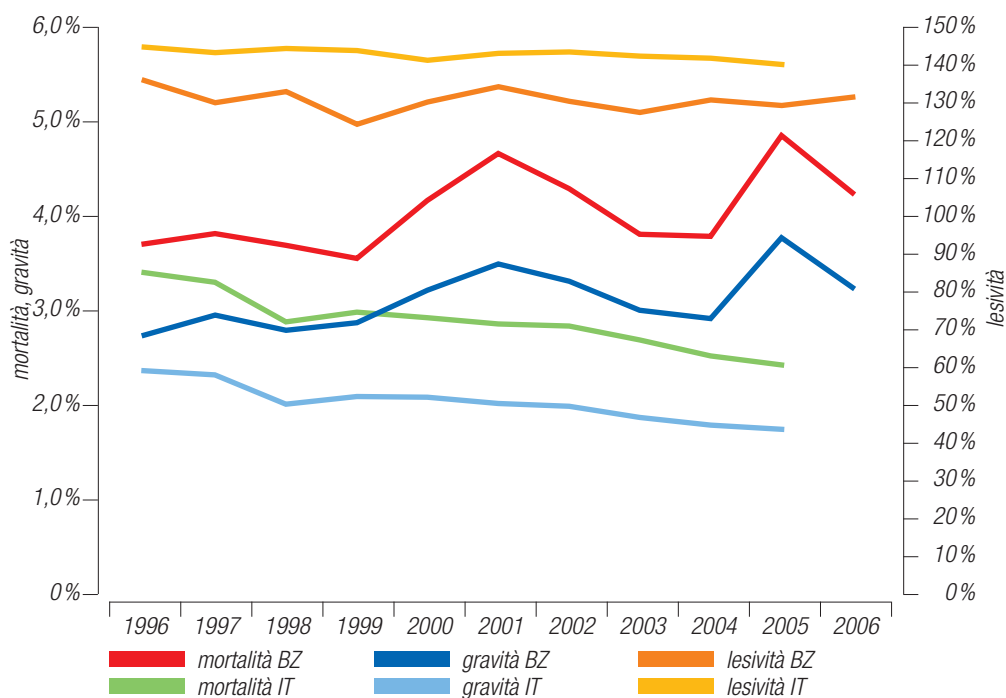
Gli esiti dell'incidente si differenziano secondo il tipo di strada. Il 45,3% dei decessi è avvenuto su una strada statale, il 20,8% su strada provinciale, il 18,9% su una strada urbana. Il 45,1% dei feriti sono dovuti ad incidenti verificatisi su una strada statale, il 32,1% su una strada urbana ed il 13,8% su una provinciale.

Il rapporto di gravità (dato dal numero dei morti rispetto al numero dei feriti) è maggiore per le strade comunali extraurbane (8,5%) e minore per le strade urbane (1,9%). Analoga situazione si osserva per il rapporto di mortalità (dato dal numero di morti rispetto al numero di incidenti), maggiore sulle extraurbane (9,4%) e minore sulle strade urbane (2,2%). Il rapporto di lesività (dato dal numero di feriti rispetto al numero di incidenti) è maggiore sulle autostrade (147,5%) e minore sulle strade urbane (116,6%).

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.

ESITO DEGLI INCIDENTI

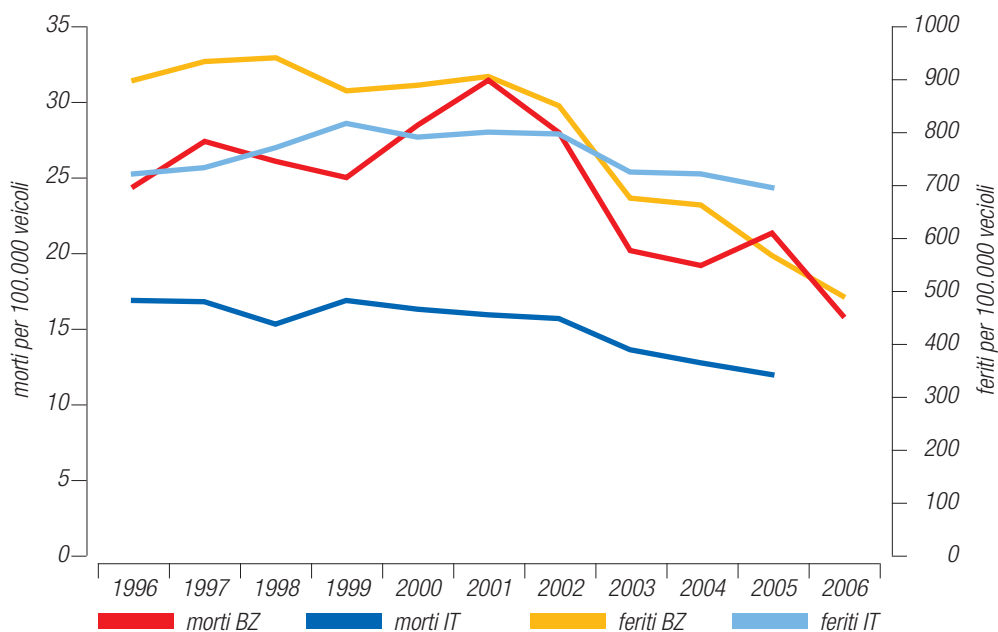
Figura 28: **Rapporti di mortalità, gravità e lesività degli incidenti stradali. Provincia di Bolzano e Italia – Anni 1996-2006**



Fonte: ISTAT, ASTAT

Il numero di decessi rispetto al parco veicolare circolante nel 2006 è stato pari a 15,9 per 100.000 veicoli, mentre i feriti sono stati 491,2 per 100.000 veicoli. L'indicatore rispetto ai morti è superiore alla media nazionale (dato 2005), mentre l'indicatore rispetto ai feriti presenta valori inferiori a quelli nazionali (dato 2005).

Figura 29: **Morti e feriti per incidente stradale rispetto al parco veicolare. Provincia di Bolzano e Italia – Anni 1996-2006**



Fonte: ISTAT, ASTAT

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 2006 si arriva quindi ad una stima complessiva del costo sociale pari a 108,5 milioni di Euro in Provincia di Bolzano, 40,6 milioni a causa dei ferimenti negli incidenti stradali e 67,9 a causa dei decessi. Per ogni residente il costo degli incidenti stradali nel 2006 è stimabile in misura pari a 224,4 Euro.

3.9.2. Infortuni lavorativi e malattie professionali

Nel corso del 2007 sono stati comunicati complessivamente 17.650 infortuni sul lavoro (+0,4% rispetto al 2006), 17 dei quali mortali (5 casi in più rispetto al 2006), e 316 malattie professionali (una in più rispetto al 2006).

L'85,1% degli infortuni e 10 dei 17 casi mortali (pari al 58,8%) si sono verificati nel settore dell'industria, mentre i restanti 7 decessi sono stati rilevati nel settore agricolo.

Il confronto dei dati provinciali con quelli delle altre regioni italiane, basato sulla media del triennio 2003-05, evidenzia una frequenza relativa di infortuni indennizzati rispetto al numero degli esposti pari a 38,4 per 1.000, superiore alla media nazionale (30,8 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 2003-05 indica in 3,21 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 (2,96).



Parte Seconda

I livelli di assistenza assicurati

I livelli di assistenza assicurati

1. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA

Il Piano Sanitario Provinciale, in conformità a quanto previsto dalla normativa nazionale, prevede, 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 di igiene e sanità pubblica, di medicina legale, di medicina sportiva, dal servizio aziendale di Medicina del Lavoro, di medicina veterinaria, dal servizio aziendale Pneumologia, 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 i comprensori sanitari, con la scuola e con altri soggetti, ha promosso e finanziato iniziative di promozione ed educazione alla salute attivate a livello provinciale, dando priorità alle seguenti tematiche: sana alimentazione, prevenzione delle dipendenze, movimento, salute mentale, la tutela della salute dell’infanzia, dell’adolescenza e di gruppi di popolazione esposti a particolari rischi.

Alla luce del calo ormai accertato delle risorse stanziare, e dell’aumento generalizzato della spesa sanitaria, occorre concentrare le forze disponibili su alcune problematiche prioritarie, favorendo il massimo coordinamento interprofessionale ed intersettoriale, e promuovendo una collaborazione efficace fra tutte le strutture competenti nel territorio. I settori prioritari per i progetti di promozione della salute e di educazione sanitaria sono quelli in cui 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 più patologie legate a determinati fattori.

Ecco alcune di queste priorità:

- diffondere un’alimentazione sana;
- promuovere il movimento;
- 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.

Per garantire la qualità delle misure adottate, i progetti sono stati elaborati sulla scorta di dati epidemiologici di qualità accertata e sulla base di specifiche linee guida provinciali.

1.1.1. Le iniziative dell'ufficio Igiene e Salute Pubblica

Nel 2007 l'attività dell'ufficio Igiene e Salute Pubblica, nell'ambito della promozione della salute e dell'educazione sanitaria, ha abbracciato le seguenti iniziative:

- Prosecuzione dell'indagine HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) sul tema "Stato di salute e stili di vita dei giovani in età scolare, anno scolastico 2005/2006" – in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico.
- Serie di manifestazioni "Mini Med Studium" 2007, dieci conferenze serali su argomenti relativi alla salute tenute da medici della Clinica universitaria di Innsbruck ed dei comprensori sanitari della Provincia di Bolzano.
- Prosecuzione delle iniziative in favore della "Difesa della salute dei non-fumatori":
 - Coordinamento del gruppo provinciale nell'ambito del tabagismo.
 - Partecipazione al "Piano di formazione nazionale sul tabagismo".
 - Valutazione del concorso internazionale a premi per diventare non fumatori "Quit&Win 2006" a livello nazionale.
- Attività amministrativa volta al finanziamento della prosecuzione del progetto pilota di prevenzione del tabagismo rivolto ai giovani "Free your mind" e della fase pilota del progetto per la realizzazione di specifici moduli per smettere di fumare per giovani (pubblicazione del curriculum – modelli di sostegno per giovani fumatori/trici e dei risultati della valutazione).
- Indagine: Osservanza della L.P. 3/2003 nei locali pubblici e sui posti di lavoro.
- Collaborazione nell'ambito della prevenzione alcol e punto di riferimento per la seconda fase della campagna provinciale sull'uso consapevole di alcol con lo slogan "Tutto chiaro?" (campagna mediatica e inizio del concorso di idee sul tema "Alcol nella nostra società").
- Iniziative nell'ambito delle giornate mondiali della salute.
- Pubblicazione di vario materiale informativo: screening neonatale, pidocchi, prevenzione HIV-AIDS, prevenzione alcol, vaccinazioni.
- Iniziative per l'aggiornamento e l'attività di informazione nel settore delle malattie infettive e per la promozione dell'accettazione delle vaccinazioni:
 - Progetto pilota "Ciclo d'aggiornamento per operatori sanitari – Le vaccinazioni in età pediatrica, settimana europea delle vaccinazioni 2007".
 - Articoli di stampa e risposte a lettere e telefonate relative alle richieste dei genitori e degli obiettori alle vaccinazioni.
 - Indagine inerente l'adesione alle vaccinazioni in età evolutiva nei genitori altoatesini.
- Elaborazione del Piano Pandemico Provinciale.
- Partecipazione alla 19° Conferenza mondiale sulla promozione ed educazione alla salute tenutasi dal 10 al 15 giugno 2007 a Vancouver (Canada) con un contributo congressuale dal titolo "Promoting health in new born infants: activities and experiences in the Autonomous Province of South Tyrol".
- Informazioni sanitarie e messaggi pubblicitari di promozione della salute attraverso diversi mezzi di comunicazione (comunicati stampa, conferenze stampa, inserzioni, lavoro mediatico, materiale pubblicitario, materiale informativo stampato, televisione, radio, manifestazioni informative, internet).

- Programmi informativi televisivi in lingua tedesca nell'ambito dell'educazione sanitaria e della prevenzione ("Gesundheitsmagazin"), trasmessi dalla RAI Sender Bozen.
- Programmi radiofonici su tematiche di medicina, sanità ed educazione alla salute in lingua italiana ("Punto e a capo"), trasmessi da Radio RAI.
- Programma televisivo per bambini "Karamela", trasmesso da RAI Sender Bozen che ha trattato temi relativi alla promozione della salute.

1.1.2. Iniziative ed istituzioni finanziate dall'Ufficio Igiene e Salute Pubblica (finanziamento di progetti e contributi)

L'Assessorato attraverso l'ufficio Igiene e Salute Pubblica ha promosso progetti specifici di promozione della salute ed educazione sanitaria realizzati dai comprensori sanitari; 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 ciascun comprensorio sanitario, i progetti sono stati svolti in modo integrato, coinvolgendo tutti i servizi interessati.

Comprensorio Sanitario di Bolzano	Progetti
Servizio di igiene e sanità pubblica	➤ Iniziative di prevenzione contro la trasmissione di malattie infettive da zecca nella zona dell'Oltradige e Bassa Atesina
Servizio pneumologico	➤ Mamme e bimbi liberi dal fumo
Distretto sanitario e sociale Laives, Bronzolo, Vadena	➤ Muoviamoci con gusto
Distretto sanitario Don Bosco	➤ Prevenzione degli incidenti domestici nella popolazione anziana (oltre 65 anni)
Distretto sanitario di Val Gardena	➤ Più gusto con l'alimentazione giusta
Servizio Veterinario	➤ Corso di igiene degli alimenti di origine animale per l'avvio e la gestione di macellerie islamiche; ➤ Saper leggere l'etichetta dei prodotti alimentari; ➤ Corso di ispezione della selvaggina cacciata
Servizio di dietetica e nutrizione clinica	➤ Alimentarsi bene con la pensione ➤ Prevenzione nutrizionale e tumori ➤ La corretta alimentazione della donna in sovrappeso nel periodo del concepimento ➤ Obesità e cultura del movimento
Comprensorio Sanitario di Merano	
Servizio di medicina di base	Stili di vita sani
Servizio di dietetica e nutrizione clinica	Dimagrire con successo in gruppo: osservare – cambiare – stabilizzare. Un programma di training per madri in sovrappeso
Servizio psicologico	Prevenzione della depressione post partum
Distretto sanitario Lana	In forma e in salute nella quotidianità
Comprensorio Sanitario di Bressanone	
Servizio di dietetica e nutrizione clinica	Obesità nell'infanzia e nell'età giovanile
Servizio psicologico	Prevenzione degli incidenti stradali
Servizio di medicina di base	Prevenzione di cadute di persone anziane
Comprensorio Sanitario di Brunico	
Servizio di dietetica e nutrizione clinica	"Del tutto in forma" – Gruppo di consulenza per bambini in sovrappeso e adiposi

Oltre ai progetti riportati in tabella, sono stati realizzati autonomamente dai vari comprensori sanitari altre iniziative di promozione ed educazione alla salute.

I CONTRIBUTI CONCESSI ALLE ASSOCIAZIONI

I singoli comprensori, nel corso dell'anno 2007, hanno effettuato interventi nelle scuole materne, elementari e medie di "educazione alla sessualità ed alla affettività", di "educazione alimentare", e di "salute ed igiene del corpo", con particolare riferimento alla profilassi delle carie dentali ed alla profilassi della pediculosi. Altre iniziative di promozione ed educazione alla salute sono state promosse dai vari comprensori sanitari su temi specifici: la movimentazione manuale dei carichi nei cantonieri della Provincia di Bolzano, il corretto uso dei citostatici, corsi di preparazione al parto, consulenza all'allattamento, corsi di massaggi sui neonati, prevenzione alle cadute nell'anziano ed alle piaghe da decubito, emergenza caldo anziani, tumori alla pelle di pazienti trapiantati, fisiologia dello sport, scuola e psichiatria.

Nel 2007, l'ufficio provinciale Igiene e Salute Pubblica ha anche concesso a 18 associazioni senza scopo di lucro, operanti in tutto il territorio provinciale, contributi per iniziative nell'ambito dell'educazione sanitaria. In particolare, i progetti finanziati vertevano sulle seguenti tematiche: prevenzione e lotta contro i tumori; prevenzione e lotta contro le dipendenze (droga, alcool, tabacco, farmaci, giochi d'azzardo, doping); prevenzione e riduzione del danno in patologie croniche ed invalidanti (diabete, celiachia, malattie cardiocircolatorie, tumori, grave obesità); tutela della salute degli anziani (ultrasessantacinquenni); prevenzione dei disturbi psichici comportamentali con particolare riguardo alle categorie a rischio; prevenzione e riduzione delle patologie connesse all'alimentazione e promozione di una sana alimentazione; prevenzione di problemi legati alla gravidanza, al parto e allo sviluppo nel periodo neonatale, nell'età pediatrica e nell'adolescenza. Sono state ammesse le attività motorie rivolte solo a particolari categorie di persone quali pazienti con problemi cardiovascolari, donne in stato di gravidanza o post partum, ultrasessantacinquenni, pazienti oncologici e persone gravemente obese. Sono state escluse da tali finanziamenti le attività sportive agonistiche e non e le attività terapeutiche.

Progetti della "FONDAZIONE VITAL"

L'Assessorato alla Sanità tramite l'ufficio Igiene e Salute Pubblica e la ripartizione per le politiche sociali ha finanziato l'attività della fondazione "Vital" comprendente progetti specifici di promozione della salute.

PROGETTO "AZIENDE SANE"

Dopo l'avvio assai promettente nel 2006, il progetto "Aziende sane" è continuato nel 2007 in cinque aziende pilota, di cui tre pubbliche e due private, coinvolgendo in tutto quasi mille persone. Grazie anche alla collaborazione di vari esperti svizzeri e austriaci, in questa prima fase pilota si sono raccolte informazioni, contatti, competenze ed esperienze, gettando così le basi di un'attività futura nel settore della promozione della salute a livello aziendale. Il progetto, cofinanziato dal Fondo sociale europeo, si è concluso con l'organizzazione del convegno "La salute genera profitto – Collaboratori sani in aziende sane", svoltosi a novembre a Bolzano.

PROGETTO "COMUNE SANO"

Anche il progetto "Comune sano" è proseguito nel 2007, con la partecipazione dei comuni pilota di Plaus, Cortaccia e Brunico che sono stati insigniti del titolo di "comuni sani" in una conferenza stampa indetta in novembre dall'assessore Richard Theiner. Tale progetto, di durata quinquennale, proseguirà nei comuni interessati anche nei prossimi anni.

ALIMENTAZIONE SANA

La Fondazione ha anche avviato la pubblicazione di un vademecum intitolato "Mangiare sano per vivere sani", che riporta i principi essenziali di un'alimentazione sana. Questo vademecum, che sarà la base di riferimento di tutti i progetti futuri della Fondazione nel settore nutrizionale, parte dal presupposto che una dieta sana non si realizza solo con la

preparazione di cibi, ma già nella scelta e nell'acquisto degli ingredienti. In occasione della "Giornata mondiale dell'Alimentazione", la Fondazione ha organizzato, con la collaborazione di esperti nutrizionisti di varie strutture pubbliche e private, diverse giornate di consulenza per i consumatori – intitolate "Food-Check" – allestite direttamente nei punti vendita della grande distribuzione.

Nel campo dell'alimentazione rientrano poi varie altre iniziative della Fondazione proposte nel 2007, fra le quali una serata al Walterhaus di Bolzano intitolata "La salute vien mangiando": il primo spettacolo sulla cucina sana organizzato in Alto Adige.

Un altro filone tematico caro alla Fondazione Vital è l'importanza dell'esercizio fisico per la salute, con l'obiettivo di spingere anche le persone tendenzialmente poco sportive a svolgere più attività fisica. Con queste premesse, nel maggio 2007 è partita l'iniziativa "Camminare insieme", che ha riscosso da subito molto interesse. Da maggio a novembre, infatti, ogni venerdì alle 18 si sono date appuntamento sui prati del Talvera a Bolzano da 140 a 160 persone.

Il 16 settembre la Fondazione ha organizzato a Brunico la seconda edizione de "La salute in cammino", pensata soprattutto per sensibilizzare la popolazione, e realizzata con la collaborazione del comune di Brunico e la partecipazione attiva di più di 50 associazioni private ed enti pubblici. Alla giornata hanno partecipato più di mille persone di tutte le fasce d'età.

L'intento d'informare e sensibilizzare la popolazione facendo leva anche sulle emozioni e il divertimento ha spinto la Fondazione ad organizzare a Merano la prima "Festa della salute" dell'Alto Adige, un'iniziativa realizzata insieme alle Terme di Merano, al Comune, al Comprensorio Sanitario, ai commercianti meranesi e all'Azienda di Soggiorno. Vi hanno preso parte attivamente più di 30 fra associazioni e istituzioni di vario genere, dando la possibilità a più di mille visitatori di informarsi sulle diverse proposte nei vari stand allestiti.

Infine, la rubrica televisiva in lingua tedesca "TV-Vital – Mehr vom Leben", messa in onda in otto edizioni dalla sede RAI di Bolzano, è stata un canale mediatico assai efficace per informare la popolazione altoatesina sulle iniziative e i progetti della Fondazione Vital, ma anche sulle opportunità concrete per adottare una dieta più sana e uno stile di vita più attivo.

1.1.3. L'educazione sanitaria e la promozione della salute nelle scuole

L'Assessorato alla Sanità ha finanziato, attraverso l'ufficio Igiene e Salute Pubblica, diverse misure per la promozione e l'educazione alla salute (realizzate dai Servizi delle tre Intendenze scolastiche) ed ha partecipato alla pianificazione scolastica dell'educazione alla salute.

Il Servizio per il supporto e la consulenza – ambito promozione della salute presso l'Intendenza scolastica tedesca

Nell'ambito della promozione della salute il servizio persegue l'obiettivo di formare la scuola dell'infanzia e la scuola come ambienti incentrati sulla salute e sostiene a questo fine approcci di lavoro orientati al setting e alle competenze di vita.

Nell'anno 2007 è stato focalizzato l'aspetto del "movimento" come fattore di benessere fisico, psichico e sociale.

**PROMOZIONE
DELL'ATTIVITÀ FISICA**

L'organizzazione della scuola dell'infanzia e della scuola come ambienti di apprendimento, di lavoro e di vita incentrati sulla salute

Nell'anno di lavoro 2007 si è concluso il progetto biennale "Scuola e salute" (a cui hanno partecipato 4 direzioni scolastiche) e i risultati sono stati presentati a tutte le scuole. Il lavoro di pianificazione di un ulteriore ciclo del progetto è già iniziato.

Realizzazione di programmi didattici e di progetti per lo sviluppo di competenze di vita di alunne e alunni

Nelle scuole dell'infanzia e nelle scuole sono stati introdotti diversi programmi didattici con obiettivi di prevenzione generali e specifici. Particolare attenzione è stata rivolta agli ambiti dell'apprendimento sociale, della prevenzione delle dipendenze, dell'educazione sessuale, della gestione di situazioni di crisi e del pronto soccorso.

Qualifica di operatori pedagogici per il lavoro finalizzato alla promozione della salute

Operatori pedagogici (insegnanti, educatori/trici, collaboratori/trici per l'integrazione) sono stati abilitati a elaborare argomenti inerenti la salute con bambini e giovani, a lavorare con i genitori in modo efficiente ed a realizzare progetti per la promozione della salute secondo criteri manageriali, con la possibilità di valutare l'efficacia a lungo termine. Nel 2007 sono state realizzate 53 iniziative di aggiornamento (convegni, seminari, corsi pomeridiani) a cui hanno partecipato 1.050 persone.

Consulenza e sostegno a iniziative e progetti scolastici

I collaboratori/trici nell'ambito della promozione della salute sostengono gli operatori della scuola dell'infanzia e della scuola nell'inserimento della promozione e dell'educazione alla salute nei curricula. Inoltre offrono sostegno nella programmazione, nella realizzazione e nella valutazione di iniziative e progetti volti alla promozione della salute.

Sostegno finanziario di progetti e iniziative scolastici

Nell'anno 2007 sono stati finanziati 137 progetti sui seguenti argomenti: nutrizione (22%), postura e movimento (12%), apprendimento sociale e prevenzione della violenza (16%), prevenzione delle dipendenze (2%), educazione sessuale (2%), formazione della personalità (9%), percezione (1%), pronto soccorso (5%), progetti combinati (28%), altro (3%).

Collaborazione per la realizzazione di progetti per la promozione della salute

A livello provinciale e locale si è collaborato, insieme ai partner di cooperazione, alla realizzazione di numerosi progetti e campagne (profilassi della carie nell'età dello sviluppo, prevenzione del consumo dell'alcol, Free your mind – prevenzione del tabagismo, studio HBSC che comprende tematiche riguardanti lo stato di salute e gli stili di vita dei giovani di età 11-15 anni).

Le iniziative nelle scuole italiane

Le iniziative effettuate dal servizio di educazione alla salute dell'intendenza scolastica italiana, hanno risposto alle priorità sanitarie indicate dall'OMS e recepite a livello nazionale e locale nell'ambito nutrizionale e dell'educazione motoria.

Parallelamente il servizio ha promosso attività formative nell'ambito delle problematiche sanitarie e sociali emerse sia da parte dei servizi territoriali che individuate all'interno dei singoli istituti, quali la prevenzione delle dipendenze, del fenomeno del bullismo e dei disturbi specifici di apprendimento.

1. Alimentazione e movimento

I progetti di formazione in educazione alimentare e motoria sono stati rivolti ai docenti di tutti gli ordini di scuola con il coinvolgimento di alunni, studenti e genitori, in collaborazione con il servizio di dietetica e nutrizione clinica e le associazioni del tempo libero.

- “Alimentazione – movimento e salute”: 3 scuole dell'infanzia – 50 docenti
- “Ore di scuola e tempi dei bambini”: 14 scuole dell'infanzia – 30 docenti del tempo prolungato
- “Mensa-interscuola”: 3 scuole dell'infanzia – 1 istituto comprensivo – 45 docenti – 100 alunni – 100 famiglie
- Incontri per studenti delle scuole superiori: 8 Istituti – 15 classi – 300 studenti

2. Corsi di formazione sul tema della prevenzione alla dislessia e ai disturbi specifici di apprendimento

In collaborazione con il servizio integrazione e consulenza scolastica, il servizio psicologico e il servizio di neuropsichiatria infantile: 12 scuole dell'infanzia – 120 docenti

3. Prevenzione alle dipendenze

- incontri per alunni delle scuole medie sulla prevenzione del tabagismo con gli psicologi degli sportelli di consulenza psicologica e orientamento ai servizi socio-sanitari, in collaborazione con il Forum per la prevenzione delle dipendenze e la Lega Italiana per la lotta contro i tumori: 17 Istituti comprensivi – 50 classi;
- incontri per studenti delle scuole superiori per la prevenzione di alcool, fumo, droghe e abitudini compulsive: 14 Istituti – 38 classi;

4. Prevenzione del disagio

- “Parliamone” – sportello di consulenza psicologica e orientamento ai Servizi socio-sanitari del territorio: 90 scuole coinvolte – 35 sportelli – 1.735 accessi – 144 casi inviati ai Servizi.
- “Le dinamiche relazionali all'interno del gruppo”: 2 scuole dell'infanzia – 40 docenti.
- “Star bene a scuola” – corso di formazione sulla prevenzione del bullismo: 2 istituti comprensivi – 60 docenti.
- “Conoscere se stessi per crescere insieme”: laboratori per insegnanti e studenti per favorire lo sviluppo delle competenze relazionali e sociali: 1 istituto superiore – 15 docenti – 88 studenti.

Le iniziative nelle scuole ladine

Il programma del Servizio per l'educazione alla salute nelle scuole ladine considera da una parte le esigenze di un aggiornamento specifico del personale docente e dall'altra il sostegno per iniziative concrete con gli alunni. Nell'anno 2007 sono state proposte due tematiche di fondo per la promozione ed educazione alla salute: “Salute significa anche

equilibrio psico-fisico e sociale” per l’anno scolastico 2006/07 e “Trovare e attivare forze preziose e significanti” per l’anno scolastico 2007/08.

Al centro dell’attenzione è stato posto lo stare bene a scuola come possibilità di evitare qualsiasi forma di violenza e aggressività e di trovare un approccio positivo verso se stessi e i compagni di scuola. Sono state affrontate, inoltre, le tematiche più specifiche della prevenzione, e cioè movimento fisico ed alimentazione.

1. Corsi di aggiornamento per docenti

- Corso in quattro parti per riconoscere e prevenire le varie forme di violenza e abuso sui bambini, al quale hanno partecipato 40 insegnanti tra scuola dell’infanzia ed elementare.
- Corso di una giornata per i docenti di un istituto comprensivo sulla tematica del rafforzamento delle competenze vitali.
- Il collegio docenti di una scuola elementare ha approfondito il percorso “dall’io-al tu-al noi” da proporre nelle singole classi.
- Corso pratico di primo soccorso (PBLs) proposto dalla Croce Bianca, al quale hanno partecipato 40 insegnanti della scuola dell’infanzia.

2. Iniziative progettuali da parte di singole scuole

Anche se nei programmi annuali sono già previste tematiche riguardanti l’educazione alla salute, sono state molteplici le scuole che hanno dato ulteriore peso ad argomenti specifici tramite progetti, gruppi di lavoro, discussioni e rappresentazioni figurative. In singoli casi sono stati coinvolti anche i genitori per instaurare quel rapporto necessario per l’impegno educativo che riguarda sia la scuola che la famiglia.

Esiste inoltre una cospicua collaborazione del servizio per l’Educazione alla Salute nelle scuole ladine con l’ufficio Giovani e con il distretto sanitario della Val Badia, più specificamente nell’organizzazione di incontri con dibattito su tematiche riguardanti “Io e i miei bambini” e nella partecipazione al gruppo di prevenzione “Odèi la vita”. I temi importanti dell’educazione hanno sempre bisogno di tutte le parti interessate e quindi anche la scuola riconosce il suo ruolo propositivo di lavorare in rete per raggiungere più facilmente dei risultati a lunga durata.

Il servizio per l’Educazione alla Salute viene coinvolto anche nei vari progetti provinciali, quali ad esempio la profilassi della carie dentale e lo studio HBSC, che comprende tematiche riguardanti lo stato di salute e gli stili di vita dei giovani in età 11-15 anni.

1.1.4. Le iniziative dell’ufficio Distretti Sanitari

L’ufficio Distretti Sanitari nell’ambito della promozione alla salute e dell’educazione sanitaria, ha promosso nel 2007 le seguenti iniziative:

- Collaborazione alla realizzazione della seconda fase della campagna mediatica “Sai quando basta?”. Per il 2007 è stato scelto il tema “Alcol nella nostra società” con lo slogan “Tutto chiaro?” ed è stato organizzato un concorso a premi indirizzato alla popolazione sul tema “Riflessioni personali sul tema dell’alcool” rivolto a 3 aree:
 - l’alcool e la cultura della festa
 - l’alcool e le generazioni
 - ebbrezza, emozioni forti e lasciarsi andare alla ricerca di...?

- Promozione della salute mentale attraverso il progetto europeo “Alleanza europea contro la depressione” con l’obiettivo di una migliore assistenza delle persone affette da depressione grazie all’informazione e alla sensibilizzazione, ed attraverso la promozione del volontariato e la collaborazione degli specialisti. L’iniziativa nel 2007 è stata accompagnata da articoli nella stampa locale, dalla distribuzione di opuscoli e manifesti, dall’organizzazione di conferenze rivolte alla popolazione, dall’organizzazione di un convegno sulla psicoterapia della depressione, dalla formazione dei cosiddetti soggetti “moltiplicatori” (medici, infermieri, assistenti geriatrici, psicologi, insegnanti, ecclesiastici e forze dell’ordine), dalla promozione di iniziative di volontariato e dalla costituzione di gruppi di mutuo aiuto.
- Anche durante l’anno scolastico 2006/2007 è stato realizzato con successo il progetto “Profilassi della carie nell’età evolutiva” in tutte le terze classi elementari e in tutte le seconde classi medie della Provincia di Bolzano. Oltre 100 dentisti liberi professionisti hanno informato 8.751 bambini sulla corretta igiene orale e hanno sottoposto gli stessi ad una visita di controllo. Il 61,3% di tutti i bambini visitati non è risultato affetto da carie.

1.1.5. Iniziative, enti pubblici ed organizzazioni finanziate dall’ufficio Distretti Sanitari

L’Assessorato alla Sanità tramite l’ufficio Distretti Sanitari ha finanziato la promozione e realizzazione di iniziative e progetti di prevenzione delle dipendenze nonché l’attività di ricerca ad essi collegata, realizzati da enti pubblici e da organizzazioni private convenzionate. In particolare, sono stati finanziati i progetti delle associazioni “La Strada – Der Weg”, “Hands” e “Forum prevenzione” e dei servizi per le dipendenze dei comprensori sanitari.

Forum Prevenzione e Infes

Il Forum Prevenzione è il centro di competenza per la prevenzione delle dipendenze e la promozione della salute in Alto Adige. Offre la propria collaborazione a tutti coloro che vogliono attivarsi con interventi specifici in questi ambiti.

Punti centrali dell’attività svolta nel 2007, sono stati i temi legati alla famiglia, ai giovani e al lavoro di prevenzione a livello comunale. Il centro pone inoltre, come importante focus del suo lavoro, l’elaborazione di concetti teorici nell’ambito della prevenzione; si occupa, inoltre, di effettuare interventi nelle scuole, nelle aziende e di promuovere attività di prevenzione legate allo sport ed al movimento fisico. Già da alcuni anni anche il settore legato alla prevenzione della violenza è stato ampiamente trattato ed è diventato uno dei punti fondamentali del lavoro di prevenzione.

Nel 2007 il Forum Prevenzione, ha lavorato sia come promotore sia come partner di progetto a 53 diverse iniziative di prevenzione delle dipendenze e promozione della salute. Nell’ambito del lavoro di prevenzione risulta fondamentale il contatto diretto con i gruppi target (genitori, insegnanti, collaboratori/trici specializzati, giovani e studenti, soggetti moltiplicatori/trici). In questo contesto nel 2007 sono state organizzate 227 manifestazioni che hanno coinvolto 7.513 partecipanti.

La biblioteca del Forum Prevenzione rappresenta un importante centro di documentazione e informazione e consente la consultazione di oltre 1.750 pubblicazioni su temi quali sostanze legali ed illegali, dipendenze non legate a sostanze, prevenzione delle dipendenze, prevenzione della violenza, mondo dei giovani, formazione dei genitori ed altri argomenti.

FORUM PREVENZIONE

LA BIBLIOTECA

INFES

Dal 2007 l'associazione Forum Prevenzione gestisce anche il centro specialistico per i disturbi alimentari Infes. Da un'iniziativa nata da persone con tali problematiche, il centro informazioni per i disturbi alimentari in 15 anni si è sviluppato in un centro professionalmente attivo su tutto il territorio, le cui offerte hanno trovato ampio riscontro presso la popolazione.

L'Infes offre la prima consulenza a persone con disturbi alimentari, ai famigliari ma anche agli insegnanti; si occupa, inoltre, della prevenzione in relazione ai disturbi alimentari, della conduzione di gruppi di auto aiuto, del lavoro di progettazione di nuovi studi/interventi e dei contatti con i servizi clinici specialistici.

Nell'ambito del lavoro di prevenzione, nel 2007 in totale sono state organizzate 60 manifestazioni sul tema "disturbi alimentari". Sono stati elaborati, inoltre, 4 nuovi progetti nell'area "Disturbi alimentari" e 2 relativi agli aspetti dell'"auto aiuto e consulenza".

La Strada – der Weg

L'associazione "La Strada – der Weg" è presente sul territorio con progetti ed iniziative di prevenzione e con servizi di assistenza e reinserimento rivolti a persone in situazioni di disagio, con particolare attenzione alle problematiche della dipendenza da sostanze illegali. L'associazione è convenzionata con la Provincia e con i comprensori sanitari per la gestione di strutture residenziali per tossicodipendenti. Gestisce il "*Progetto dipendenze*" attraverso la comunità terapeutico-riabilitativa "Josefsberg" e la comunità di accoglienza per l'orientamento "S. Isidoro". L'associazione ha continuato il progetto riguardante gli *Alloggi Protetti di Passaggio*, convenzionati con l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano, importante per l'integrazione socio-sanitaria nel territorio; ha, inoltre, dato continuità durante tutto l'arco dell'anno al progetto di "*Prevenzione Secondaria*", attraverso l'attivazione di un'equipe formata da 2 psicologi.

Hands

L'associazione Hands è un ente di riferimento sia per persone con problematiche legate all'alcol, sia per altre realtà associative che si occupano di cura, riabilitazione, reinserimento sociale e lavorativo a livello locale ed anche a livello nazionale. È convenzionata con la Provincia e con il Comprensorio Sanitario di Bolzano per attività ed interventi ambulatoriali e riabilitativi sanitari, e con l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano e le comunità comprensoriali competenti per territorio per le attività a valenza sociale. L'associazione gestisce anche una comunità terapeutica residenziale e semiresidenziale. Nell'ambito della prevenzione l'associazione ha organizzato nel 2007 varie conferenze informative rivolte alla popolazione sull'uso responsabile dell'alcol.

1.2. PROGRAMMI ORGANIZZATI DI DIAGNOSI PRECOCE E PREVENZIONE COLLETTIVA

Il tasso di adesione al Pap-test su invito è del 31,2%.

Il Pap-test è risultato negativo nel 95% dei casi, in 77 casi è stata diagnosticata una displasia (0,7%), in due casi un carcinoma (0,02%).

Il 41,0% della popolazione femminile di età compresa tra 23 e 65 anni ha effettuato almeno un Pap-test nel 2007.

Il tasso di adesione allo screening mammografico è dell'85%.

Sono stati diagnosticati 25 nuovi casi di tumore, corrispondenti ad un tasso di identificazione del 1,7 per mille.

1.2.1. Programma di diagnosi precoce 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. Una quota consistente delle donne altoatesine esegue spontaneamente un'attività di prevenzione sottoponendosi periodicamente all'esame del Pap-test, la popolazione obiettivo del programma è quindi 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.

Le donne invitate complessivamente al programma di screening nell'anno 2007 sono state 37.699: 20.479 donne (54,3%) hanno ricevuto un solo l'invito, mentre le rimanenti 17.220 (45,7%) hanno avuto il primo e/o il secondo sollecito.

Tabella 1: **Popolazione obiettivo, donne invitate e % di invitate, donne aderenti e % di aderenti per classe di età. Provincia di Bolzano – Anno 2007**

Classe di età	Popolazione obiettivo	Donne invitate	% invitate su popolazione obiettivo	donne aderenti	% aderenti su invitate
23-24	5.265	1.933	36,7%	664	34,4%
25-29	14.670	3.404	23,2%	1.208	35,5%
30-34	17.179	4.105	23,9%	1.410	34,3%
35-39	20.282	4.737	23,4%	1.651	34,9%
40-44	20.428	4.983	24,4%	1.623	32,6%
45-49	17.575	4.283	24,4%	1.276	29,8%
50-54	14.578	3.751	25,7%	1.035	27,6%
55-59	13.459	4.289	31,9%	1.224	28,5%
60-64	13.410	4.870	36,3%	1.376	28,3%
65	2.859	1.344	47,0%	281	20,9%
Totale	139.706	37.699	27,0%	11.748	31,2%

Fonte: servizio aziendale di Anatomia Patologica

Le donne invitate nel 2007 rappresentano il 27,0% della popolazione obiettivo del programma. La compliance all'invito è stata verificata alla data del 15 aprile 2008, per dar il tempo di aderire al programma alle donne che avevano ricevuto l'invito alla fine del 2007. Il 31,2% delle donne invitate nel 2007 ha eseguito l'esame di screening entro il 15 aprile 2008, l'adesione è più elevata tra le più giovani (35,5% nella classe di età 25-29 anni), e decresce all'aumentare dell'età (20,9% per le donne di 65 anni).

L'esito dell'esame di screening è risultato negativo nel 95% dei casi delle donne aderenti all'invito. Per 77 donne (0,7%) è stata diagnosticata una displasia mentre in due casi l'esito è una diagnosi di carcinoma.

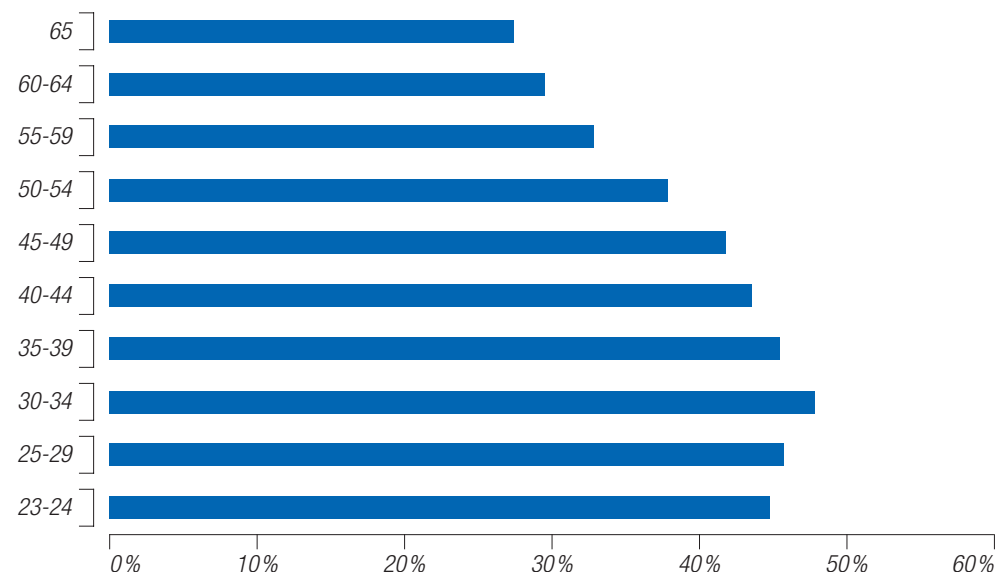
Tabella 2: **Distribuzione dei Pap-test eseguiti dalle donne rispondenti per esito. Provincia di Bolzano – Anno 2007**

Esiti	Valore assoluto	Valore %
Inadeguato	251	2,1 %
Negativo	11.157	95,0 %
ASCUS/ASCH/AGUS	261	2,2 %
LSIL	30	0,26 %
HSIL	47	0,40 %
Carcinoma	2	0,02 %
Totale	11.748	100,0 %

Fonte: servizio aziendale di Anatomia Patologica

Le donne residenti che nel 2007 hanno eseguito almeno un Pap-test, indipendentemente dall'invito, sono 57.439, con una copertura rispetto alla popolazione obiettivo del 41,0%. La classe di età con la maggiore copertura è quella tra 30 e 34 anni (47,8%), mentre le meno coperte sono le 65enni (27,4%).

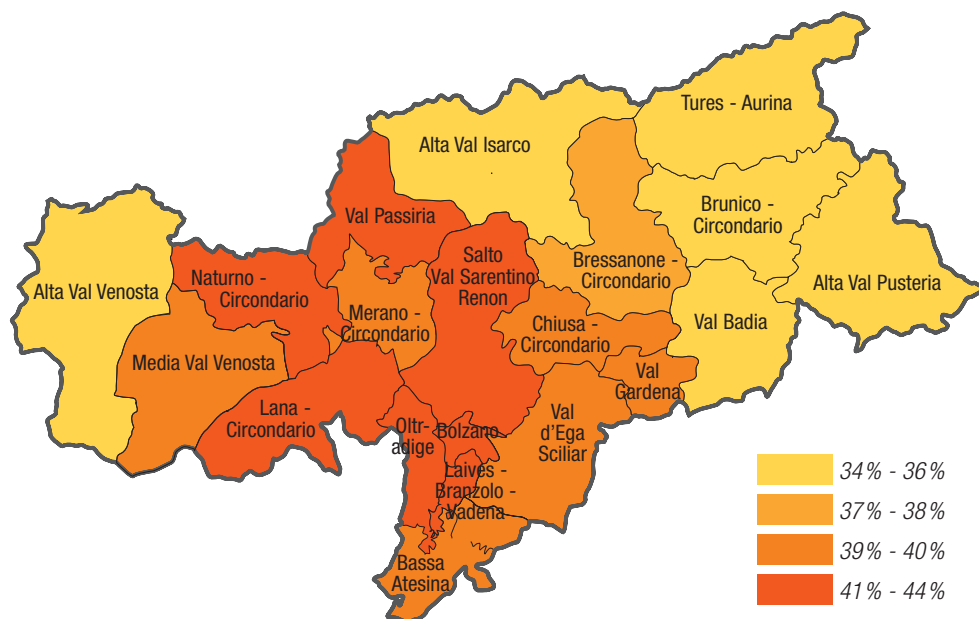
Figura 1: **Copertura per classe di età al Pap-test. Provincia di Bolzano – Anno 2007**



Fonte: servizio aziendale di Anatomia Patologica

La distribuzione territoriale del Pap-test per distretto di residenza evidenzia una copertura inferiore nella zona orientale della provincia, copertura che cresce verso le aree centrali e meridionali del territorio provinciale.

Figura 2: Copertura al Pap-test della popolazione femminile 23-65 anni per distretto di residenza. Provincia di Bolzano – Anno 2007



Fonte: servizio aziendale di Anatomia Patologica

1.2.2. Programma di diagnosi precoce del tumore della mammella

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. Un successivo potenziamento ed uniformazione del programma di screening mammografico si è avuto con la successiva delibera della G.P. n. 4033 del 20/09/1999 "Diagnosi precoce del tumore della mammella: potenziamento ed uniformazione dello screening mammografico", che standardizza in ambito provinciale le variabili fondamentali del programma di diagnosi precoce, quali la fascia di età delle donne da esaminare, la gestione degli inviti, le modalità di esecuzione e di refertazione degli esami di mammografia, la conduzione degli esami di approfondimento diagnostico, la raccolta e l'archiviazione delle informazioni necessarie per la costruzione degli indicatori di valutazione del programma.

Le donne invitate complessivamente al programma di screening nell'anno 2007 sono state 18.097: 7.790 donne (43,0%) hanno ricevuto un solo invito, mentre le rimanenti 10.307 (57,0%) hanno avuto un secondo invito di sollecito.

Tabella 3: **Popolazione obiettivo, donne invitate e % di invitate, donne aderenti e % di aderenti per classe di età. Provincia di Bolzano – Anno 2007**

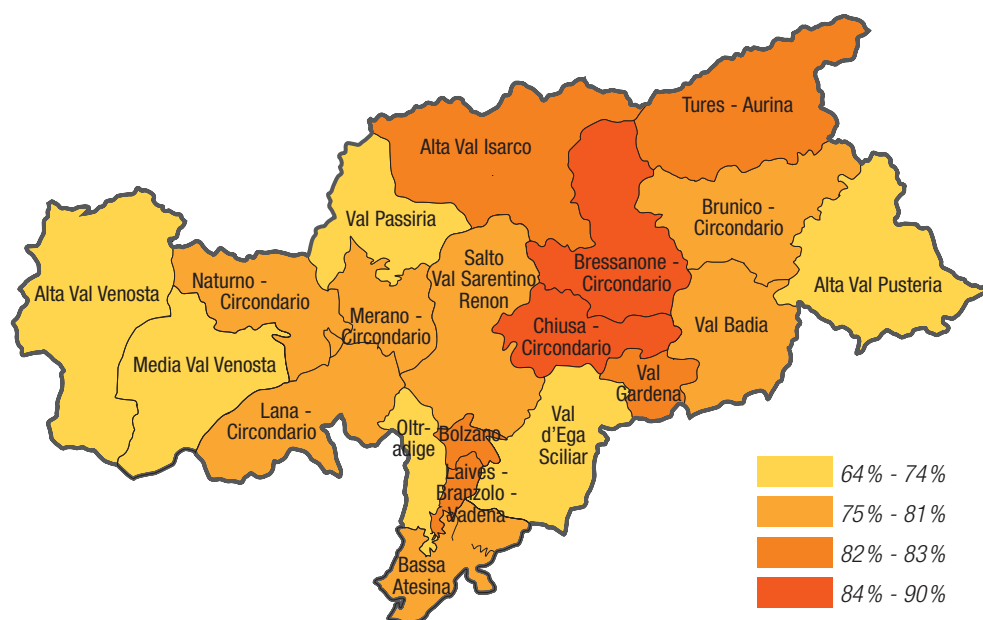
Classe di età	Popolazione obiettivo	Donne invitate	% invitate su popolazione obiettivo	donne aderenti	% aderenti su invitate
48-49	5.394	3.699	68,6 %	2.181	59,0 %
50-54	13.474	4.048	30,0 %	3.370	83,3 %
55-59	13.618	3.703	27,2 %	3.309	89,4 %
60-64	13.037	3.518	27,0 %	3.149	89,5 %
65-69	11.789	3.085	26,2 %	2.376	77,0 %
70-71	506	44	8,7 %	39	88,6 %
Totale	57.818	18.097	31,3 %	14.424	79,7 %
Totale 50-69	51.918	14.354	27,6 %	12.204	85,0 %

Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

Le donne invitate nel 2007 rappresentano il 27,6% della popolazione obiettivo del programma (per la fascia di età 50-69 anni). La compliance all'invito è stata verificata alla data del 30 aprile 2008, per dar il tempo di aderire al programma alle donne che avevano ricevuto l'invito alla fine del 2007. L'85,0% delle donne invitate nel 2007 (in età 50-69 anni) ha eseguito l'esame di screening entro il 30 aprile 2008, con un'adesione per classe di età compresa tra il 59,0% (48-49 anni) e l'89,5% (60-64 anni).

La copertura a livello di distretto sanitario varia tra il 64,0% di San Candido ed il 90,3% di Chiusa, secondo le distribuzioni per quartili rappresentate nella cartina.

Figura 3: **Copertura da screening mammografico della popolazione femminile 48-71 anni per distretto di residenza. Provincia di Bolzano – Anno 2007**



Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

Sono stati complessivamente 25 i casi diagnosticati di tumore maligno della mammella confermati su base istologica. Per questa coorte di invitate, il tasso di identificazione grezzo (limitatamente alle diagnosi corredate da istologia positiva) è quindi pari a 1,7 per 1.000.

1.2.3. Programma di diagnosi precoce del tumore del colon retto

Lo screening del colon retto permette di identificare precocemente le forme invasive di tumore del colon e del retto nonché di individuare e rimuovere possibili precursori quali i polipi adenomatosi.

I programmi di screening sono generalmente strutturati su due livelli: il test di primo livello consiste nella ricerca di sangue occulto nelle feci o nella rettossigmoidoscopia; nel caso di positività al test di primo livello viene eseguita una colonscopia come esame diagnostico di secondo livello.

La colonscopia è in generale una procedura diagnostica nella sorveglianza dei soggetti ad alto rischio, come per esempio i parenti di pazienti che hanno sviluppato un tumore del colon retto. L'uso della colonscopia come test di primo livello va riservato solo ad ambiti valutativi e studi pilota, come quello condotto nel 2002 nella città di Bolzano.

Sono in corso diversi studi per mettere a punto nuove strategie diagnostiche, come la ricerca di marcatori molecolari (in particolare Dna) nelle feci e la colonscopia virtuale.

Per lo screening del colon retto non c'è un consenso sul protocollo da adottare, e diverse strategie vengono adottate a seconda delle realtà locali e regionali. In Toscana e Emilia Romagna viene offerto come esame di primo livello il test per il sangue occulto, nel Veneto vengono offerti entrambi i test, in Piemonte il test di primo livello è la sigmoidoscopia con la possibilità di optare per il test del sangue occulto. Nel Lazio è proposta la ricerca di sangue occulto nelle feci per lo screening della popolazione a rischio generico e la colonscopia per lo screening della popolazione ad alto rischio (familiari dei portatori di neoplasia).

L'estensione teorica dei programmi di screening del colon retto in Italia nel 2006 è del 44,3%. Sono interessate dai programmi 6,2 milioni di persone dei 14,1 milioni di residenti nelle aree in cui è attivo un programma di screening. Le regioni con almeno un programma di screening coloretale attivo sono 11, concentrate soprattutto al Nord (dove mancano all'appello Alto Adige e Friuli-Venezia Giulia) ed al centro.

L'attivazione di uno screening coloretale rientra tra gli obiettivi del Piano Screening proposto dal Ministero della Salute.

BIBLIOGRAFIA

Osservatorio Nazionale Screening. Sesto Rapporto. 2007

ASSR. Linee guida su: Screening, diagnosi precoce e trattamento multidisciplinare del cancro del colon – retto. 2002

Ministero della Salute. Screening oncologici. 2006

Ministero della Salute. Gli screening oncologici, vademecum. 2006

CALENDARIO VACCINALE

1.3. PROFILASSI DELLE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE

Nel corso dell'anno in Alto Adige sono state eseguite, alla popolazione d'età inferiore a 18 anni, 98.899 vaccinazioni raccomandate; di queste il 54,4% (53.785) si riferivano a vaccinazioni obbligatorie per legge.

I servizi di igiene e sanità pubblica provinciali hanno effettuato 2.806 consulenze sanitarie ed attività di informazione nei confronti di viaggiatori che si recano all'estero; hanno eseguito, inoltre, 443 interventi di disinfezione e di disinfestazione.

1.3.1. Interventi di profilassi e di educazione per prevenire il diffondersi delle malattie infettive e bonifica focale

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 4: Calendario vaccinale valido per l'anno 2007.

Vaccino	3° mese	5° mese	11° mese	12° mese	15° mese	5-6 anni	11-15 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	PVC 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 anti epatite B

Hib: vaccino antihaemophilus influenzae b

MPR: vaccino antimorbillo-parotite-rosolia

PVC: vaccino pneumococcico

Varicella: vaccino antivariella

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 1^a 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 2^a dose MPR in concomitanza con il richiamo IPV e DTaP, oppure la 1^a dose ai bambini non vaccinati fino a quel momento (MPR 1/2*). All'età di 11-15 anni a questi ultimi va data la 2^a dose, oppure, a quelli non vaccinati, la 1^a 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).

Nel 2007 in Alto Adige sono state eseguite, alla popolazione d'età inferiore a 18 anni, 98.899 vaccinazioni raccomandate; di queste il 54,4% (53.785) si riferivano a vaccinazioni obbligatorie per legge.

VACCINAZIONI ESEGUITE

Tabella 5: Vaccinazioni effettuate per tipologia – Anno 2007

Tipologia di vaccini	Provincia	Vaccinazioni/abitanti < 18 anni x 1.000
Antipolio (tutte le dosi)	15.735	165
Antidifterico/Antitetanico (tutte le dosi)	22.196	233
Antipertossico (tutte le dosi)	20.380	214
Hib (tutte le dosi)	15.163	159
Antiepatite B (tutte le dosi)	15.854	167
Antimorbillo-parotite-rosolia (tutte le dosi)	9.571	101
Totale	98.899	1.040

Fonte: Sistema comunale informatizzato per la profilassi vaccinale

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

Complessivamente si registra rispetto al 2006 una forte diminuzione nel numero di interventi effettuati finalizzati alla sorveglianza epidemiologica della legionellosi (9 nel 2007 a fronte di 126 nel 2006, -92,9%), dell'epatite A (25 nel 2007 a fronte di 165 nel 2006, -84,8%) e della salmonellosi (369 nel 2007 a fronte di 680 nel 2006, -45,7%).

INCHIESTE E/O
SORVEGLIANZE
EPIDEMIOLOGICHE

Tabella 6: Profilassi e controllo delle malattie infettive – Anno 2007

Numero di inchieste e/o sorveglianze epidemiologiche effettuate su malattie infettive e parassitarie*:	Servizi di igiene e sanità pubblica				Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	
Salmonellosi	107	73	52	137	369
Altre tossinfezioni alimentari	77	56	196	77	406
Legionellosi	5	2	–	2	9
Meningite batterica	12	35	7	15	69
Epatite A	7	18	–	–	25
Ectoparassiti	418*	1.800*	–*	2.502	4.720
Campylobacter	103	84	5	260	452
Altro	38	56**	4***	–	98

* Questi controlli vengono effettuati anche dai servizi di medicina di base

** Morbillo, Colera, EHEC, Giardiasi, Shigellosi, Epatite E

*** Shigellosi, febbre Dengue

Fonte: servizi di igiene e sanità pubblica

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

TUBERCOLOSI

Tabella 7: Vaccinazioni antitubercolari e prove di cutireazione alla tubercolina – Anno 2007

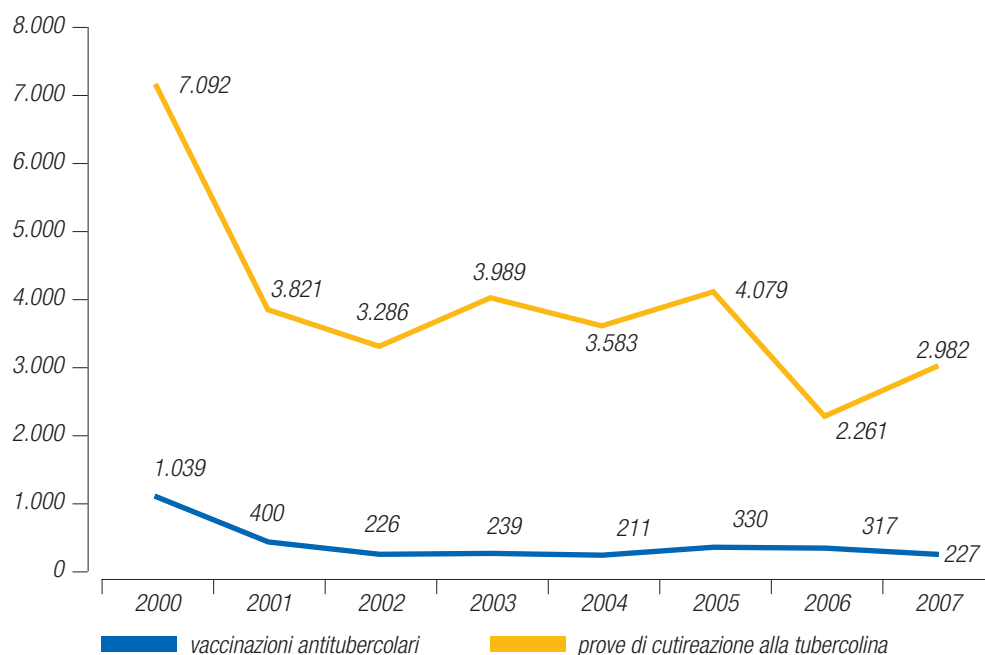
Tipologia di prestazione	Servizio Pneumologico aziendale – Sedi						Totale
	Bolzano	Egna	Merano	Silandro	Bressanone	Brunico	
Vaccinazione	163	1	50	–	–	13	227
Cutireazione alla tubercolina	1.426	38	402	165	439	512	2.982

Fonte: servizio Pneumologico aziendale

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.

Il numero di vaccinazioni eseguite nel 2007 risulta leggermente inferiore all'anno precedente (227 unità rispetto alle 317 del 2006, -28,4%) e comunque molto ridotto rispetto alle vaccinazioni effettuate nel 2000 (-78,2%); inoltre, vengono eseguite annualmente circa 3.000 prove di cutiriazione alla tubercolina, accertando una riduzione del 58,0% rispetto a quanto rilevato nel 2000.

Figura 4: **Vaccinazioni antitubercolari e prove di cutiriazione alla tubercolina – Anni 2000-2007**



Fonte: servizio Pneumologico aziendale

1.3.2. 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, diarrea del viaggiatore, dissenteria bacillare (shigellosi), febbre gialla, febbre tifoide, malaria, encefalite giapponese, infezioni da hantavirus, febbre della Rift-Valley).

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 8: **Consulenze sanitarie ed attività di informazione nei confronti di viaggiatori che si recano all'estero* – Anni 2000-2007**

	Servizi di igiene e sanità pubblica				Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	
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
Anno 2006	172	698	380	460	1.710
Anno 2007	731	782	413	432	2.358

* Il dato si riferisce solo al primo incontro di consulenza e di informazione con eventuale somministrazione della prima dose vaccinale

Fonte: servizi di igiene e sanità pubblica

1.3.3. 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 9: **Segnalazioni ed interventi di disinfezione e disinfestazione, per tipologia di struttura – Anno 2007**

Tipologia di attività	Servizi di igiene e sanità pubblica				Totale
	Bolzano*	Merano	Bressanone	Brunico	
N. segnalazioni spazi ed edifici pubblici	193	12	6	20	231
N. interventi spazi ed edifici pubblici	224	12	16	29	281
N. segnalazioni spazi ed edifici privati	96	5	3	8	112
N. interventi spazi ed edifici privati	140	5	6	11	162
N. interventi di vigilanza su attività di disinfestazione eseguita da terzi	–	8	–	–	8

* Il servizio di Igiene e Sanità pubblica di Bolzano ha istituito un servizio ad hoc, con personale appositamente dedicato a questa particolare attività di prevenzione

Fonte: servizi di igiene e sanità pubblica

Nel 2007 sono stati eseguiti nel territorio provinciale 443 interventi di disinfezione e di disinfestazione. Il 63,4% di questi è stato effettuato in strutture pubbliche, e il rimanente 36,6% presso spazi ed edifici privati.

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

Nel corso del 2007, i quattro servizi di igiene e sanità pubblica provinciali hanno valutato le condizioni igienico sanitarie di 298 strutture provinciali di carattere collettivo. Per quanto riguarda il controllo delle piscine, sono stati prelevati 469 campioni di acqua per eseguire analisi chimico-fisiche (il 27,5% di tali campioni ha evidenziato irregolarità) e 817 campioni di acqua per effettuare analisi microbiologiche (l'8,7% dei quali è risultato non regolare).

L'inquinamento atmosferico ed acustico è stato attentamente controllato dalla Sezione aziendale 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 (NO₂) e per l'ozono (O₃).

L'Ispettorato Medico del Lavoro ha effettuato 1.059 sopralluoghi per la valutazione dei rischi lavorativi e 3.436 interventi d'informazione ed educazione alla salute nei confronti dei lavoratori e dei datori di lavoro (compresa attività di consulenza telefonica). Presso l'Ispettorato Medico del Lavoro sono pervenute, nel 2007, 198 denunce per malattie professionali. La Sezione Clinica di Medicina del Lavoro ha effettuato 11.263 visite mediche ed accertamenti clinici sui lavoratori.

1.4.1. 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.

Tabella 10: **Strutture a carattere collettivo controllate dai servizi di igiene e sanità pubblica di Bolzano e Merano – Anno 2007**

Tipologia di strutture controllate	Servizio di igiene e sanità pubblica di Bolzano			Servizio di igiene e sanità pubblica di Merano		
	N. strut. censite	N. strut. control.	Controll/ censite	N. strut. censite	N. strut. control.	Controll/ censite
Istituti prescolastici e scolastici pubblici e privati (escluse mense scolastiche)	330	18	5,5%	209	7	3,3%
Campeggi e colonie estive	8	3	37,5%	21	2	9,5%
Strutture sanitarie pubbliche (ospedali, distretti, poliambulatori, centri di degenza, strutture per pazienti psichiatrici, comunità terapeutiche per il recupero delle tossicodipendenze)	51	15	29,4%	29	2	6,9%
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)	535	40	7,5%	329	7	2,1%
Strutture sociali (case di riposo, centri diurni per anziani)	29	22	75,9%	24	3	12,5%
Campi nomadi	4	–	–	1	1	100,0%
Istituti di detenzione e pena	1	–	–	–	–	–
Punti vendita e/o confezionamento prodotti fitosanitari	28	26	92,9%	26	24	92,3%
Totale	986	124	12,6%	639	46	7,2%
Manifestazioni occasionali (mercatini, fiere, feste campestri)					15	
Altro				13*		

* Punti vendita prodotti cosmetici

Fonte: servizi di igiene e sanità pubblica di Bolzano e Merano

Tabella 11: **Strutture a carattere collettivo controllate dai servizi di igiene e sanità pubblica di Bressanone e Brunico – Anno 2007**

Tipologia di strutture controllate	Servizio di igiene e sanità pubblica di Bressanone			Servizio di igiene e sanità pubblica di Brunico		
	N. strut. censite	N. strut. control.	Controll/ censite	N. strut. censite	N. strut. control.	Controll/ censite
Istituti prescolastici e scolastici pubblici e privati (escluse mense scolastiche)	145	62	42,8%	155	25	16,1%
Campeggi e colonie estive	5	2	40,0%	14	5	35,7%
Strutture sanitarie pubbliche (ospedali, distretti, poliambulatori, centri di degenza, strutture per pazienti psichiatrici, comunità terapeutiche per il recupero delle tossicodipendenze)	7	3	42,9%	14	2	14,3%
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)	37	4	10,8%	8	3	37,5%
Strutture sociali (case di riposo, centri diurni per anziani)	9	9	100,0%	9	6	66,7%
Campi nomadi	1	–	–	–	–	–
Istituti di detenzione e pena	1	–	–	–	–	–
Punti vendita e/o confezionamento prodotti fitosanitari	4	4	100,0%	3	3	100,0%
Totale	209	84	40,2%	203	44	21,7%
Manifestazioni occasionali (mercatini, fiere, feste campestri)		7			10	
Altro					4*	

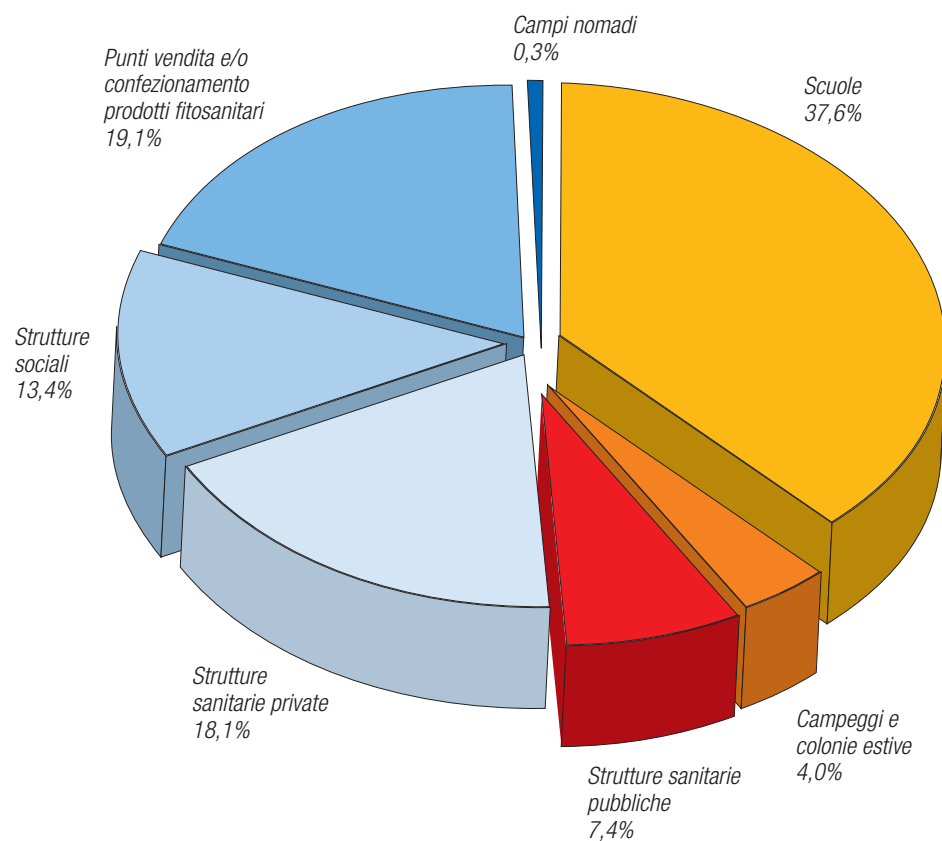
* Punti vendita prodotti cosmetici

Fonte: servizi di igiene e sanità pubblica di Bressanone e Brunico

**STRUTTURE A
CARATTERE COLLETTIVO
CONTROLLATE**

Nel 2007, sono state valutate le condizioni igienico sanitarie di 298 strutture provinciali di carattere collettivo; tra queste, le strutture maggiormente controllate sono stati gli istituti prescolastici e scolastici pubblici e privati (37,6%), le strutture sanitarie private (18,1%), ed i punti vendita e/o di confezionamento di prodotti fitosanitari (19,1%).

Figura 5: **Strutture a carattere collettivo controllate dai servizi di igiene e sanità pubblica – Anno 2007**



Fonte: servizi di igiene e sanità pubblica

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 12: **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 2007**

Attività effettuate	Servizi di igiene e sanità pubblica				Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico°	
Ispezioni ad alloggi per rilascio certificati di condizione abitativa e inabitabilità	16*	304	14	–	334
Esame di progetti di edilizia per rilascio parere igienico-sanitario	1.205**	342	575	20	2.142
Certificazione precarietà igieniche alloggi	29	9	8	8	54
Formulazione di pareri igienico-sanitari ai fini del rilascio dell'autorizzazione alla apertura di esercizi pubblici ai sensi della l.p. 58/88	71	32	47	–	150
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	16	5	–	32
Formulazione di pareri igienico-sanitari (numero atti) per l'apertura e/o esercizio di:					
• esercizi di vendita	4	10	7	2	23
• stands per manifestazioni temporanee	261	81	65	4	411
Rispondenza igienica di locali di lavorazione di prodotti agricoli	16	10	3	3	32
Altro	10***	–	–	–	10

* Compresi 5 certificati rispondenza alloggio, 11 pareri di inabitabilità e ricorsi per inabitabilità

**637 prestazioni effettuate nel distretto di Bolzano, 322 nel distretto di Appiano, 28 nel distretto di Bronzolo, 142 nel distretto di Laives e 76 nel distretto di Sarentino

*** Visite a domicilio per condizione igienica precaria

° Prestazioni effettuate dai medici igienisti distrettuali

Fonte: servizi di igiene e sanità pubblica

1.4.2. Controllo della qualità delle piscine

Nel 2007, sono stati prelevati 469 campioni di acqua di piscina per eseguire analisi chimico-fisiche; il 27,5% di tali campioni ha evidenziato irregolarità. Analisi microbiologiche sono state effettuate su 817 campioni, l'8,7% dei quali è risultato non regolare.

CONTROLLO DELLE PISCINE

Tabella 13: **Attività di controllo sulle piscine pubbliche o di uso pubblico – Anno 2007**

Servizi di igiene e sanità pubblica	Numero sopralluoghi	Numero campioni prelevati	Numero campioni non regolari	% campioni non regolari su prelevati
Bolzano				
Analisi chimico-fisiche	105	191	50	26,2%
Analisi microbiologiche	105	200	11	5,5%
Merano				
Analisi chimico-fisiche	180	98	43	43,9%
Analisi microbiologiche	180	383	40	10,4%
Bressanone				
Analisi chimico-fisiche	41	53	15	28,3%
Analisi microbiologiche	41	112	4	3,6%
Brunico				
Analisi chimico-fisiche	106	127	21	16,5%
Analisi microbiologiche	106	122	16	13,1%

Fonte: servizi di igiene e sanità pubblica

**CONTROLLO SUI
COSMETICI**

1.4.3. Vigilanza e 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 14: **Attività di vigilanza e controllo sui cosmetici. Strutture censite e strutture controllate dai servizi di igiene e sanità pubblica – Anno 2007**

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 controll.	Contr/censite	Strutture censite	Strutture controll.	Contr/censite	Strutture censite	Strutture controll.	Contr/censite
Bolzano	6	–	–	442	108	24,4%	16	3	18,8%
Merano	3	1	33,3%	323	76	23,5%	9	2	22,2%
Bressanone	–	–	–	77	32	41,6%	1	1	100,0%
Brunico	2	2	100,0%	160	8	5,0%	1	1	100,0%
Totale	11	3	27,3%	1.002	224	22,4%	27	7	25,9%

Fonte: servizi di igiene e sanità pubblica

Un'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 15: **Pareri igienico-sanitari al fine del rilascio dell'autorizzazione all'apertura di negozi o laboratori di barbiere, parrucchiere, centri di estetica, centri di wellness – Anno 2007**

	Servizi di igiene e sanità pubblica				
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico*	Totale
Pareri igienico-sanitari	47	17	6	1	71

* Questo tipo di prestazioni vengono di norma effettuate dai medici igienisti distrettuali

Fonte: servizi di igiene e sanità pubblica

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

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 16: **Attività di polizia mortuaria – Anno 2007**

Tipologia di prestazioni	Servizi di igiene e sanità pubblica				
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico***	Totale
Ispezioni a cimiteri	–	–	–	–	–
Certificazioni idoneità feretro (nulla osta al trasporto)	–*	359	183	–	542
Assistenza alle esumazioni straordinarie	5	9	3	–	17
Visite necroscopiche	438	136	70	–	644
Autorizzazione veicoli per il trasporto salme	18	7	2	–	27
Altro	29**	–	–	–	29

* Attività delegata al comune di Bolzano

** Vigilanza sulla corretta applicazione delle procedure seguite durante le operazioni di certificazione d'avvenuta chiusura e rispondenza alla normativa vigente dei feretri in partenza

***Prestazioni effettuate dai medici igienisti distrettuali

Fonte: servizi di igiene e sanità pubblica

1.4.5. Controllo dell'inquinamento atmosferico e acustico

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 vari servizi sanitari, quali i servizi di igiene e sanità pubblica e alla sezione aziendale di Medicina Ambientale, che si occupa della tutela della salute della collettività in relazione al controllo ambientale.

La sezione aziendale di Medicina Ambientale svolge studi epidemiologici riguardanti tematiche salute-ambiente ed offre consulenze, pareri e valutazioni finalizzate alla salute della popolazione. La sezione lavora in stretto collegamento con l'Assessorato alla Sanità, con diversi servizi dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e con l'Agenzia Provinciale per l'Ambiente.

Nel corso del 2007 ha svolto le seguenti attività:

- Conclusione dello studio retrospettivo epidemiologico nel periodo temporale 2000-2004 sugli effetti a breve termine dell'inquinamento atmosferico sulla salute; analisi dati sanitari ed ambientali in sei centri abitati della Provincia; analisi della relazione tra la concentrazione giornaliera media di diversi inquinanti e l'insorgere di malattie cardiovascolari, respiratorie e cardiache (in collaborazione con l'APPA e l'Università di Udine). I risultati sono stati presentati in occasione del Convegno "Focus: inquinamento acustico e aggiornamento sulle polveri sottili" organizzato dall'Assessorato alla Sanità;
- Attività quale referente provinciale per le intossicazioni acute da pesticidi; piani triennali di sorveglianza sanitaria e ambientale degli effetti derivanti dall'uso di prodotti fitosanitari; indagini mirate sui casi di intossicazione con relazione per l'ufficio Igiene;
- Valutazione e pareri, su richiesta dell'Assessorato, degli aspetti sanitari e legislativi di deliberazioni provinciali su tematiche ambientali;
- Attività di consulenza, compimento di sopralluoghi, proposte di intervento e pareri inerenti tematiche medico – ambientali su richiesta dell'Assessorato alla Sanità: termova-

LABORATORIO ANALISI
ARIA E RUMORE

lorizzatore, fitofarmaci, telecomunicazione, campo rom quale insediamento sulla ex discarica di Castel Firmiano, missione aria pulita, radon;

- Sopralluoghi sul territorio provinciale in edifici scolastici, ex discariche (castel Firmiano), fabbriche o aziende, impianti di compostaggio, in strutture da risanare per la presenza di fibre di amianto, inquinamento del suolo da idrocarburi, inquinamento acustico etc.;
- Attività come membro del Comitato provinciale di valutazione impatto ambientale VIA;
- Membro del comitato tecnico provinciale e partecipazione ai relativi incontri coordinati dall'APPA in collaborazione con gli assessorati ed i rappresentanti di 16 Comuni per la stesura dei piani per la tutela della qualità dell'aria (blocco del traffico cittadino, piano di azione autostrada del Brennero, etc.) e attività legate al progetto "Aria Pulita";
- Fattiva collaborazione con l'Agenzia Provinciale per l'Ambiente e interscambio sulle principali tematiche ambientali;
- Organizzazione e programmazione di un nuovo studio sugli effetti dell'inquinamento dell'aria e da rumore sulla salute lungo l'autostrada del Brennero, la MeBo e le principali direttrici di traffico in Val Venosta e in Val Pusteria;
- Ricerca riguardante la mortalità e l'insorgenza di determinati tumori ai tessuti molli nella Provincia di Bolzano, in collaborazione con il Registro Tumori;
- Preparazione di studi, relazioni e ricerche, comunicati stampa riguardanti tematiche ambientali e sanitarie presentati in occasione di riunioni, corsi, conferenze e incontri con la popolazione.

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.

Al laboratorio Analisi Aria e Rumore compete il monitoraggio delle concentrazioni di benzene e di altri inquinanti in diversi punti delle città di Bolzano (31 siti di rilevazione), Merano (21 siti), Bressanone (12 siti) e Brunico (10 siti).

Nel 2007, sono stati effettuati cinque cicli di misurazioni, ciascuno della durata di due settimane, in modo da ottenere un quadro complessivo della situazione relativa alla contaminazione da benzene su tutto il territorio comunale delle quattro città e di valutarne l'andamento stagionale. La concentrazione di benzene risulta, in quasi tutti i punti di rilevamento, in calo rispetto ai valori degli anni precedenti. Non si registra alcun superamento del valore limite per la protezione della salute umana ($8 \mu\text{g}/\text{m}^3/\text{anno}$). Ciò si deve, in primo luogo, all'aumento dei veicoli dotati di sistemi di abbattimento delle emissioni mediante catalizzatori. Si osserva, inoltre, che tale concentrazione diminuisce progressivamente passando dai mesi invernali a quelli estivi.

Prendendo in esame i risultati dei rilevamenti effettuati nel 2007 per gli altri inquinanti misurati nella città di Bolzano, si osserva quanto segue:

- **Benzo(A)pirene:** questo inquinante è stato determinato nella frazione del PM₁₀, come previsto nella recente normativa nazionale. Il valore medio annuo rilevato per questo inquinante è risultato pari a $0,8 \text{ ng}/\text{m}^3$, che è inferiore al limite previsto dalla normativa ($1 \text{ ng}/\text{m}^3$) e leggermente superiore alla media annua registrata nel 2006 ($0,7 \text{ ng}/\text{m}^3$);
- **Piombo e altri metalli:** il piombo, come pure il cadmio, il nichel ed il cromo, mostrano nel 2007 concentrazioni molto basse. Questi inquinanti sono stati determinati nella frazione del PM₁₀, come previsto dalla recente normativa, e le loro medie annuali rien-

trano nei limiti di legge (valore medio annuo piombo: 0,008 µg/m³; limite 0,5 µg/m³; valore medio annuo cadmio: <1 ng/m³, limite 5 ng/m³; valore medio annuo nichel: 1,6 ng/m³, limite 20 ng/m³; valore medio annuo cromo: 3,6 ng/m³, limite non fissato).

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 (SO₂), biossido di azoto (NO₂) e ossidi di azoto (NO_x), monossido di carbonio (CO), ozono (O₃), polveri sottili (PM10) e benzene. Il laboratorio gestisce quattordici stazioni di misura dell'inquinamento dell'aria: tre a Bolzano, una a Laives, una a Salorno, due a Merano, una a Bressanone, una a Vipiteno, una a Brunico, una a Laces, una a Corno del Renon, due sull'autostrada del Brennero (presso Velturo e Ora).

A livello provinciale, la situazione dell'inquinamento atmosferico rilevata nel corso del 2007, con riferimento ai singoli inquinanti, può essere sintetizzata come segue:

- **Biossido di zolfo (SO₂):** 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 (NO₂):** la concentrazione media annua di questo inquinante ha registrato dei superamenti del valore limite per la protezione della salute (40 µg/m³) nelle stazioni di Bolzano (Piazza Adriano, via Claudia Augusta), di Salorno, e lungo l'Autostrada del Brennero;
- **Ozono (O₃):** la concentrazione media oraria di questo inquinante ha registrato alcuni superamenti della soglia di informazione di 180 µg/m³ (media oraria) nelle stazioni di Bolzano (via Amba Alagi), Laives, Merano (Grünau), e Renon. Nell'anno 2007, sono stati rilevati anche alcuni superamenti del valore limite per la protezione della salute (120 µg/m³) nelle stazioni di Bolzano (via Amba Alagi), Laives, Merano (Grünau), Renon e Salorno. Inoltre, si sono registrati alcuni superamenti del valore bersaglio per la protezione della vegetazione (18.000 µg/m³/h) a Bolzano (via Amba Alagi), Laives, Renon e Salorno.
- **Polveri sottili (PM10):** in nessuna stazione di misurazione il valore medio annuale di questo inquinante ha superato nel 2007 il valore limite per la protezione della salute (40 µg/m³) stabilito nella nuova normativa provinciale;
- **Benzene:** nel 2007, non è stato rilevato per questo inquinante nessun superamento del limite di protezione della salute (5 µg/m³ dall'1.1.2010).

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

Il servizio aziendale di Medicina del Lavoro è preposto alla tutela della salute dei lavoratori e svolge attività di vigilanza ed interventi sanitari a favore degli stessi.

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

LABORATORIO
DI CHIMICA FISICA

ISPETTORATO
DEL LAVORO

Tabella 17: Attività effettuata dall'Ispettorato del Lavoro – Anni 2006-2007

Tipologia di prestazioni	2006	2007
Sopralluogo in azienda e attività di informazione	329	259
Assistenza o collaborazione con i datori di lavoro ai fini della valutazione dei rischi e della predisposizione delle misure di tutela e del pronto soccorso – Informazioni ai datori di lavoro o ai lavoratori, compresi i corsi di formazione e aggiornamento	1.951	3.436
Riunioni periodiche di prevenzione – partecipazione a commissioni o gruppi di lavoro	110	128
Interventi di vigilanza sull'esecuzione degli ASPP – richieste dati	936	800
Proposte e/o verifiche di programmi relativi alle visite mediche	9	173
Inchieste (per la Procura) su malattie professionali e su contravvenzione alla normativa vigente	56	30
Ricorsi per giudizi di idoneità	13	13
Giudizi di idoneità per fochini	10	20
Giudizi di idoneità per minori	465	211
Disposizioni in materia di medicina del lavoro	75	33
Sanzioni amministrative	3	–
Comunicazioni di prescrizioni	21	29
Autorizzazioni piani di lavoro per la rimozione di amianto	117	126
Altre comunicazioni alle ditte per proroghe, esenzioni, adempimenti, inadempimenti	138	70
Altre indagini	61	63
Comunicazioni/segnalazioni ad altri uffici	49	83
Convocazioni	27	48
Partecipazioni a conferenze/aggiornamenti/congressi etc.	28	36
Lezioni	2	8
Visite mediche	12	9
Misurazioni ambientali: rumore, microclima completo, luminosità (per postazione)	6	1

Fonte: servizio aziendale di Medicina del Lavoro

Il numero di denunce pervenute all'Ispettorato del Lavoro è lievemente diminuito rispetto all'anno precedente, passando da 220 malattie professionali denunciate nel 2006, alle 198 notificate nel 2007 (–10,0%).

Si osserva, inoltre, che il 40,9% delle denunce pervenute nel 2007 si riferiscono a problemi o a disturbi legati ad ipoacusia da rumore.

Tabella 18: Tipologia di denunce pervenute all'Ispettorato del Lavoro – Anni 2006-2007

Denunce pervenute	Numero di denunce pervenute	
	Anno 2006	Anno 2007
Per ipoacusia da rumore	93	81
Per allergia al lattice e dermatite allergica da contatto	8	11
Per eczemi e sensibilità cutanee	3	1
Ernia discale	23	30
Lombosciatalgie	1	4
Per sindrome del tunnel carpale	8	16
Epicondiliti	3	8
Tendiniti	12	8
Mesotelioma pleurico	1	2
Asbestosi	1	1
Sospetta TBC	–	–
Discopatia	8	5
Altro	59	31
Totale	220	198

Fonte: servizio aziendale 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 dell'Azienda Sanitaria 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 19: **Attività effettuata dalla Sezione Clinica di Medicina del Lavoro – Anni 2006-2007**

Tipologia di prestazioni	N. interv. 2006	N. interv. 2007
Visite mediche ai lavoratori per idoneità al lavoro ai sensi delle leggi 303/56, 277/91, 626/94	10.485	11.263
Test di funzione visiva	1.173	1.478
Test di funzione uditiva	3.303	3.077
Spirometrie curva flusso volume (spirometrie semplici)	3.875	3.545
Spirometrie globali	5	–
Spirometrie con diffusione	6	3
ECG	38	28
Prelievi ematici venosi	227	243
Sopralluogo in azienda e attività di informazione e consulenza	952	617
Protocollo accertamenti sanitari preventivi e periodici (ASPP), relazioni-consulenze	625	799
Informazioni ai datori di lavoro o ai lavoratori, compresi i corsi di formazione e aggiornamento	90	130
Riunioni periodiche di prevenzione	95	114
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	204	400
Relazione medica conclusiva e prescrizioni, fino a 5 persone	3.320	6.987
Relazione medica conclusiva e prescrizioni più di 5 persone	894	940

Fonte: servizio aziendale di Medicina del Lavoro

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.

**LABORATORIO ANALISI
ACQUA**

**LABORATORIO ANALISI
ARIA E RUMORE**

1.5. SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA

In conformità ai piani di risanamento obbligatori previsti per l'anno 2007, il servizio Veterinario Provinciale ha controllato complessivamente 236.104 capi di bestiame. Oltre alle prove serologiche 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 138 nuovi 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 AZIENDALE

Il servizio Veterinario aziendale 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, sulle autorizzazioni sanitarie, sui luoghi e fabbricati di ricovero e di concentrazione degli animali, sulle modalità e i mezzi di trasporto e transito degli animali, sulla loro movimentazione intra ed extracomunitaria nonché sulla produzione, lavorazione e distribuzione dei prodotti destinati agli animali (mangimi); vigila, inoltre, sull'igiene della riproduzione animale, sull'impiego di farmaci per uso veterinario e sulla protezione degli animali. Nell'ambito della vigilanza sanitaria, nel corso del 2007, sono state disposte 150 sanzioni amministrative e 2 denunce penali.

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 aziendale, che ha sede centrale a Bolzano, si avvale di unità operative di riferimento presso i comprensori sanitari di Merano, Bressanone e Brunico.

Nel 2007 la consistenza del patrimonio zootecnico (numero di bovini, ovini, caprini, equini e suini) è risultata pari a 236.104 capi, registrando un aumento del 6,2% rispetto all'anno precedente (222.320 capi nel 2006). Nel complesso, resta molto alta la presenza del bestiame bovino, pari al 61,5% del totale. Si rileva, inoltre, la presenza di circa 145.000 capi di pollame.

CONSISTENZA DEL PATRIMONIO ZOOTECNICO

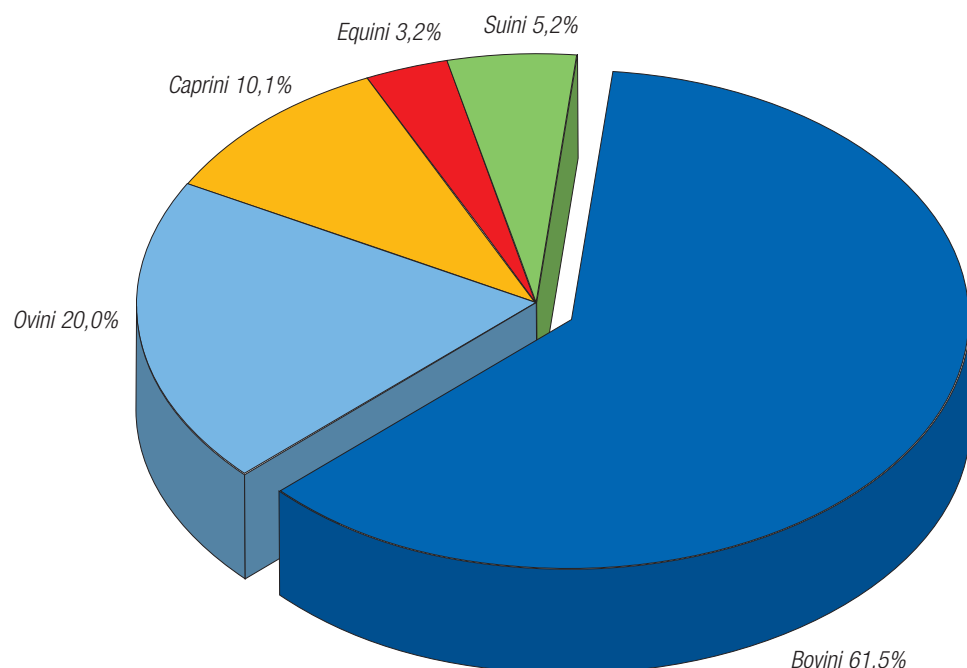
Tabella 20: Patrimonio zootecnico per specie animale – Anni 2005-2007

Specie animale	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	% 2007
Bovini	145.726	141.052	145.281	61,5%
Ovini	{ 61.000	{ 61.017	47.118	20,0%
Caprini			23.937	10,1%
Equini	7.000	7.000	7.575	3,2%
Suini	14.000	13.251	12.193	5,2%
Totale	227.726	222.320	236.104	100,0%
Pollame	n.d.	140.000	145.000	

Fonte: servizio Veterinario Provinciale

Si rileva una distribuzione piuttosto uniforme del bestiame bovino all'interno del territorio provinciale. Per gli ovini ed i caprini, invece, si osserva una notevole concentrazione di questa specie animale nel territorio del Comprensorio Sanitario di Merano, con la presenza del 59,3% del totale dei capi censiti in Provincia.

Figura 6: Distribuzione dei capi di bestiame per specie animale – Anno 2007



Fonte: servizio Veterinario Provinciale

Tabella 21: Allevamenti presenti nel territorio della Provincia di Bolzano per specie animale – Anni 2005-2007

Specie animale	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007
Bovini	8.942	8.866	8.695
Ovini	{ 3.909	{ 4.020	2.482
Caprini			2.043
Equini	1.800	1.800	1.834
Suini	4.209	4.549	4.766
Pollame/conigli	108	95	98
Trocolture	5	5	6
Totale	18.973	19.335	19.924

Fonte: servizio Veterinario Provinciale

Nel 2007 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), Maedi Visna, paratubercolosi. In conformità ai piani di risanamento obbligatori previsti per l'anno 2007, sono stati controllati complessivamente 179.680 capi di bestiame.

Oltre alle prove serologiche sugli animali, sono state controllate anche le singole aziende conducendo specifici test sul latte di cisterna. Con tale finalità sono state effettuate 5.361 analisi riguardanti la brucellosi bovina, la IBR e la leucosi bovina enzootica.

Nel 2007 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 1.694 campioni di sangue bovino, 10 di sangue ovino/caprino, e 27 campioni di sangue di lama.

Nel 2007 sono stati introdotti due nuovi programmi obbligatori di controllo di malattie infettive animali. Il primo riguarda l'anemia infettiva degli equini, con circa 7.000 cavalli controllati nel corso dell'anno 2007, ed il secondo, iniziato a novembre 2007, riguarda l'artrite encefalite delle capre e prevede il controllo di circa 3.500 aziende che detengono ovini/caprini.

Tabella 22: **Controlli e vaccinazioni effettuati in relazione ai piani di risanamento obbligatori nella Provincia Autonoma di Bolzano – Anni 2005-2007**

Tipologia di controlli	Numero di capi controllati		
	2005	2006	2007
TBC bovina	147	72	42
Brucellosi bovina	21.491	29.403	25.478
Brucellosi ovi-caprina	16.323	27.335	14.619
Brucella ovis* (ovini maschi)	2.287	2.713	1.919
Rinotracheite bovina infettiva (IBR)	23.765	29.235	26.130
Malattia vescicolare suina	607	622	778
Peste suina	690	623	770
Morbo di Aujeszky	590	622	755
Leucosi Bovina Enzootica	20.651	28.608	24.994
BVD/MD Anticorpi siero	8.121	2.731	2.021
BVD/MD – Virus siero	13.985	4.849	4.121
BVD/MD – Virus epitelio	56.605	69.599	67.453
Blue Tongue	8.035	9.160	1.731*
Scrapie – genotipizzazione – ovini	1.710	–	77
CAEV	6.912	7.628	7.238
Maedi Visna	–	–	723
Paratubercolosi	–	–	831
Totale controlli	181.919	213.200	179.680

* di cui 1.694 bovini, 10 ovini/caprini e 27 lama

Tipologia di vaccinazioni	Numero di capi vaccinati		
	2005	2006	2007
Carbonchio sintomatico	7.285	7.163	7.143
Carbonchio ematico	138	143	143
Totale vaccinazioni	7.423	7.306	7.286

Fonte: servizio Veterinario Provinciale

**PATOLOGIE ANIMALI
RISCONTRATE**

Nel 2007, 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 138 nuovi casi di BVD/MD; è stato registrato, inoltre, un caso di morbo di Aujeszky e un caso atipico di scrapie in un capo ovino.

Sempre nell'ambito della sanità animale, il servizio Veterinario aziendale esegue i prelievi di sangue per le aste bovine e ovine (1.400 campioni prelevati), si occupa della tutela sanitaria della riproduzione animale (149 stalloni e tori controllati), rilascia i certificati sanitari per gli animali destinati alla vendita e al macello (40.000 capi certificati), effettua i controlli sui trattamenti farmacologici sugli animali (644 registri di trattamento con farmaci veterinari controllati).

Nell'ambito delle attività previste di controllo dell'alimentazione animale, sono stati esaminati 260 campioni di mangimi (di cui 1 è risultato non regolare); è stata anche analizzata la presenza di radioattività su 6 campioni di mangimi. Inoltre, sono stati effettuati 6 controlli sul latte in polvere per uso zootecnico.

Il servizio si occupa, inoltre, della lotta al randagismo 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.

Nel corso del 2007 sono stati sterilizzati 56 cani e 808 gatti. Sono stati accolti 2.331 animali presso il canile sanitario Sill, di questi 2.130 sono stati restituiti ai proprietari.

Tabella 23: **Prestazioni effettuate dal servizio Veterinario aziendale – Area Sanità Animale – Anni 2006-2007**

Prestazioni effettuate dal servizio Veterinario aziendale	Anno 2006	Anno 2007
<i>Randagi catturati</i>	396	338
<i>Cani sterilizzati</i>	99	56
<i>Gatti sterilizzati</i>	1.727	808
<i>Controllo dei riproduttori - stalloni e tori</i>	137	149
<i>Controllo trattamenti farmacologici sugli animali (controllo registri)</i>	900	644
<i>Controllo mangimi</i>	322	260
<i>Controllo radioattività sui mangimi</i>	6	6
<i>Controllo acqua utilizzata negli allevamenti e/o per uso produzione di alimenti di origine animale</i>	82	41
<i>Latte in polvere per uso zootecnico</i>	2	6
<i>Prelievo sangue per aste bovine e ovine</i>	873	1.400
<i>Passaporti per cani, gatti, furetti che viaggiano all'interno dell'EU (dall'1/7/04)</i>	857	789
<i>Passaporti per equidi (dall'1.10.05)</i>	2.063	1.754
<i>Autorizzazioni per mezzi di trasporto di animali vivi</i>	552	212
<i>Autorizzazioni sanitarie per l'apertura di ambulatori veterinari</i>	–	2
<i>Autorizzazioni sanitarie per l'apertura di negozi di animali</i>	–	2
<i>Impianti di microchip cani, gatti e furetti</i>	820	763
<i>Impianti di microchip equidi</i>	931	862
Totale	9.767	8.092

Fonte: servizio Veterinario aziendale

1.6. TUTELA IGIENICO SANITARIA DEGLI ALIMENTI E BEVANDE

Il servizio Veterinario aziendale ha esaminato 1.059 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 4,2%, leggermente superiore a quella dell'anno precedente (3,8% nel 2006).

Tutti i bovini macellati ad un'età maggiore di 24 mesi sono stati sottoposti ad un test rapido per la ricerca della BSE (10.295 bovini controllati).

L'attività di controllo specifica degli alimenti di origine non animale, effettuata dai servizi di igiene e sanità pubblica, ha coinvolto 1.609 unità produttive; a livello provinciale, la percentuale di unità riscontrate con infrazioni sul totale delle unità controllate si conferma molto alta (pari al 28,7%).

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, laboratorio Biologico e laboratorio di Chimica Fisica) hanno analizzato 1.951 campioni di alimenti, riscontrando 67 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 1.499 campioni per analisi chimico-fisiche e 2.200 campioni per analisi microbiologiche. La percentuale di campioni non regolari all'utenza si attesta su valori bassi (pari a 3,1% per le analisi chimico-fisiche ed a 9,6% per le analisi microbiologiche), in lieve aumento rispetto all'anno precedente.

CONTROLLO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE

SERVIZIO VETERINARIO AZIENDALE

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 aziendale.

Tabella 24: **Risultati dei controlli sulle strutture di produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale, e provvedimenti adottati – Anno 2007**

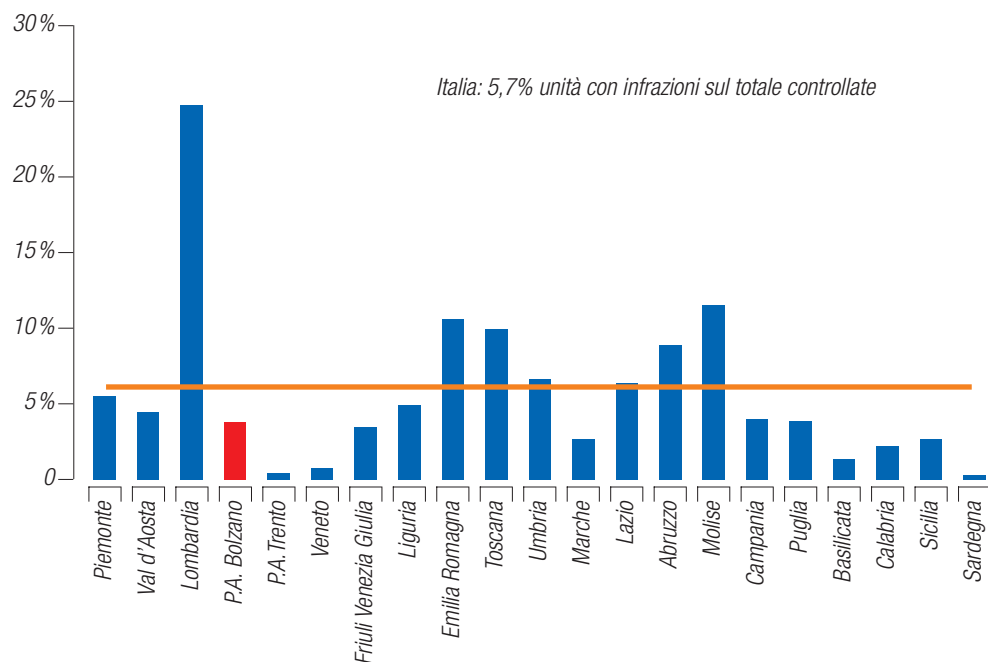
Tipologia di attività	Unità controllate	Unità con infrazioni	% infrazioni su unità controllate	Numero ispezioni	Provvedimenti amministrativi e/o notizie di reato
Produzione primaria	185	6	3,2%	109	5
Produzione e confezione	107	4	3,7%	284	8
Distribuzione ingrosso	49	6	12,2%	190	7
Distribuzione dettaglio	202	14	6,9%	472	3
Trasporti (autorizzazione sanitaria)	187	–	–	189	–
Ristorazione pubblica	52	1	1,9%	55	–
Ristorazione collettiva	5	1	20,0%	5	–
Produzione e confezione per vendita al dettaglio	272	12	4,4%	399	11
Totale	1.059	44	4,2%	1.703	34

Fonte: servizio Veterinario aziendale

Nel 2007, il servizio Veterinario aziendale ha sottoposto a controllo complessivamente 1.059 unità, di cui 44 hanno evidenziato infrazioni. Inoltre, ha effettuato mediamente 1,6 ispezioni per unità controllata.

La percentuale di unità irregolari sul totale unità controllate risulta pari al 4,2%, leggermente superiore al valore registrato nell'anno precedente (3,8% nel 2006).

Figura 7: **Percentuale di unità con infrazioni sul totale unità controllate dai servizi veterinari – Anno 2006**



Fonte: Ministero della Salute

**MISURE ADOTTATE NEI
CONFRONTI DEGLI
ANIMALI SOTTOPOSTI A
MACELLAZIONE**

**CONTROLLO DEGLI
ALIMENTI DI ORIGINE
NON ANIMALE**

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 25: Prestazioni effettuate dal servizio Veterinario aziendale – Area igiene degli alimenti di origine animale – Anni 2006-2007

Prestazioni effettuate dal servizio Veterinario	Anno 2006	Anno 2007
<i>Trichinoscopie</i>	8.218	8.312
<i>Test BSE</i>	9.933	10.295
<i>Test per la ricerca scrapie</i>	720	642
<i>Certificati sanitari per trasporto carcasse di animali e materiale a rischio spec.</i>	7.486	7.354
<i>Autorizzazioni sanitarie per mezzi di trasporto di alimenti</i>	257	189
<i>Autorizzazioni sanitarie per l'apertura di laboratori, depositi carni, etc.</i>	34	28
<i>Ispezioni in malghe che producono formaggio</i>	n.d.	13

Fonte: servizio Veterinario aziendale

Nel corso dell'anno sono stati macellati in tutta la Provincia 44.989 animali (–1,5% rispetto al 2006). Tutti i bovini macellati o morti ad una età maggiore di 24 mesi sono stati sottoposti ad un test rapido per la ricerca della BSE. Nel 2007, sono stati controllati 10.295 bovini, tutti con esito negativo. Sono stati esaminati, anche 642 ovini e caprini, macellati ad una età maggiore di 18 mesi, per la ricerca della scrapie, con esito sempre negativo. Sono stati macellati, inoltre, più di 8.000 suini, tutti sottoposti ad esame per la ricerca delle trichine con esito negativo.

Complessivamente sono state controllate 21.205 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 65,8% del 2003 all'81,4% del 2007. Questa tendenza viene sostenuta da parte del servizio Veterinario aziendale, 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.

Il servizio Veterinario aziendale 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 2007 nell'ambito del Piano Nazionale Residui sono risultati regolari. Il piano ha interessato, oltre alle altre matrici alimentari, anche 376.914.910 litri di latte.

L'attività di controllo degli alimenti di origine non animale viene effettuata, invece, dai tecnici della prevenzione operanti presso i quattro servizi di Igiene e Sanità Pubblica.

Tabella 26: **Risultati dei controlli sulle strutture di trasformazione, distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione e trasporto degli alimenti di origine non animale, effettuati dal servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Bolzano – Anno 2007**

Tipologia di attività	Unità controllate	Unità con infrazioni	% infrazioni su unità controllate	Numero ispezioni	Provvedimenti amministrativi e/o notizie di reato
Produzione primaria	2	–	–	2	–
Produzione e confezione	39	21	53,8%	47	23
Distribuzione ingrosso	18	–	–	26	–
Distribuzione dettaglio	41	10	24,4%	53	12
Trasporti (autorizzazione sanitaria)	1	–	–	1	–
Ristorazione pubblica	150	98	65,3%	170	152
Ristorazione collettiva	28	6	21,4%	28	6
Produzione e confezione per vendita al dettaglio	37	25	67,6%	56	44
Totale	316	160	50,6%	383	237

Fonte: servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Bolzano

Tabella 27: **Risultati dei controlli sulle strutture di trasformazione, distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione e trasporto degli alimenti di origine non animale, effettuati dal servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Merano – Anno 2007**

Tipologia di attività	Unità controllate	Unità con infrazioni	% infrazioni su unità controllate	Numero ispezioni	Provvedimenti amministrativi e/o notizie di reato
Produzione primaria	–	–	–	–	–
Produzione e confezione	63	4	6,3%	139	18
Distribuzione ingrosso	17	–	–	24	–
Distribuzione dettaglio	98	1	1,0%	173	29
Trasporti (autorizzazione sanitaria)	2	1	50,0%	2	–
Ristorazione pubblica	275	11	4,0%	345	282
Ristorazione collettiva	111	–	–	127	14
Produzione e confezione per vendita al dettaglio	90	3	3,3%	103	42
Totale	656	20	3,0%	913	385

Fonte: servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Merano

Tabella 28: **Risultati dei controlli sulle strutture di trasformazione, distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione e trasporto degli alimenti di origine non animale, effettuati dal servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Bressanone – Anno 2007**

Tipologia di attività	Unità controllate	Unità con infrazioni	% infrazioni su unità controllate	Numero ispezioni	Provvedimenti amministrativi e/o notizie di reato
Produzione primaria	3	–	–	3	–
Produzione e confezione	24	6	25,0%	24	6
Distribuzione ingrosso	5	1	20,0%	5	4
Distribuzione dettaglio	23	4	17,4%	23	14
Trasporti (autorizzazione sanitaria)	8	–	–	8	–
Ristorazione pubblica	181	119	65,7%	187	115
Ristorazione collettiva	39	13	33,3%	39	12
Produzione e confezione per vendita al dettaglio	37	15	40,5%	37	12
Totale	320	158	49,4%	326	163

Fonte: servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Bressanone

SERVIZI DI IGIENE E
SANITÀ PUBBLICA

Tabella 29: Risultati dei controlli sulle strutture di trasformazione, distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione e trasporto degli alimenti di origine non animale, effettuati dal servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Brunico – Anno 2007

Tipologia di attività	Unità controllate	Unità con infrazioni	% infrazioni su unità controllate	Numero ispezioni	Provvedimenti amministrativi e/o notizie di reato
Produzione primaria	2	–	–	2	–
Produzione e confezione	30	9	30,0%	55	16
Distribuzione ingrosso	14	–	–	21	–
Distribuzione dettaglio	30	5	16,7%	47	10
Trasporti (autorizzazione sanitaria)	11	–	–	11	–
Ristorazione pubblica	185	95	51,4%	194	117
Ristorazione collettiva	27	8	29,6%	27	–
Produzione e confezione per vendita al dettaglio	18	6	33,3%	20	9
Totale	317	123	38,8%	377	152

Fonte: servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Brunico

Tabella 30: Risultati dei controlli sulle strutture di trasformazione, distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione e trasporto degli alimenti di origine non animale, effettuati dai servizi di igiene e sanità pubblica – Totale Provincia – Anno 2007

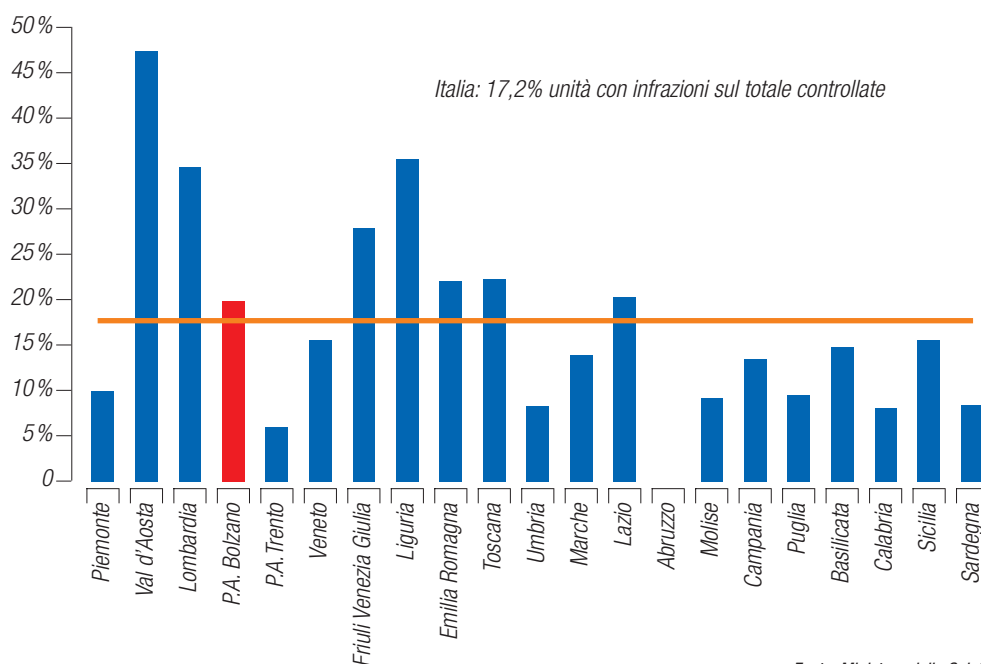
Tipologia di attività	Unità controllate	Unità con infrazioni	% infrazioni su unità controllate	Numero ispezioni	Provvedimenti amministrativi e/o notizie di reato
Produzione primaria	7	–	–	7	–
Produzione e confezione	156	40	25,6%	265	63
Distribuzione ingrosso	54	1	1,9%	76	4
Distribuzione dettaglio	192	20	10,4%	296	65
Trasporti (autorizzazione sanitaria)	22	1	4,5%	22	–
Ristorazione pubblica	791	323	40,8%	896	666
Ristorazione collettiva	205	27	13,2%	221	32
Produzione e confezione per vendita al dettaglio	182	49	26,9%	216	107
Totale	1.609	461	28,7%	1.999	937

Fonte: servizi di igiene e sanità pubblica

Nel 2007, i servizi di igiene e sanità pubblica hanno controllato 1.609 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 (49,2% 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 28,7%).

Figura 8: **Percentuale di unità con infrazioni sul totale unità controllate dai servizi di igiene e sanità pubblica – Anno 2006**



Gli ispettorati micologici istituiti presso i servizi di igiene e sanità pubblica certificano la commestibilità dei funghi e forniscono consulenze in campo micologico a privati raccoglitori. I quattro servizi di igiene e sanità pubblica 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.

**PRESTAZIONI IN CAMPO
MICOLOGICO**

143

Tabella 31: **Prestazioni effettuate di accertamento, vigilanza e controllo di fattori di rischio in campo micologico – Anno 2007**

Tipologia di attività	Servizi di igiene e sanità pubblica				Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	
Consulenze micologiche a privati raccoglitori	160	30	13	15	218
Rilascio attestati di idoneità alla vendita di funghi freschi	240	—	6	20	266

Fonte: servizi di igiene e sanità pubblica

Tabella 32: **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 2007**

Tipologia di attività	Servizi di igiene e sanità pubblica				Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico*	
Formulazione di pareri igienico-sanitari per:					
• depositi alimenti all'ingrosso	2	—	—	—	2
• laboratori alimenti	29	26	11	12	78
Formulazione di pareri igienico-sanitari ai fini del rilascio dell'autorizzazione al trasporto di alimenti	136	3	8	11	158
Totale	167	29	19	23	238

*Questo tipo di prestazioni vengono di norma effettuate dai medici igienisti distrettuali

Fonte: servizi di igiene e sanità pubblica

**ISTITUTO
ZOOPROFILATTICO**

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

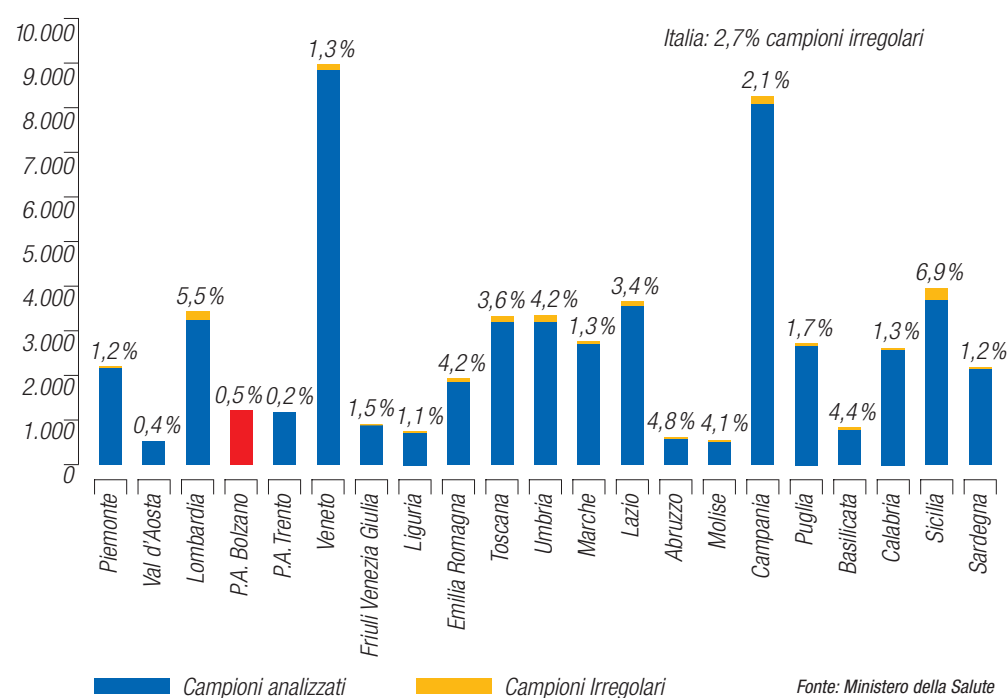
L'Istituto Zooprofilattico ha eseguito analisi microbiologiche e chimiche su 596 campioni di alimenti, riscontrando nel complesso 11 infrazioni (1,8%).

Tabella 33: **Controlli degli alimenti effettuati dall'Istituto Zooprofilattico – Anno 2007**

Alimenti di origine animale	Numero di campioni analizzati	Numero di infrazioni riscontrate	% infrazioni
Prodotti lattiero-caseari	177	2	1,1%
Uova e ovoprodotti	59	–	–
Carne, prodotti a base di carne, cacciagione e pollame	183	8	4,4%
Pesci, crostacei, molluschi	21	–	–
Totale alimenti di origine animale	440	10	2,3%
Alimenti di origine vegetale	Numero di campioni analizzati	Numero di infrazioni riscontrate	% infrazioni
Erbe, spezie, caffè, tè	1	–	–
Totale alimenti di origine vegetale	1	–	–
Alimenti vari	Numero di campioni analizzati	Numero di infrazioni riscontrate	% infrazioni
Gelati e dessert	119	–	–
Dolciumi	15	–	–
Piatti preparati	21	1	4,8%
Totale alimenti vari	155	1	0,6%

Fonte: Istituto Zooprofilattico

Figura 9: **Campioni analizzati e campioni irregolari – Istituti Zootecnici – Anno 2006**



Il laboratorio Analisi Alimenti ha esaminato, nel corso dell'anno, 789 campioni, rilevando 46 infrazioni (5,8%). Un numero elevato di infrazioni sono state rilevate in particolare nei grassi ed oli non animali, nei dolci e nel vino.

**LABORATORIO
ANALISI ALIMENTI**

Tabella 34: **Controlli degli alimenti effettuati dal laboratorio Analisi Alimenti – Anno 2007**

Alimenti di origine animale	Numero di campioni analizzati	Numero di infrazioni riscontrate	% infrazioni
<i>Prodotti lattiero-caseari</i>	147	5	3,4%
<i>Uova e ovoprodotti</i>	6	–	–
<i>Carne, prodotti a base di carne, cacciagione e pollame</i>	116	–	–
<i>Pesci, crostacei, molluschi</i>	28	2	7,1%
Totale alimenti di origine animale	297	7	2,4%

Alimenti di origine vegetale	Numero di campioni analizzati	Numero di infrazioni riscontrate	% infrazioni
<i>Grassi ed oli non animali</i>	67	17	25,4%
<i>Cereali e prodotti della panetteria</i>	36	1	2,8%
<i>Frutta e verdure</i>	131	1	0,8%
<i>Erbe, spezie, caffè, tè</i>	13	1	7,7%
<i>Vino</i>	105	11	10,5%
<i>Cacao e sue preparazioni</i>	2	–	–
Totale alimenti di origine vegetale	354	31	8,8%

Alimenti vari	Numero di campioni analizzati	Numero di infrazioni riscontrate	% infrazioni
<i>Zuppe, brodi, salse</i>	9	–	–
<i>Bevande non alcoliche</i>	45	3	6,7%
<i>Bevande alcoliche escluso il vino</i>	26	2	7,7%
<i>Dolciumi</i>	12	2	16,7%
<i>Prodotti destinati ad una alimentazione particolare (infanzia)</i>	31	1	3,2%
<i>Altre preparazioni alimentari non animali</i>	15	–	–
Totale alimenti vari	138	8	5,8%

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

Il laboratorio Biologico nel 2007 ha effettuato controlli su 281 campioni, riscontrando 10 irregolarità (3,6%).

**LABORATORIO
BIOLOGICO**

Tabella 35: **Controlli degli alimenti effettuati dal laboratorio Biologico – Anno 2007**

Alimenti di origine animale	Numero di campioni analizzati	Numero di infrazioni riscontrate	% infrazioni
<i>Prodotti lattiero-caseari</i>	8	–	–
<i>Uova e ovoprodotti</i>	9	1	11,1%
<i>Carne, prodotti a base di carne, cacciagione e pollame</i>	4	–	–
<i>Pesci, crostacei, molluschi</i>	3	–	–
Totale alimenti di origine animale	24	1	4,2%

**LABORATORIO
DI CHIMICA FISICA**

Alimenti di origine vegetale	Numero di campioni analizzati	Numero di infrazioni riscontrate	% infrazioni
Cereali e prodotti della panetteria	31	4	12,9%
Erbe, spezie, caffè, tè	1	–	–
Frutta e verdure	6	1	16,7%
Totale alimenti di origine vegetale	38	5	13,2%

Alimenti vari	Numero di campioni analizzati	Numero di infrazioni riscontrate	% infrazioni
Zuppe, brodi, salse	1	–	–
Bevande non alcoliche	1	–	–
Gelati e dessert	57	2	3,5%
Dolciumi	1	–	–
Piatti preparati	159	2	1,3%
Totale alimenti vari	219	4	1,8%

Fonte: Agenzia Provinciale per l'Ambiente – laboratorio Biologico

Il laboratorio di Chimica Fisica nel 2007 ha effettuato controlli su 285 campioni, non riscontrando alcuna irregolarità. Dalle analisi effettuate nel corso dell'anno, è emerso che alcune specie di funghi continuano a presentare elevate concentrazioni di Cesio-137.

Tabella 36: **Controlli degli alimenti effettuati dal laboratorio di Chimica Fisica – Anno 2007**

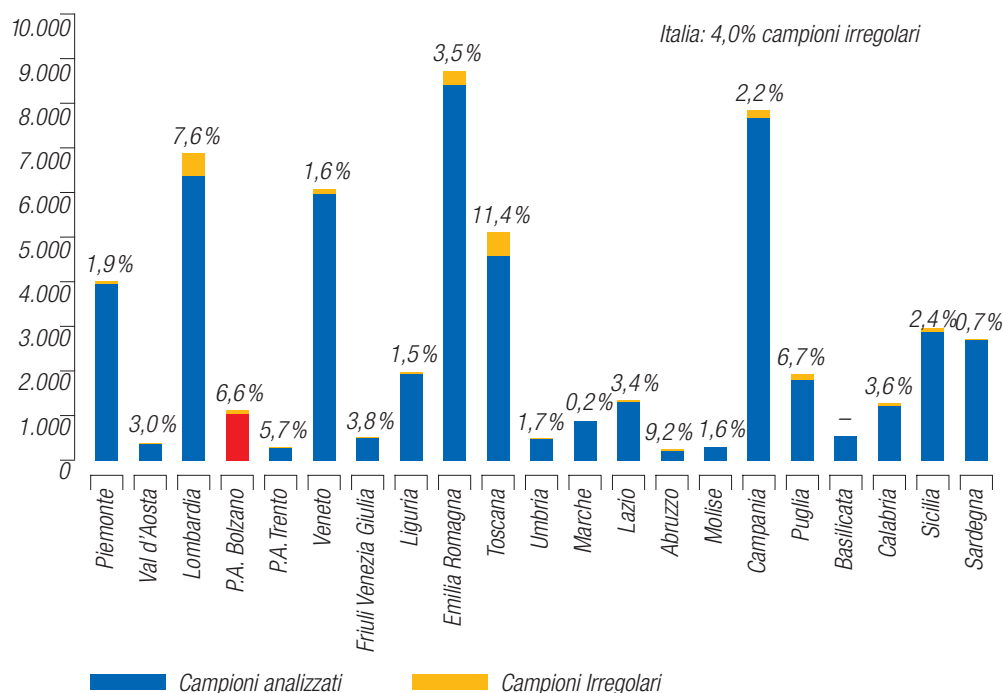
Alimenti di origine animale	Numero di campioni analizzati	Numero di infrazioni riscontrate	% infrazioni
Prodotti lattiero-caseari	66	–	–
Carne, prodotti a base di carne, cacciagione e pollame	43	–	–
Pesci, crostacei, molluschi	11	–	–
Miele	7	–	–
Totale alimenti di origine animale	127	–	–

Alimenti di origine vegetale	Numero di campioni analizzati	Numero di infrazioni riscontrate	% infrazioni
Cereali e prodotti della panetteria	10	–	–
Erbe, spezie, caffè, tè	5	–	–
Frutta e verdure	139	–	–
Totale alimenti di origine vegetale	154	–	–

Alimenti vari	Numero di campioni analizzati	Numero di infrazioni riscontrate	% infrazioni
Prodotti destinati ad una alimentazione particolare (infanzia)	4	–	–
Totale alimenti vari	4	–	–

Fonte: Agenzia Provinciale per l'Ambiente – laboratorio di Chimica Fisica

Figura 10: **Campioni analizzati e campioni irregolari-Agenzie per la protezione dell'ambiente (ARPA) – Anno 2006**



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 37: **Attività di controllo delle acque per uso umano nelle reti pubbliche – Anno 2007**

Servizi di igiene e sanità pubblica	Controlli degli acquedotti – reti pubbliche					% campioni non regolari
	N. reti esistenti	N. reti controllate	Totale campioni prelevati	Numero di campioni prelevati all'utenza	Numero di campioni non regolari all'utenza	
Bolzano	122	122				
Analisi chimico-fisiche			475	432	8	1,9%
Analisi microbiologiche			564	551	37	6,7%
Merano	149	149				
Analisi chimico-fisiche			566	472	20	4,2%
Analisi microbiologiche			883	722	44	6,1%
Bressanone	149	144**				
Analisi chimico-fisiche			451	370	17	4,6%
Analisi microbiologiche			955*	686*	106*	15,5%
Brunico	116	116				
Analisi chimico-fisiche			574	225	2	0,9%
Analisi microbiologiche			717	241	25	10,4%
Totale	536	531				
Analisi chimico-fisiche			2.066	1.499	47	3,1%
Analisi microbiologiche			3.119	2.200	212	9,6%

* Sono stati inseriti anche i prelievi per la ricerca di *Legionella pneumophila* (prelev. 284, di cui 63 non regolari)

** Si è rilevato che 5 acquedotti inclusi nell'elenco degli acquedotti pubblici non sono oggetto di controllo in quanto privati

Fonte: servizi di igiene e sanità pubblica

**CONTROLLO DELLE
ACQUE DESTINATE AD
USO UMANO**

**SERVIZI DI IGIENE E
SANITÀ PUBBLICA**

Tabella 38: Attività di controllo delle acque per uso umano nelle reti private di interesse pubblico – Anno 2007

Servizi di igiene e sanità pubblica	Controlli degli acquedotti – reti private					% campioni non regolari
	N. reti esistenti	N. reti controllate	Totale campioni prelevati	Numero di campioni prelevati all'utenza	Numero di campioni non regolari all'utenza	
Bolzano	361	19				
Analisi chimico-fisiche			21	17	1	5,9%
Analisi microbiologiche			31	23	8	34,8%
Merano	506	124				
Analisi chimico-fisiche			95	82	17	20,7%
Analisi microbiologiche			139	118	36	30,5%
Bressanone	185	67				
Analisi chimico-fisiche			85	66	9	13,6%
Analisi microbiologiche			155*	97*	28*	28,9%
Brunico	250	28				
Analisi chimico-fisiche			28	28	–	–
Analisi microbiologiche			35	28	5	17,9%
Totale	1.302	238				
Analisi chimico-fisiche			229	193	27	14,0%
Analisi microbiologiche			360	266	77	28,9%

* Sono stati inseriti anche i prelievi per la ricerca di *Legionella pneumophila* (prelev. 7, di cui 7 non regolari)

Fonte: servizi di igiene e sanità pubblica

Tabella 39: Attività di controllo delle acque per uso umano – giudizi di idoneità d'uso – Anno 2007

Servizi di igiene e sanità pubblica	N. giudizi espressi	Analisi chimico-fisiche campioni prelevati	Analisi microbiologiche campioni prelevati
Bolzano	16	62	99
Merano	8	33	57
Bressanone	8	38	45
Brunico	22	25	50
Totale	54	158	251

Fonte: servizi di igiene e sanità pubblica

Con riferimento all'attività di controllo delle acque ad uso potabile effettuata sulle rete pubbliche, si osserva che la percentuale di campioni non regolari all'utenza si attesta su valori bassi (pari al 3,1 % per le analisi chimico-fisiche ed al 9,6 % per le analisi microbiologiche), in lieve aumento rispetto all'anno precedente (nel 2006 le percentuali erano pari rispettivamente all'1,9 % ed al 7,7 %).

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.

1.7. ATTIVITÀ MEDICO-LEGALI E DI MEDICINA DELLO SPORT

Nel 2007, sono state erogate dai servizi di medicina legale circa 34.000 prestazioni tra visite ambulatoriali e domiciliari, accertamenti sanitari e procedure amministrative.

I servizi di medicina dello sport hanno effettuato complessivamente 24.123 visite finalizzate all'accertamento dell'idoneità per l'attività sportiva agonistica: 15 atleti agonisti sono risultati non idonei dopo tali visite.

1.7.1. Attività dei servizi di medicina legale

Nei comprensori sanitari 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:

1. igiene e sanità pubblica;
2. medicina legale.

Nel Comprensorio Sanitario di Bolzano le funzioni di medicina legale vengono svolte da un servizio autonomo con competenza su tutto il territorio provinciale.

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.

Il servizio di Medicina Legale 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.

Nel 2007, sono state erogate dai servizi di medicina legale circa 34.000 prestazioni tra visite ambulatoriali e domiciliari, accertamenti sanitari e procedure amministrative.

**ORGANIZZAZIONE DEI
SERVIZI DI MEDICINA
LEGALE**

**COMPITI DEI SERVIZI DI
MEDICINA LEGALE**

**ATTIVITÀ SVOLTE DAL
SERVIZIO DI MEDICINA
LEGALE DI BOLZANO**

PRESTAZIONI EROGATE

Tabella 40: **Prestazioni erogate nell'interesse o su richiesta del privato dai servizi di medicina legale – Settore di Medicina legale – Anno 2007**

Tipologia di prestazioni	Servizi di medicina legale				Totale
	Bolzano	Merano	Bressa- none	Brunico	
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	7	–	–	–	7
Visita con certificazione medico legale. Contrassegni parcheggio invalidi	414	249	68	–	731
Visita con certificazione medico-legale. Certificati a privati (es. servizio di leva, ecc.)	4	60	–	–	64
Visita medica di controllo dei lavoratori, visita domiciliare di controllo in giorno feriale per accertamento dell'idoneità 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)	456	87	73	67	683
Visita medica di controllo dei lavoratori, visita ambulatoriale dei lavoratori dipendenti del settore privato (Deliberazione della G.P. 21.01.2002, n.130)	1	129	84	27	241
Visita anamnestica precollegiale con relazione scritta in seguito a richiesta da ditte private	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 collegiali consultive con relazione scritta	69	3	–	1	73
Visite collegiali per ospedalizzazione a domicilio (*)	132	–	456	–	588
Totale	1.108	530	681	95	2.414

(*) Nei comprensori sanitari di Merano e Brunico queste visite collegiali vengono effettuate da altri servizi aziendali

Fonte: servizi di medicina legale

Tabella 41: **Prestazioni erogate nell'interesse o su richiesta del privato dai servizi di medicina legale – Settore Assistenza invalidi – Anno 2007**

Tipologia di prestazioni	Servizi di medicina legale				Totale
	Bolzano	Merano	Bressa- none	Brunico	
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)	3.342	1.056	–**	–*	4.398
Consulenza su atti e su documenti clinici (Autorizzazione prescrizione protesi/ausili/tutori)	4.454	2.556	179**	1.962	9.151
Visite collegiali per commissione extratarrifario	93	122	81	21	317
Totale	7.889	3.734	260	1.983	13.866

* Nel Comprensorio sanitario di Brunico queste visite vengono effettuate dai medici di base

** Nel Comprensorio Sanitario di Bressanone queste consulenze medico legali vengono effettuate anche da altri servizi aziendali

Fonte: servizi di medicina legale ed altri servizi aziendali

Tabella 42: **Prestazioni erogate nell'interesse o su richiesta del privato dai servizi di medicina legale – Settore Commissione invalidi – Anno 2007**

Tipologia di prestazioni	Servizi di medicina legale				Totale
	Bolzano	Merano	Bressa- none	Brunico	
Visite domiciliari per accertamento invalidità civile	164	70	47	31	312
Visite collegiali ambulatoriali per accertamento invalidità civile	2.743	1.786	928	683	6.140
Visite collegiali ambulatoriali per accertamento gravità dell'handicap (l. 104/92)	490	306	166	129	1.091
Visite collegiali ambulatoriali per il collocamento al lavoro invalidi (l. 68/99)	159	120	59	45	383
Visite collegiali ambulatoriali per accertamento cecità (*)	102	–	–	–	102
Visite collegiali ambulatoriali per accertamento sordomutismo (*)	7	–	–	–	7
D.P.R. 698 (postmortem)	15	–	3	4	22
Totale	3.680	2.282	1.203	892	8.057

(*) Prestazioni erogate solo dal servizio di Medicina Legale di Bolzano

Fonte: servizi di medicina legale ed altri servizi aziendali

Tabella 43: **Prestazioni effettuate su iniziativa dei servizi di medicina legale o erogate nell'interesse o su richiesta di enti pubblici – Anno 2007**

Tipologia di prestazioni	Servizi di medicina legale				Totale
	Bolzano	Merano	Bressa- none	Brunico	
Consulenza in tema di accertamento e valutazione del danno alla persona in ambito previdenziale, assicurativo, sociale e privato, con relazione. Sinistri, richiesta risarcimento danni (*)	165	–	–	–	165
Consulenza su atti e su documenti clinici. Ricoveri urgenti all'estero. Pareri sul TFR. Pareri su Iperbarico	137	–	11	–	148
Consulenza su atti e su documenti clinici, in caso di particolare complessità. Pareri, consulenze	110	25	156	–	291
Visita con certificazione medico legale. Certificati richiesti da pubbliche amministrazioni (INPDAP, Provincia Autonoma di Bolzano, ecc.) (*)	38	–	–	–	38
Visita medica di controllo dei lavoratori, visita domiciliare di controllo in giorno ferialo 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)	1.346	379	141	43	1.909
Visita medica di controllo dei lavoratori, visita ambulatoriale di controllo in giorno ferialo dei lavoratori dipendenti del settore pubblico (Deliberazione della G.P. 21.01.2002, n. 130)	3	59	13	7	82
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	203	–	–	–	203
Visita anamnestica precollegiale con relazione scritta in seguito a richiesta pervenuta da enti pubblici	75	31	–	–	106
Totale	2.077	494	321	50	2.942

(*) Prestazioni erogate solo dal servizio di Medicina Legale di Bolzano

Fonte: servizi di medicina legale

**ALTRE PRESTAZIONI DEL
SERVIZIO DI MEDICINA
LEGALE DI BOLZANO
SERVIZI DI IGIENE E
SANITÀ PUBBLICA**

Oltre alle prestazioni riportate nelle tabelle, il servizio di Medicina Legale di Bolzano ha effettuato 6.717 accertamenti sanitari collegiali per il rilascio, revisione o rinnovo della patente a persone con problemi psicofisici (commissione medica patenti).

Alcune prestazioni di medicina legale sono state effettuate dal personale dei servizi di igiene e sanità pubblica e dai medici igienisti distrettuali della Provincia.

Tabella 44: Prestazioni medico-legali effettuate dai servizi di igiene e sanità pubblica – Anno 2007

Attività effettuate	Servizi di igiene e sanità pubblica			
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico*
Accertamenti sanitari per il porto d'arma	253	30	17	–
Visite per patenti di guida veicoli e natanti	8.286	1.104	1.192	–
Visite per cessione del quinto	266	8	11	–
Visite per certificati di sana costituzione ed idoneità all'impiego	1.343	314°	119	–
Visite per rilascio libretto di lavoro a minorenni	93	–	2	–
Visite per rilascio/rinnovo libretto di idoneità sanitaria	847	369	376	–
Altro	392**	67°°	23**	–

*Prestazioni effettuate dai medici igienisti distrettuali

** Impiego di gas tossici, conduzione di caldaie, adozione, esonero cinture di sicurezza, idoneità a vivere in comunità,...

° Certificati di idoneità generica al lavoro (compreso impiego di gas tossici, conduzione di caldaie, adozione, idoneità a vivere in comunità)

°° Visite preventive e periodiche per apprendisti, esonero cinture di sicurezza

Fonte: servizi di igiene e sanità pubblica

Tabella 45: Prestazioni medico-legali effettuate dai medici igienisti distrettuali – Anno 2007

Attività effettuate	Servizi di igiene e sanità pubblica			
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico
Accertamenti sanitari per il porto d'arma	121	463	224	338
Visite per patenti di guida veicoli e natanti	5.100	6.526	4.790	6.210
Visite per cessione del quinto	–	{ 839*	85	–
Visite per certificati di sana costituzione ed idoneità all'impiego	680		238	896
Visite per rilascio/rinnovo libretto di idoneità sanitaria	622	765	404	546
Visite per avviamento al lavoro ai minorenni	5	–	–	155

* Questo dato comprende entrambe le voci (visite per cessione del quinto e certificati di idoneità generica al lavoro)

Fonte: servizi di igiene e sanità pubblica

1.7.2. Attività 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 di Bolzano svolge, inoltre, particolari funzioni specialistiche a beneficio degli atleti di tutta la Provincia, secondo un protocollo concordato.

I servizi di medicina dello sport risultano attivi nei comprensori sanitari di Bolzano, Bressanone e Brunico, mentre nel Comprensorio Sanitario 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 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 di-

**ORGANIZZAZIONE
DEI SERVIZI DI
MEDICINA DELLO SPORT**

strettuali di Ortisei (Val Gardena), Cardano (Val d'Ega-Sciliar), Caldaro (Oltradige) 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.

Nel 2007 sono state effettuate complessivamente 24.123 visite finalizzate all'accertamento dell'idoneità per l'attività sportiva agonistica: 15 atleti agonisti sono risultati non idonei dopo tali visite (10 atleti nel Comprensorio Sanitario di Bolzano, 1 in quello di Bressanone e 4 in quello di Brunico).

**VISITE DI IDONEITÀ
PER L'ATTIVITÀ SPORTIVA
AGONISTICA**

Tabella 46: **Prestazioni erogate dai servizi di medicina dello sport per tipologia – Anno 2007**

Tipologia di prestazione	Servizi di medicina dello sport				Totale
	Bolzano	Merano*	Bressanone	Brunico	
Certificati per gli sport agonistici di cui alla tab.a del d.m. 18.02.82 (incluso: visita medica, esame delle urine, ECG)	471	95	344	107	1.017
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)	8.760°	7.897	3.053	2.970	22.680
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)	—°°	—	273	153	426
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)	273	—	—	60	333
Check up medico sportivo (incluso: visita medica, esame urine, spirometria semplice, ECG con test da sforzo al cicloergometro, relazione conclusiva)	562	—	30	17	609
Altri test di valutazione funzionale	52	—	—	21	73
Visita successiva alla prima, esame ORL	430	—	—	123	553
Visita specialistica	26	—	—	119	145
Spirometria semplice	253	—	113	73	439
Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro	665°°°	—	—	95	760
Elettrocardiogramma dinamico – dispositivi analogici (holter)	48	—	28	41	117
Elettrocardiogramma (ECG)	269	—	395	45	709
Acido lattico	864	—	5	426	1.295
Screening neurologico	696	—	—	510	1.206
Valutazione dietetica. Terapia dietetica – stesura del programma nutrizionale. Controllo terapia dietetica. Per seduta	12	—	—	158	170
Valutazione ortottica	67	—	—	59	126

Tipologia di prestazione	Servizi di medicina dello sport				Totale
	Bolzano	Merano*	Bressanone	Brunico	
Audiometrie	78	—	—	18	96
Esame completo delle urine	—	—	—	63	63
Infiltrazione locale	—	—	—	58	58
Prelievi del sangue	136	—	218	20	374
Vaccino antitetanico	—	—	—	4	4
Altre prestazioni	—	—	—	6+	6

* Nel Comprensorio Sanitario di Merano le prestazioni di medicina sportiva vengono erogate da medici specialisti convenzionati

+ Certificato medico per uso privato

° Incluse 582 visite effettuate nel distretto di Egna (Bassa Atesina), 416 visite nel distretto di Cardano (Val d'Ega), 471 visite nel distretto di Ortisei (Val Gardena), 262 visite nel distretto di Caldaro (Oltradige)

°° Codice non in uso nel servizio di Medicina dello Sport di Bolzano

°°° Includi 32 test effettuati nel distretto di Egna (Bassa Atesina) e 48 test nel distretto di Ortisei (Val Gardena)

Fonte: servizi di medicina dello sport

1.8. ATTIVITÀ DEL SERVIZIO PNEUMOLOGICO

Il servizio Pneumologico aziendale ha effettuato, nel corso del 2007, 12.984 visite ambulatoriali e 1.055 visite domiciliari; sono state eseguite, inoltre, prove ed esami diagnostici, test allergologici, trattamenti farmacologici ed interventi di rieducazione respiratoria.

Il servizio Pneumologico è un servizio aziendale 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.

Le attività del servizio Pneumologico aziendale 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.

Il servizio Pneumologico aziendale ha effettuato, nel corso del 2007, 12.984 visite ambulatoriali e 1.055 visite domiciliari. Si rileva un aumento delle prestazioni eseguite con riferimento alle visite ambulatoriali (11.462 nel 2006, +13,3%), alle spirometrie semplici (3.840 nel 2007 contro le 3.421 nel 2006, +12,2%), ai test di broncodilazione (2.285 nel 2007 contro i 2.066 effettuati nel 2006, +10,6%), alle pulsossimetrie (3.750 nel 2007 contro le 3.185 effettuate nel 2006, +17,7%) ed agli esami allergologici completi (798 nel 2007 contro i 688 effettuati nel 2006, +16,0%). Si registra, invece, una diminuzione della voce relativa agli esercizi respiratori (66 nel 2007 contro i 243 effettuati nel 2006, -72,8%), ai drenaggi posturali (78 nel 2007 contro i 282 effettuati nel 2006, -72,3%) e agli aerosol con farmaci (32 nel 2007 contro i 200 effettuati nel 2006, -84,0%).

Tabella 47: Prestazioni erogate dal servizio Pneumologico aziendale – Anno 2007

	Servizio Pneumologico - Sedi						Totale
	Bolzano	Egna	Merano	Silandro	Bressa- none	Brunico	
Visita in ambulatorio	7.437	655	1.863	819	901	1.309	12.984
Consulenze pneumologiche ospedaliere	–	1	89	25	51	34	200
Spirometria globale	49	–	–	–	–	–	49
Polisonnogramma	170	–	5	–	–	12	187
Ergospirometria (bici)	2	–	–	–	–	–	2
Spirometria semplice (F/V)	1.974	226	842	276	190	332	3.840
Spirometria con volume residuo	–	–	15	10	–	3	28
Test di broncodilatazione	1.089	143	394	250	126	283	2.285
Test di broncocostrizione	138	–	41	–	9	44	232
Test di capacità di diffusione (DLCO)	94	18	47	11	27	24	221
Esame allergologico completo	527	82	78	35	36	40	798
Drenaggio posturale	72	6	–	–	–	–	78
Aerosol con farmaci	27	3	–	–	2	–	32
Esercizi respiratori	66	–	–	–	–	–	66
Test Pe Max-Pi Max	2	–	–	–	–	–	2
Visita a domicilio del medico	32	–	13	1	–	2	48
Visita a domicilio dell'assistente sanitaria	373	60	166	83	170	155	1.007
Pulsossimetria	1.385	244	803	355	492	471	3.750
Test da sforzo	90	–	9	–	1	5	105
Prelievo arterioso	521	88	195	92	186	170	1.252
Emogasanalisi	522	1	–	–	–	–	523
Toracentesi	3	–	–	–	–	–	3
Totale	14.573	1.527	4.560	1.957	2.191	2.884	27.692
RX torace standard	5.183	–	–	–	–	–	5.183
Totale complessivo	19.756	1.527	4.560	1.957	2.191	2.884	32.875

Fonte: servizio Pneumologico aziendale

2. ASSISTENZA DISTRETTUALE

2.1. SERVIZIO 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 della Provincia Autonoma di Bolzano.

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.

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 2007, i servizi di medicina di base provinciali 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 25.000 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 111.500.000 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. Le sedi costruite a partire dal 1994 ospitano insieme i distretti sanitari ed i distretti sociali.

Nel 2007 sono terminati i lavori per la sede del distretto S. Quirino/Gries di Bolzano e proseguiti i lavori del punto di riferimento di Fiè ed i lavori d'adattamento (prevenzione incendi) per il distretto di Laives-Bronzolo-Vadena. Inoltre sono state avviate le progettazioni per diverse nuove sedi ed ampliamenti di sedi esistenti (Lana, Bressanone, Alta Valle Isarco, Bassa Atesina, Oltradige, ecc.).

**SERVIZI DI MEDICINA
DI BASE**

DISTRETTI SANITARI

Tabella 1: **Progetti intrapresi dai servizi di medicina di base e servizi ed enti coinvolti – Anno 2007**

Servizi di medicina di base	Progetto	Servizi/enti/figure professionali coinvolti/e
Bolzano	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva farmaceutica territoriale: estensione a tutto l'ambito provinciale	Servizio di Medicina di Base
	Realizzazione sito internet riservato per i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta del Comprensorio Sanitario di Bolzano	Servizio di Medicina di Base
	Progetto pilota per una nuova organizzazione dell'assistenza medica al centro di degenza di Laives	Servizio di Medicina di Base, MMG del distretto di Laives
	Progettazione di una "Casa della salute" nella sede del distretto Gries-S. Quirino a Bolzano	Servizio di Medicina di Base
	Sviluppo delle competenze genitoriali: incontri di preparazione all'evento nascita rivolti alle coppie	Distretti di Laives-Bronzolo-Vadena e Oltradige, servizi sociali della comunità comprensoriale Bassa Atesina
	"Muoviamoci con gusto", progetto di promozione della salute centrato sul movimento e sull'alimentazione	Servizio di Medicina di Base, distretto sanitario e sociale di Laives-Bronzolo-Vadena, servizio di dietetica e nutrizione clinica, servizio di Medicina dello sport, comune di Laives
	Implementazione del modello organizzativo "Primary nursing" nell'ambito dell'assistenza infermieristica domiciliare	Distretto sanitario Oltradige
Merano	Prevenzione della depressione post-partum	Servizio di Medicina di base, servizio Psicologico, Ginecologia/Ostetricia/Nido, servizio Psichiatrico, assistenti sanitarie distrettuali, consultorio familiare Lilit
	Progetto prevenzione tumori cutanei	Servizio di Medicina di Base, MMG, Divisione di Dermatologia Ospedale di Merano
	Progetto prevenzione tumore prostata	Servizio di Medicina di Base, MMG, Urologia Ospedale di Merano
	Progetto prevenzione malattie cardiovascolari	Servizio di Medicina di Base, MMG, Reparto di Medicina Ospedale di Merano
	Materiale informativo per familiari che assistono pazienti non autosufficienti a domicilio	Direzione territoriale, coordinatori infermieristici
	TAONET - MMG	Servizio di Medicina di Base, MMG, Centro trasfusionale
	Dimissioni protette	Direzione medica Ospedale, Direzione territoriale, coordinatori infermieristici
	Reti transmurale palliative in Alta Val Venosta	Servizio di Medicina di Base, MMG, Distretto Alta Val Venosta, Medicina Ospedale di Silandro
	Demenze	Servizio di Medicina di Base, Dirigenza infermieristica territoriale, infermieri distretto di Alta Val Venosta
	Censimento decubiti nelle case di riposo	Servizio di Medicina di Base, Dermatologia Ospedale di Merano, case di riposo
Bressanone	Progetto "Mal di schiena"	MMG, medici specialisti di traumatologia e fisioterapia e neurologo
	Progetto "Carie e profilassi"	Assistenti sanitarie, dentisti, scuole elementari
	Progetto "Prevenzione di cadute nelle persone anziane"	MMG, servizio infermieristico
	Progetto "Prevenzione degli incidenti stradali"	Servizio psicologico
Brunico	Assistenza palliativa nel distretto di Alta Val Pusteria	Reparto di Medicina dell'ospedale di San Candido, MMG nel distretto di Alta Val Pusteria, personale infermieristico del distretto
	Progetto "Carie e profilassi"	Assistenti sanitarie, dentisti, scuole elementari

Fonte: servizi di medicina di base

Tabella 2: **Distretti sanitari con indicazione delle sedi e dei punti di riferimento e dello stato di realizzazione dei relativi edifici – Situazione al 31/12/2007**

<i>Distretti</i>	<i>Sedi distretto attivate</i>	<i>Stato edifici di sede</i>	<i>Sedi punti di riferimento</i>	<i>Stato edifici punto di riferimento</i>
Val Gardena	Ortisei	Realizzato		
Val d'Ega-Sciliar	Cardano	Realizzato	Nova Levante Nova Ponente Fiè Castelrotto	Realizzato Realizzato In costruzione 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		
Alta Val Venosta	Malles	Realizzato	Prato	Realizzato
Media Val Venosta	Silandro	Realizzato		
Naturno-circondario	Naturno	Realizzato		
Lana-circondario	Lana	Realizzato	S. Valburga	In progettazione
Merano-circondario	Merano	Realizzato		
Val Passiria	S. Leonardo	Realizzato		
Alta Valle Isarco	Vipiteno	In progettazione		
Bressanone-circondario	Bressanone	In progettazione	Rio Pusteria	Realizzato
Chiusa-circondario	Chiusa	Realizzato		
Tures-Aurina	Campo Tures	Realizzato		
Brunico-circondario	Brunico	Realizzato	Valdaora	Realizzato
Alta Val Pusteria	S. Candido	Realizzato	Monguelfo	Sospesa la progettazione
Val Badia	S. Martino	Realizzato		

Fonte: ufficio Distretti sanitari, PAB

Le tipologie di prestazioni erogabili nei distretti sono molto differenti tra le diverse strutture: l'offerta dipende dal comprensorio sanitario 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 della Provincia, 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 della Provincia, 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.

**DISLOCAZIONE
TERRITORIALE DELLE
PRESTAZIONI EROGABILI
NEI DISTRETTI**

Tabella 3: Prestazioni erogabili nei distretti sanitari (Comprensorio Sanitario di Bolzano) – Anno 2007

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	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		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		d	X									X						
	Meltina	X		X	X	Pa		d	X															
	S. Genesio			X	X	Pa		d	X															
	Sarentino	X	X	X	X	Pa		d	X	X							X	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			X			X				
	Cornaiano			X		a																		
	San Paolo					a																		
	Terlano	X	(2)	X	X	a	Go	d																
Laives - Bronzolo - Vadena	Laives	X	X	X	X	a	Go	d	X	X							X	X	X	X			X	X
Bassa Atesina	Egna	X	X	X	X	Pa	Go	d	X	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	X																			
	Ora		X	X	X	a	Go																	
	Salorno			X	X	Pa																		
	Termeno			X	X	a																		
Trodèna			X	X	a	o																		

Distretti	Comuni o frazioni	Prestazioni erogabili nei distretti																
		Amministrative	Prelevi	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
Bolzano	Gries-S. Quirino	X		X	X	a		Dd	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	X	a	Go	d	X	X	X						X	
	Europa	X	X	X	X	a	Go	d	X	X								
	Oltrisarco	X	X	X	X	a	o										X	X

(*) P = pediatra; a = assistente sanitaria; (**) G = ginecologo; o = ostetrica; (***) D = dietologo; d = dietista

(1) Comprendono fisioterapia, logopedia, ergoterapia e massaggi

(2) Prelevi a domicilio

Fonte: distretti sanitari

Tabella 4: Prestazioni erogabili nei distretti sanitari (Comprensorio Sanitario di Merano) – Anno 2007

Distretti	Comuni o frazioni	Prestazioni erogabili nei distretti																			
		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	Terapia del dolore
Alta Val Venosta	Malles	X	X	X	X	a	Go	d	X	X	X		X	X		X					
	Curon		X	X	X	P															
	Glorenza			X	X																
	Mazia			X	X																
	Prato a. Stelvio	X	X	X	X	a		d													
	Resia			X	X																
	Sluderno		X	X	X																
	Stelvio		X	X	X																
	Tubre			X	X																
Media Val Venosta	Silandro	X		X	X	a	Go	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		X					
	Certosa			X	X																
	Madonna			X	X	a															
	Parcines			X	X	a	a	d													
	Plaus			X	X																
	Rablà			X	X	a															
Lana - Circondario	Lana	X	X	X	X	a	Go	d	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							X						
	San Felice	X	X	X	X			d													
	Tesimo				X	a															
	Ultimo	X	X	X	X	Pa		d													
Merano - Circondario	Merano	X	X(1)	X	X	a	Go		X	X					X				X	X	X
	Lagundo			X	X																
	Marlengo			X	X																
	Rifiano				X	a															
	Scenna			X	X																
	Sinigo			X																	
	Tirolo			X	X																
	Verano				X	a															
Val Passiria	S. Leonardo	X	X	X	X	Pa	Go	d	X	X			X	X	X		X				
	Moso			X	X	Pa										X					
	S. Martino			X	X	Pa		d													

(*) P = pediatra; a = assistente sanitaria; (**) G = ginecologo; o = ostetrica; (***) D = dietologo; d = dietista

(1) Aperto dal 01.10.2007

Fonte: distretti sanitari

Tabella 5: Prestazioni erogabili nei distretti sanitari (Comprensorio Sanitario di Bressanone) – Anno 2007

Distretti	Comuni o frazioni	Prestazioni erogabili nei distretti									
		Amministrative	Prelievi	Inferm. ambulatoriali	Inferm. domiciliari	Consult. pediatriche (*)	Consult. ostetrico/ginecol. (**)	Dietetico nutrizionali (***)	Riabilitative	Odontoiatriche	Psichiatriche
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
	Barbiano			X	X						
	Funes			X	X						
	Gudon			X	X						
	Laion			X	X	a					
	Latzons			X	X						
	Ponte Gardena				X						
	Velturmo				X	a					
	Villandro			X	X						

(*) P = pediatra; a = assistente sanitaria; (**) G = ginecologo; o = ostetrica; (***) D = dietologo; d = dietista

Fonte: distretti sanitari

Tabella 6: Prestazioni erogabili nei distretti sanitari (Comprensorio Sanitario di Brunico) – Anno 2007

Distretti	Comuni o frazioni	Prestazioni erogabili nei distretti													
		Amministrative	Prelievi	Inferm. 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 Giacomo			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		d							
	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	X	
	Corvara			X	X										
	La Valle			X	X										
	Longiarù-Campill			X	X										
	Pedraies		X	X	X	a									
	San Cassiano			X	X										
	San Vigilio			X	X										

(*) P = pediatra; a = assistente sanitaria; (**) G = ginecologo; o = ostetrica; (***) D = dietologo; d = dietista

Fonte: distretti sanitari

Vi sono inoltre “servizi unici”, offerti attualmente da alcuni o addirittura da un unico distretto: 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 di Alta Val Venosta e Media Val Venosta.

In tabella 3 e seguenti vengono riportate le tipologie di prestazioni erogabili da ogni distretto.

Si evidenzia, in particolare, la specificità delle prestazioni erogate nella sede distrettuale di S. Quirino Gries. Fanno parte integrante dell'offerta di servizi sanitari di questo distretto, sito in via Amba Alagi, infatti, le prestazioni specialistiche di odontoiatria, dermatologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, neurologia, oncologia, diabetologia, urologia, oculistica, ginecologia ed agopuntura, oltre alle già citate reumatologia e cardiologia, 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.

2.2. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

La popolazione assistibile dal Servizio Sanitario Provinciale nel 2007 ammontava a 477.409 persone delle quali l'88,6% in carico ai medici di medicina generale. La dotazione di personale medico si attestava a 256 medici di medicina generale e 53 pediatri. Il carico assistenziale medio per medico indica una certa variabilità legata anche alle condizioni territoriali. Il pediatra di libera scelta è presente solo in 14 distretti. Se si considera, come indicatore, il numero di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta sulla popolazione residente, si osserva come il rapporto risulti rispettivamente di 63,5 medici di medicina generale sulla popolazione di età superiore ai 14 anni e di 67,3 pediatri di libera scelta sulla popolazione di età uguale o inferiore ai 14 anni.

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. 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 in alcune località turistiche dei comprensori sanitari di Bolzano e Brunico. Altrimenti 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

Al 31 dicembre 2007 le persone registrate come assistibili del Servizio Sanitario Provinciale erano 477.409 (+0,6% rispetto al 2006), di cui circa 423 mila risultavano in carico ai medici di medicina generale e circa 54 mila erano seguiti dai pediatri di libera scelta.

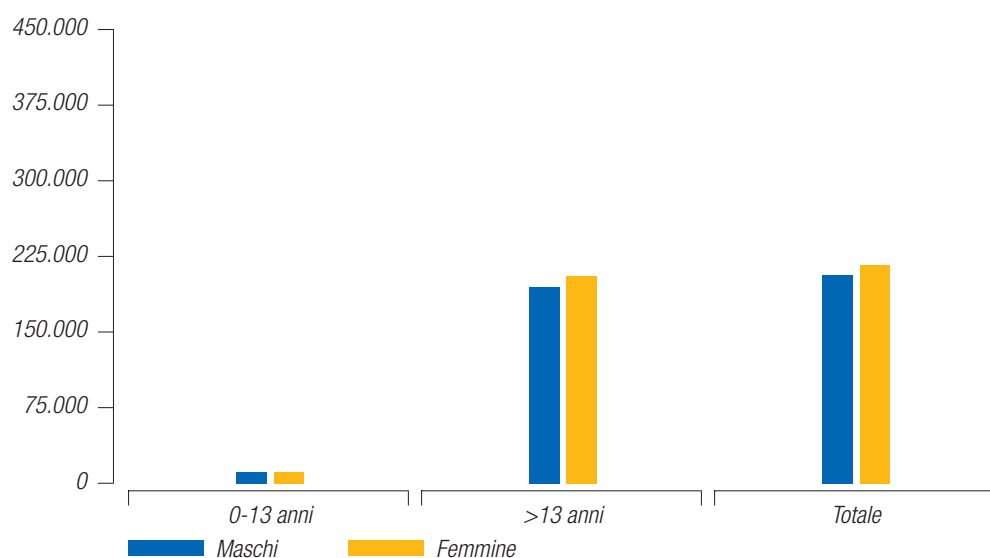
Gli assistibili con età inferiore ai 14 anni erano 74.854 (+7,9% rispetto al 2006), il 69,7% dei quali era seguito da un pediatra di libera scelta.

Tabella 7: **Numero di scelte espresse in favore dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta per sesso e classi di età – Anno 2007**

n. scelte in favore di:	Maschi		Femmine		Totale Provincia		Totale
	0-13	>14	0-13	>14	0-13	>14	
Medici medicina generale	11.702	194.913	10.960	205.384	22.662	400.297	422.959
Pediatri di libera scelta	26.825	1.108	25.367	1.150	52.192	2.258	54.450
Totale scelte	38.527	196.021	36.327	206.534	74.854	402.555	477.409

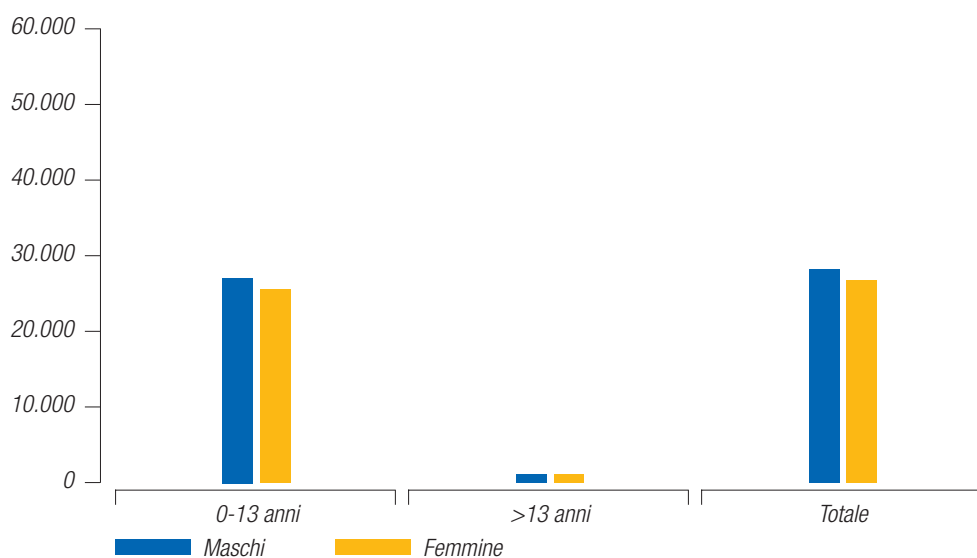
Fonte: ufficio Distretti sanitari, PAB

Figura 1: **Numero di scelte per medico di medicina generale per sesso e classe di età – Anno 2007**



Fonte: ufficio Distretti sanitari, PAB

Figura 2: **Numero di scelte per pediatra di libera scelta per sesso e classe di età – Anno 2007**



Fonte: ufficio Distretti sanitari, PAB

Al 31 dicembre 2007 i medici di base convenzionati con il Servizio Sanitario Provinciale erano complessivamente 309, ovvero 256 medici di medicina generale e 53 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 1.652 assistibili per medico di medicina generale e di 1.027 assistibili ogni pediatra di libera scelta. Rispetto alle altre regioni italiane (dati 2005 del Ministero della Salute), tali indicatori risultano superiori alla media nazionale.

Tabella 8: **Numero medio di assistibili per medico di medicina generale e per pediatra di libera scelta – Situazione al 31/12/2007**

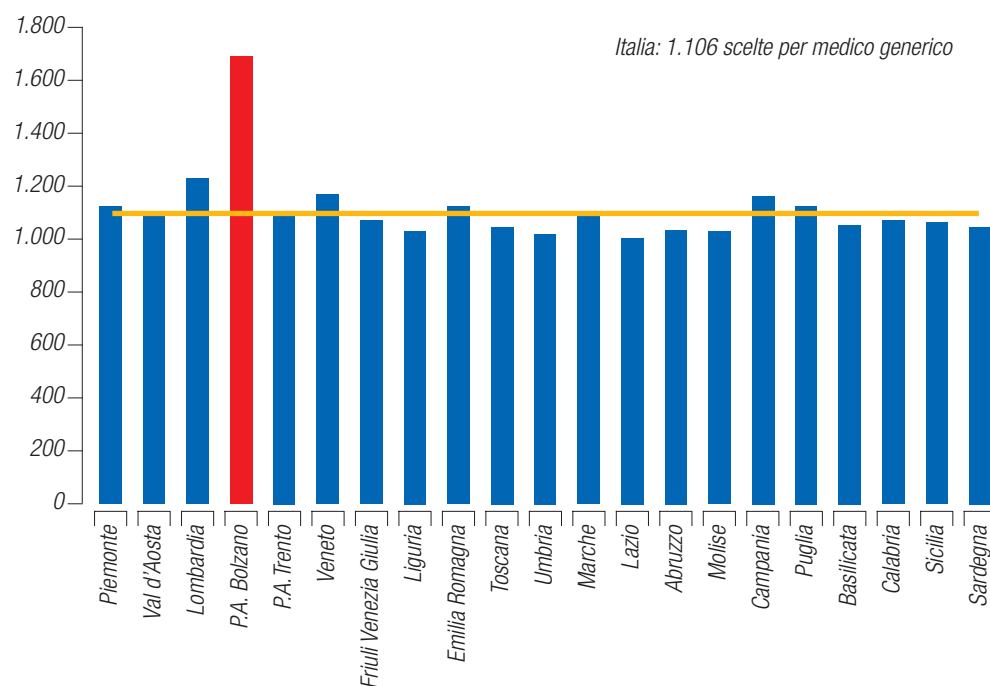
Distretti	Medici medicina generale			Pediatri libera scelta		
	Medici	Scelte	Carico medio	Pediatri	Scelte	Carico medio
Val Gardena	5	9.249	1.850	1	988	988
Val d'Ega-Sciliar	10	17.968	1.797	–	–	–
Salto-Val Sarentino-Renon	12	17.355	1.446	–	–	–
Oltredige	15	22.676	1.512	5	4.752	950
Laives-Bronzolo-Vadena	9	16.237	1.804	3	3.140	1.047
Bassa Atesina	13	20.434	1.572	3	2.626	875
Bolzano	52	84.424	1.624	12	12.883	1.074
Alta Val Venosta	9	14.264	1.585	1	1.202	1.202
Media Val Venosta	8	14.983	1.873	2	2.694	1.347
Naturno-circondario	5	8.982	1.796	1	1.353	1.353
Lana-circondario	12	18.695	1.558	3	2.790	930
Merano-circondario	29	42.626	1.470	7	7.312	1.045
Val Passiria	4	8.564	2.141	–	–	–
Alta Valle Isarco	8	16.067	2.008	1	1.197	1.197
Bressanone-circondario	19	30.632	1.612	5	4.735	947
Chiusa-circondario	8	13.643	1.705	3	2.145	715
Tures-Aurina	6	12.319	2.053	–	–	–
Brunico-circondario	19	28.915	1.522	6	6.633	1.106
Alta Val Pusteria	7	14.827	2.118	–	–	–
Val Badia	6	10.099	1.683	–	–	–
Provincia	256	422.959	1.652	53	54.450	1.027

Fonte: ufficio Distretti sanitari, PAB

La diversa distribuzione dei medici di base all'interno dei distretti, legata anche alle condizioni territoriali, comporta una certa variabilità dell'indice di carico assistenziale medio per medico. Si rileva che solo in 14 distretti sanitari su 20 è operante almeno un pediatra di libera scelta.

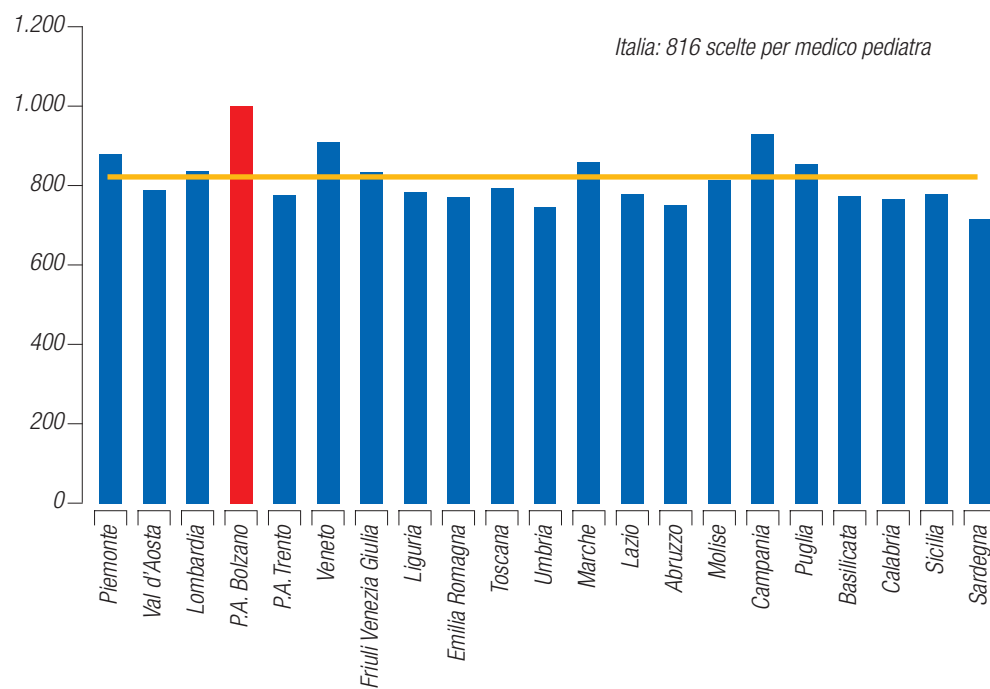
CARICO ASSISTENZIALE
MEDIO PER
MEDICO DI BASE

Figura 3: **Numero di scelte per medico di medicina generale nelle regioni italiane – Anno 2005**



Fonte: Ministero della salute – Annuario Statistico del SSN 2005

Figura 4: **Numero di scelte per pediatra di libera scelta nelle regioni italiane – Anno 2005**



Fonte: Ministero della salute – Annuario Statistico del SSN 2005

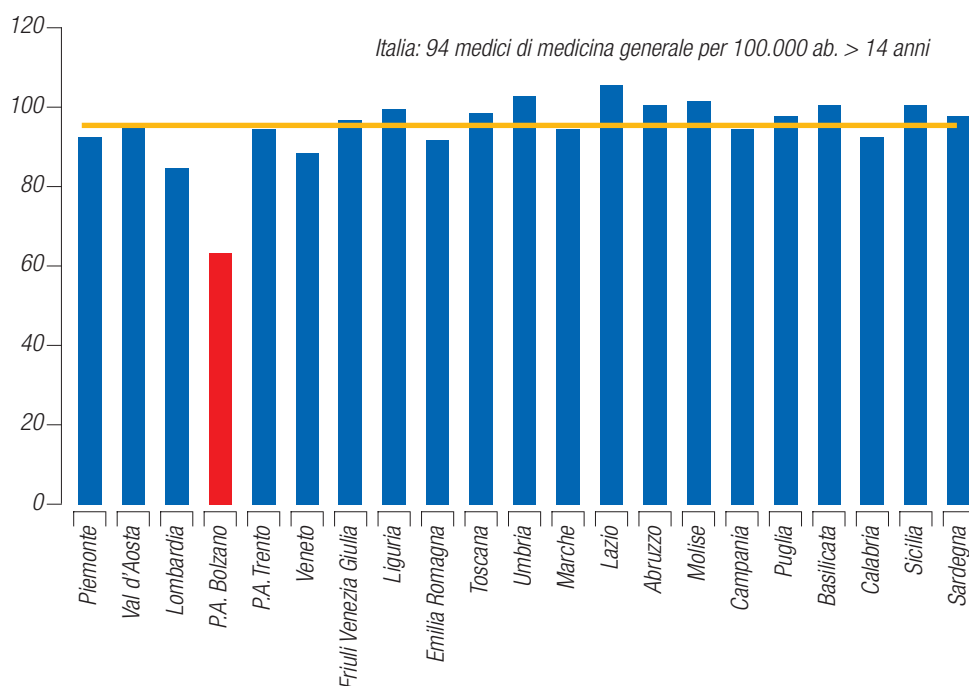
Tabella 9: Rapporto medici/abitanti e pediatri/abitanti per distretto sanitario – Situazione al 31/12/2007

Distretti	Medici medicina generale				Pediatri libera scelta		
	Medici	Abitanti > 14 anni	Medici/abitanti* x 100.000	Stima del fabbisogno aggiuntivo	Pediatri	Abitanti ≤ 14 anni	Pediatri/abitanti* x 100.000
Val Gardena	5	7.228	69,2		1	1.668	60,0
Val d'Ega-Sciliar	10	15.719	63,6	0,5	–	3.511	–
Salto - Val Sarentino - Renon	12	14.796	81,1		–	3.429	–
Oltradige	15	22.638	66,3	0,1	5	4.524	110,5
Laives - Bronzolo - Vadena	9	16.544	54,4	2,0	3	3.061	98,0
Bassa Atesina	13	19.310	67,3		3	3.890	77,1
Bolzano	52	85.147	61,1	4,8	12	13.120	91,5
Alta Val Venosta	9	12.803	70,3		1	2.675	37,4
Media Val Venosta	8	14.755	54,2	1,8	2	3.071	65,1
Naturno-circondario	5	8.783	56,9	0,9	1	1.750	57,1
Lana-circondario	12	18.768	63,9	0,5	3	3.824	78,4
Merano-circondario	29	43.248	67,1		7	7.366	95,0
Val Passiria	4	7.015	57,0	0,7	–	1.601	–
Alta Valle Isarco	8	15.030	53,2	2,0	1	2.989	33,5
Bressanone-circondario	19	28.878	65,8	0,3	5	6.090	82,1
Chiusa-circondario	8	13.017	61,5	0,7	3	3.078	97,5
Tures-Aurina	6	10.384	57,8	0,9	–	2.373	–
Brunico-circondario	19	28.590	66,5	0,1	6	6.160	97,4
Alta Val Pusteria	7	12.419	56,4	1,3	–	2.673	–
Val Badia	6	8.242	72,8		–	1.891	–
Provincia	256	403.314	63,5		53	78.743	67,3

* È stata utilizzata la popolazione residente in anni vissuti nell'anno 2007

Fonte: ufficio Distretti sanitari, PAB

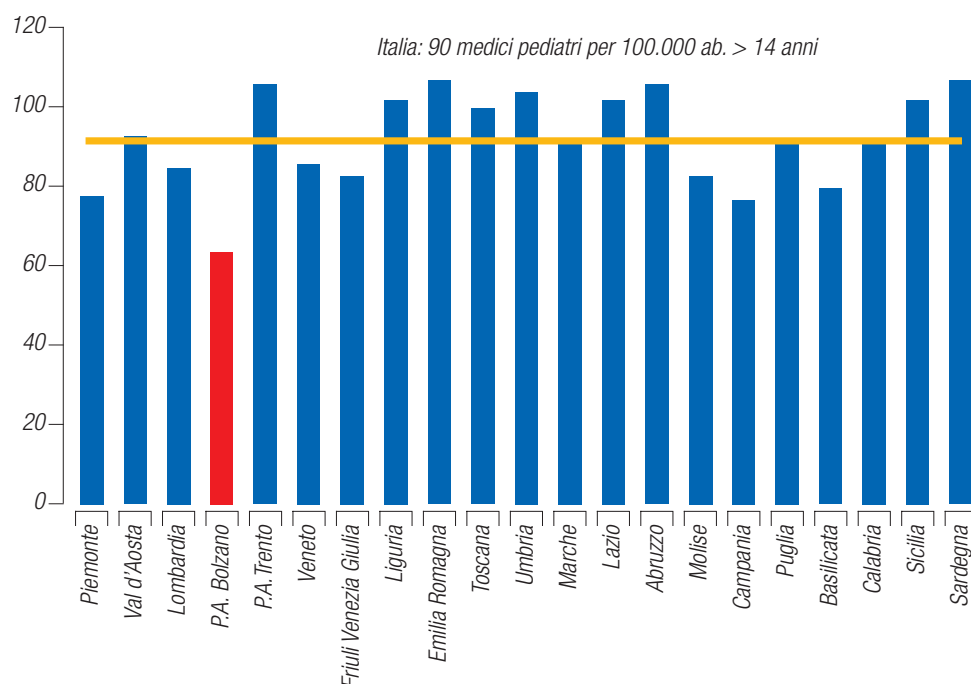
Figura 5: Numero di medici di medicina generale per 100.000 abitanti nelle regioni italiane – Anno 2005



Fonte: Ministero della salute – Annuario Statistico del SSN 2005

**IL FABBISOGNO DI
MEDICI DI MEDICINA
GENERALE**

Figura 6: Numero di pediatri di libera scelta per 100.000 abitanti nelle regioni italiane – Anno 2005



Fonte: Ministero della salute – Annuario Statistico del SSN 2005

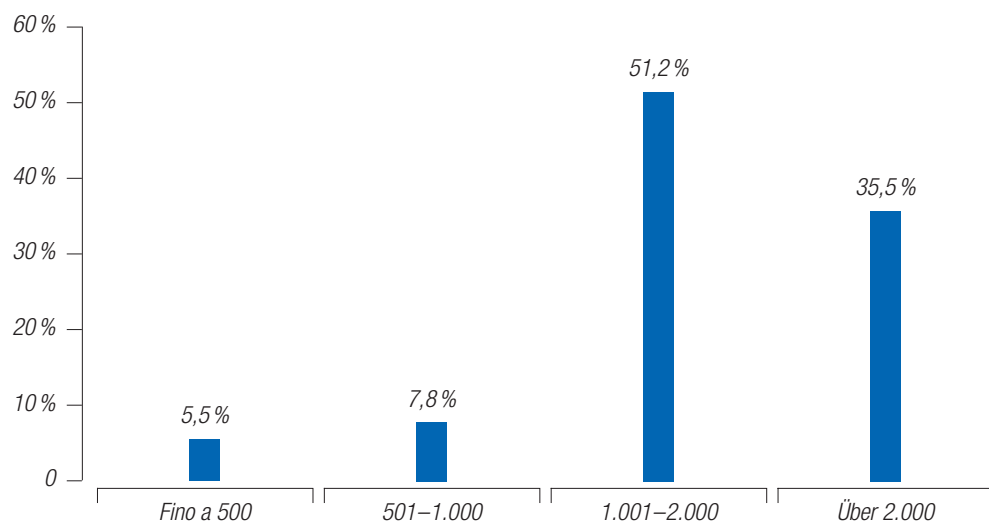
Salvo eccezioni motivate, la normativa provinciale stabilisce quale rapporto ottimale un medico di medicina generale ogni 1.500 abitanti.

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 4,8 medici nel distretto sanitario di Bolzano, di 2 nei distretti di Alta Valle Isarco e di Laives-Bronzolo-Vadena. C'è da precisare tuttavia che, nella presente stima, non vengono considerate le diverse condizioni territoriali di alcuni distretti sanitari, e l'esclusione dei ricoverati in casa di riposo dal numero complessivo di assistibili, e nemmeno la 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.

Se si considera come indicatore, invece, il numero di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta sulla popolazione residente, si osserva come il rapporto risulti rispettivamente di 63,5 medici di medicina generale sulla popolazione di età superiore ai 14 anni e di 67,3 pediatri di libera scelta sulla popolazione di età uguale o inferiore ai 14 anni.

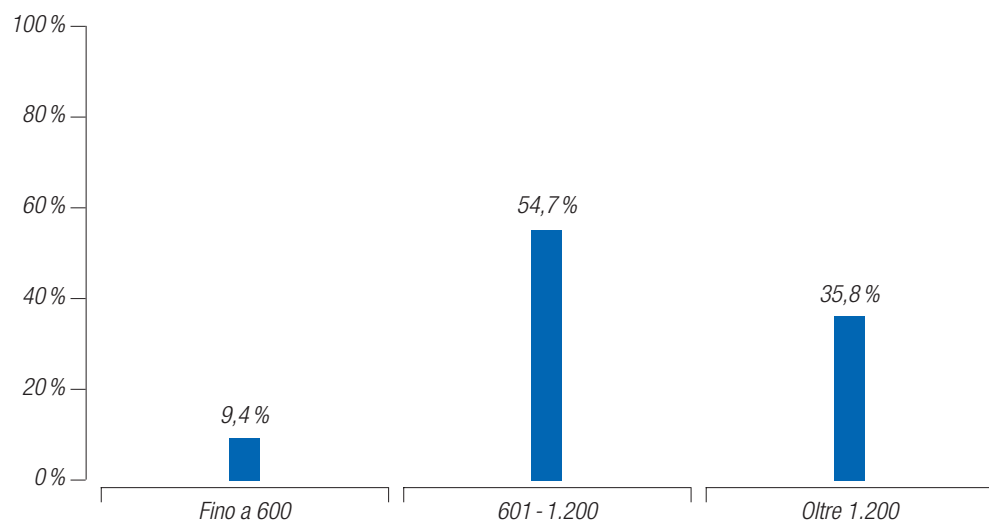
Rispetto alle altre regioni italiane (dati 2005 del Ministero della Salute), tali indicatori risultano inferiori alla media nazionale.

Figura 7: **Percentuale di medici di medicina generale per numero di assistibili. Provincia di Bolzano. Situazione al 31/12/2007**



Fonte: ufficio Distretti sanitari, PAB

Figura 8: **Percentuale di pediatri di libera scelta per numero di assistibili. Provincia di Bolzano – Situazione al 31/12/2007**



Fonte: ufficio Distretti sanitari, PAB

Tabella 10: **Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta distribuiti per numero di assistibili – Situazione al 31/12/2007**

Classi di scelte	Provincia	
	N.	%
Fino a 500	14	5,5%
501-1.000	20	7,8%
1.001-2.000	131	51,2%
Oltre 2.000 scelte	91	35,5%
Totale medici medicina generale	256	100,0%

Classi di scelte	Provincia	
	N.	%
Fino a 600	5	9,4%
601-1.200	29	54,7%
Oltre 1.200 scelte	19	35,8%
Totale pediatri libera scelta	53	100,0%

Fonte: ufficio Distretti sanitari, PAB

**CLASSI MASSIMALI
DI SCELTE**

Al 31 dicembre 2007, 91 medici di medicina generale superavano 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 2007, 19 pediatri superavano 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. Mediamente in Provincia nel 2007, l'ambulatorio del medico di medicina generale è rimasto aperto per 17 ore e 39 minuti alla settimana. Il distretto di Val Gardena ha offerto l'orario di apertura mediamente più ampio, 24 ore e 18 minuti; nel distretto di Bolzano si registra l'orario medio di apertura più ridotto, 15 ore e 39 minuti alla settimana.

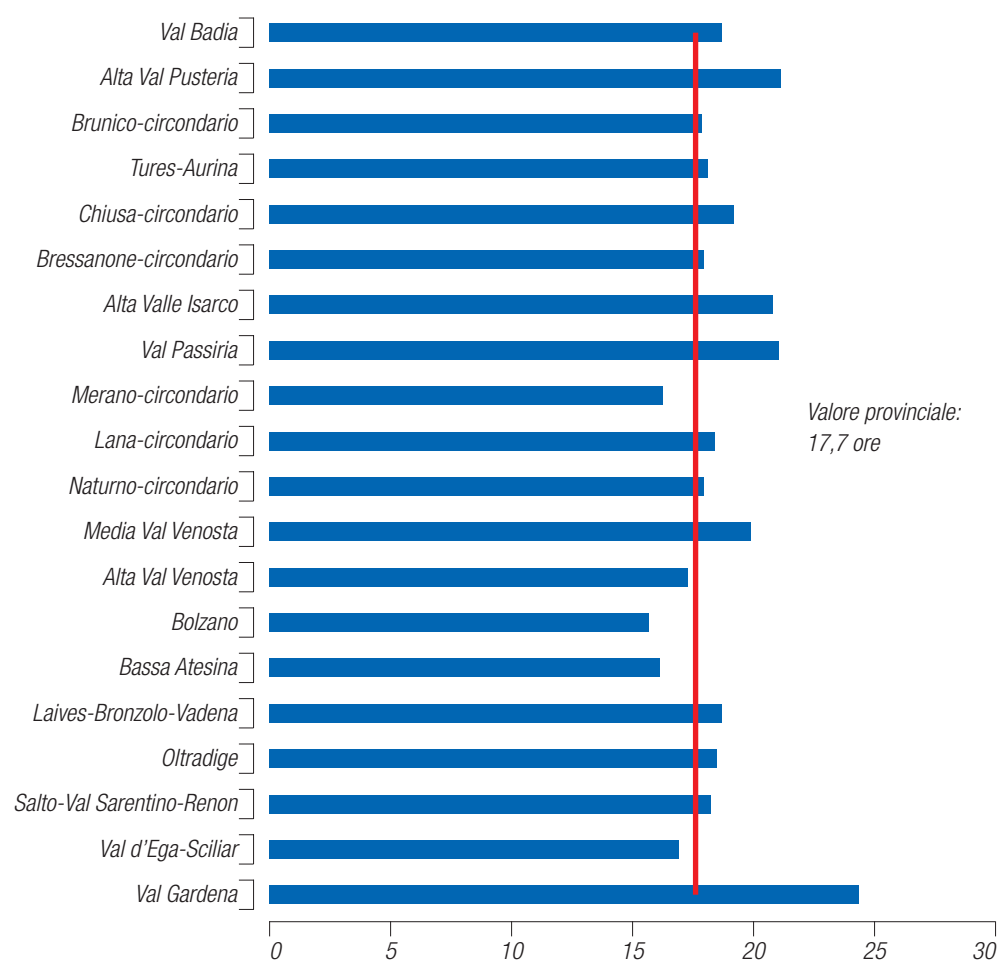
Nel 2007, 130 medici di medicina generale (pari al 50,8%) avevano l'ambulatorio aperto dopo le ore 18.00; 54 medici (21,1%) presentavano un orario di apertura settimanale superiore alle 20 ore.

L'orario di apertura settimanale degli ambulatori dei pediatri di libera scelta è sensibilmente inferiore a quello dei medici di medicina generale: 16 ore e 8 minuti in media. A tale riguardo va evidenziato 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 2007 solo due pediatri di libera scelta operanti sul territorio provinciale avevano un orario di apertura superiore alle 20 ore settimanali, mentre 8 pediatri davano la possibilità di accedere all'ambulatorio dopo le ore 18.00.

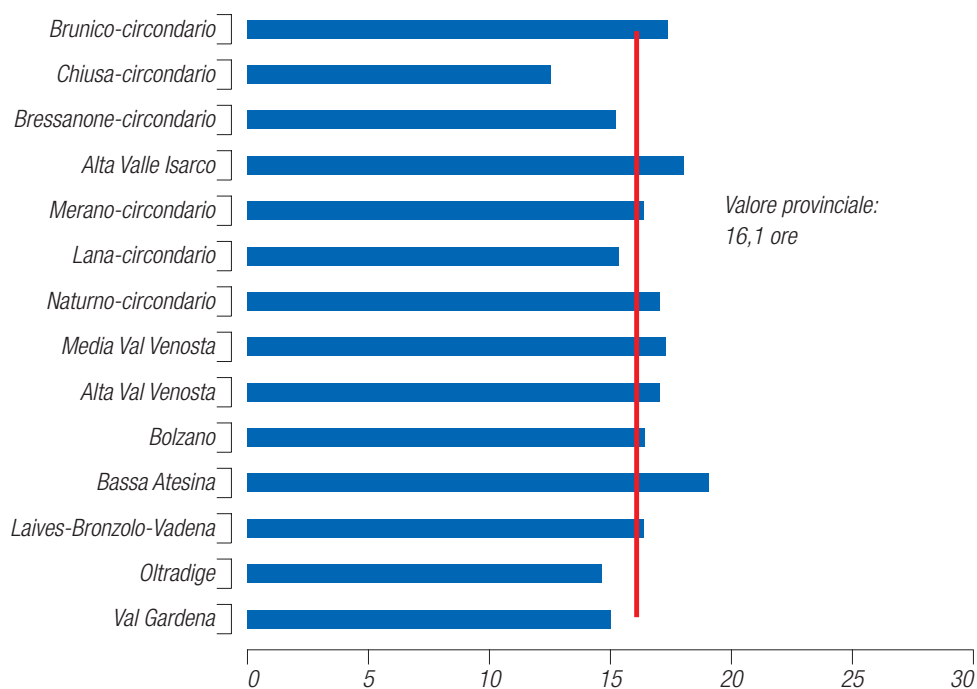
Naturalmente, l'adeguatezza degli orari di apertura degli ambulatori medici rispetto alle esigenze degli utenti, andrebbe valutata rispetto alla tipologia degli assistiti, tenendo conto della loro età e del loro stato di salute.

Figura 9: **Numero medio di ore di apertura settimanale per medico di medicina generale per distretto sanitario – Anno 2007**



Fonte: ufficio Distretti sanitari, PAB

Figura 10: **Numero medio di ore di apertura settimanale per pediatra di libera scelta per distretto sanitario- Anno 2007**



Fonte: ufficio Distretti sanitari, PAB

Tabella 11: **Prestazioni aggiuntive erogate dai medici di medicina generale – Anno 2007**

	Provincia
Sutura di ferita superficiale	1.752
Rimozione punti di sutura e medicazione	7.759
Cateterismo uretrale nell'uomo	675
Cateterismo uretrale nella donna	26
Tamponamento nasale anteriore	76
Fleboclisi (unica eseguibile in caso di intervento di urgenza)	416
Prima medicazione	15.189
Successive medicazioni	19.041
Iniezione di gammaglobulina o vaccinazione antitetanica	2.109
Iniezione sottocutanea desensibilizzante	116
Tampone faringeo, prelievo per esame batteriologico (solo su pazienti non deambulanti)	36
Rimozione corpo estraneo dall'occhio	483
Ciclo di fleboclisi	6.302
Ciclo curativo di iniezioni endovenose	2.187
Ciclo aerosol o inalazioni caldo umide nello studio professionale del medico	4
Vaccinazioni non obbligatorie (influenzale, ...)	11.822
Asportazione tappo di cerume	17.647
Iniezione endovenosa	1.603
Visite ambulatoriali occasionali	2.370
Visite domiciliari occasionali	172
Visite occasionali notturne	42
Totale	89.827

Fonte: servizi di medicina di base

Tabella 12: Prestazioni aggiuntive erogate dai pediatri di libera scelta – Anno 2007

Prestazioni eseguibili senza autorizzazione	Provincia
Estrazione corpo estraneo dal naso	6
Estrazione corpo estraneo dall'orecchio	12
Riduzione incruenta di fimosi e parafimosi	89
Riduzione di ernia inguinale	7
Sbrigliamento sinecchia piccole labbra	73
Toilette di perionichia suppurata	24
Riduzione della pronazione dolorosa dell'ulna	13
Asportazione di verruche	515
Scotch-test per ossiuri	96
Ricerca streptococco a (su pazienti non deambulabili)	855
Trattamento provvisorio di frattura o lussazione mediante immobilizzazione con materiale idoneo piccoli segmenti	3
Sedute vaccinali	2.709
Visite ambulatoriali pediatri occasionali	89
Visite domiciliari pediatri occasionali	1
Tampone faringeo, prel. per esame batter. (solo su paz. non amb)	4.475
Iniezione endovenosa	24
Medicazioni successive	578
Sutura di ferita superficiale	17
Rimozione punti di sutura e medicazione	443
Tamponamento nasale anteriore	3
Prima medicazione	788
Spirometria	109
Pricktest	96
ECG	86
Ecografia, per distretto	653
Esame urine effettuate con analizzatore con referto stampato	2.241
Estrazione corpo estraneo dall'occhio	4
Terapia iniettorica desensibilizzante (per seduta)	6
Totale	14.015
Prestazioni eseguibili con autorizzazione	
Screening per l'ambliopia	391
Seduta vaccinale ai sensi del calendario vaccinale	4.175

Fonte: servizi di medicina di base

2.2.2. Servizio di continuità assistenziale

La copertura assistenziale del medico di assistenza di base nei confronti dei propri iscritti, è attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00. La continuità assistenziale per le urgenze notturne, prefestive e festive negli orari diversi da quelli sopra indicati viene garantita secondo diverse modalità.

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 e la frazione di Cardano (Comune di Cornedo all'Isarco), coprendo circa il 70% della popolazione del Comprensorio Sanitario 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, il Comprensorio Sanitario di Bolzano nel 2003 ha istituito nei distretti di Oltradige e Laives-Bronzolo-Vadena due ambulatori del servizio di guardia medica nelle sedi distret-

**IL SERVIZIO DI
CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE**

**CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE IN
FORMA ATTIVA**

**LA CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE IN
FORMA DI REPERIBILITÀ**

tuali di Appiano e Laives: in queste località l'attività medica ambulatoriale si integra a quella domiciliare. Nel corso del 2007 il volume degli interventi medici prodotto dal servizio di guardia medica in forma attiva è risultato di 14.570 prestazioni mediche (+12,5% rispetto al 2006), di cui 1.280 visite domiciliari, 4.375 visite ambulatoriali (nelle sedi di Appiano, Laives e Bolzano) e 8.915 consulenze telefoniche.

Nei comuni non coperti dal servizio di guardia medica in forma attiva, l'attività di guardia medica festiva e prefestiva viene organizzata dal comprensorio sanitario stesso 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 nessun distretto sanitario è attivata una procedura di rilevazione delle prestazioni erogate durante i turni di disponibilità domiciliare.

**CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE
PEDIATRICA**

La continuità assistenziale pediatrica è garantita, nel Comprensorio Sanitario di Bolzano, il sabato, la domenica e i giorni festivi dalle 9.00 alle 12.00 e dalle 16.00 alle 19.00 (tutto l'anno) attraverso la presenza di un pediatra di libera scelta o altro pediatra, coadiuvato da un infermiere, 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.

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 (da novembre a maggio) attraverso la presenza di un pediatra di libera scelta e di un'assistente sanitaria presso il consultorio pediatrico.

2.2.3. Servizio di 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 e Val Badia.

Durante il 2007 nel Comprensorio Sanitario di Merano il servizio di guardia medica turistica non è stato offerto, mentre nel Comprensorio Sanitario di Bressanone è stato svolto dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta dei singoli distretti sanitari, su richiesta del turista, all'interno della loro normale reperibilità settimanale e del fine settimana.

La durata della "stagione turistica" viene stabilita dal singolo comprensorio sanitario 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 del Comprensorio Sanitario di Bolzano nel 2007, 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 dal 22 dicembre 2006 fino al 31 marzo 2007 nei comuni di Castelrotto e Fiè allo Sciliar (99 giorni di apertura complessivi), fino al

**IL SERVIZIO STAGIONALE
DI ASSISTENZA MEDICA
AI VILLEGGIANTI**

9 aprile nei comuni di Ortisei, Santa Cristina, Selva Val Gardena e Nova di Levante/Nova di Ponente (106 giorni di apertura complessivi). Sono state erogate 2.518 prestazioni (–6,2% rispetto al 2006).

La stagione estiva, invece, è stata coperta dal servizio per 93 giorni (29 giugno 2007 - 30 settembre 2007), nei comuni di Ortisei, Santa Cristina, Selva Val Gardena e Nova Levante/Nova Ponente, per 96 giorni nei comuni di Castelrotto e Fiè allo Sciliar (29 giugno 2007 - 14 ottobre 2007). Complessivamente nella stagione estiva sono state erogate 2.957 prestazioni (–4,8% rispetto al 2006).

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 2006 al 31 marzo 2007) è stata coperta per 67 giorni, durante i quali sono state effettuate 882 visite ambulatoriali e domiciliari (+19,2% rispetto al 2006). La stagione estiva è stata coperta per 54 giorni (dal 1° luglio al 15 settembre 2007) con l'erogazione di 598 visite (+71,8% rispetto al 2006).

Tabella 13: **Attività e prestazioni erogate dal servizio stagionale di Assistenza Medica ai villeggianti nell'inverno 2006-2007**

Comune	N. ore apertura servizio	N. visite in ambulatorio	N. visite a domicilio	N. medio interventi giornalieri*	N. medio medici per turno
Ortisei/Santa Cristina/Selva Val Gardena°	2.544	791	170	9,1	2
Castelrotto/Fiè allo Sciliar°	2.376	678	78	7,6	2
Nova Levante/Nova Ponente°	2.544	727	74	7,6	1
Marebbe e S. Martino in Badia°°	696	459	17	7,1	1
La Valle, Badia e Corvara°°	790	334	72	6,1	1
Totale	8.950	2.989	411	7,5	7

* Considerando 106 giorni di apertura del servizio stagionale di Assistenza Medica per i comuni di Ortisei/Santa Cristina/Selva Val Gardena e Nova Levante/Nova Ponente, 99 giorni per i comuni di Castelrotto e Fiè allo Sciliar, 67 giorni per i comuni di Marebbe, San Martino in Badia, La Valle, Badia e Corvara

° servizio diurno e notturno

°° servizio diurno

Fonte: servizi di medicina di base di Bolzano e Brunico

Tabella 14: **Attività e prestazioni erogate dal servizio stagionale di Assistenza Medica ai villeggianti nell'estate del 2007**

Comune	N. ore apertura servizio	N. visite in ambulatorio	N. visite a domicilio	N. medio interventi giornalieri*	N. medio medici per turno
Ortisei/Santa Cristina/Selva Val Gardena°	2.232	1.021	162	12,7	2
Castelrotto/Fiè allo Sciliar°	2.304	812	84	9,3	2
Nova Levante/Nova Ponente°	2.232	839	39	9,4	1
Marebbe e S. Martino in Badia°°	461	339	23	6,7	1
La Valle, Badia e Corvara°°	646	224	12	4,4	1
Totale	7.875	3.235	320	8,5	7

* Considerando 93 giorni di apertura del servizio stagionale di Assistenza Medica per i comuni di Ortisei/Santa Cristina/Selva Val Gardena e Nova Levante/Nova Ponente, 96 giorni per i comuni di Castelrotto e Fiè allo Sciliar, 54 giorni per i comuni di Marebbe, San Martino in Badia, La Valle, Badia e Corvara

° servizio diurno e notturno

°° servizio diurno

Fonte: servizi di medicina di base di Bolzano e Brunico

2.3. ASSISTENZA DISTRETTUALE E DOMICILIARE

Al 31.12.2007 gli aventi diritto a livello provinciale ad un assegno di ospedalizzazione a domicilio erano 3.844; per questo servizio nel 2007 sono stati spesi 20.583.827,21 Euro.

Nel 2007 i pazienti seguiti in assistenza domiciliare programmata dai servizi di medicina di base provinciali sono stati 1.712, mentre quelli seguiti in assistenza domiciliare integrata sono stati 417.

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 2007 sono state erogate 856.104 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 31.12.2007 gli aventi diritto a livello provinciale erano 3.844 (+2,0%, rispetto al 2006); per questo servizio nel 2007 sono stati spesi 20.583.827,21 Euro (+5,0% rispetto al 2006).

Tabella 15: **Attività relative alle richieste di assegno di ospedalizzazione a domicilio per l'assistenza a non autosufficienti svolte dai servizi di medicina di base – Anno 2007**

	Provincia
Nuove richieste presentate nel 2007	2.104
Assegni concessi nel 2007	1.455
Percentuale di domande accolte	69,2%
Ricorsi esaminati con esito favorevole nel 2007	64
Ricorsi esaminati con esito negativo nel 2007	118
Revisioni effettuate nel 2007	346
Revisioni con conferma del diritto di assegno nel 2007	265
Numero pazienti con 60-70 punti	2.810
Numero pazienti con ≥ 71 punti	1.034
Totale utenti al 31.12.07	3.844
Totale liquidato	20.583.827,21

Fonte: ufficio Distretti sanitari, PAB

2.3.1. L'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 durata massima delle autorizzazioni è di un anno.

Il medico di base – che spesso è l'unico a seguire il paziente – all'occorrenza viene supportato da un infermiere.

Nel 2007 il numero di pazienti seguiti in ADP dai servizi di medicina di base della Provincia di Bolzano è stato di 1.712, in aumento rispetto all'anno precedente (1.512 nel 2006, +13,2%). Ognuno dei medici impegnati (il 53,9% di quelli operanti sul territorio provinciale) ha seguito in media 12,4 pazienti.

Tabella 16: **Quadro di sintesi sull'assistenza domiciliare programmata erogata nella PAB – Anno 2007**

	Provincia
Numero di richieste di assistenza domiciliare programmata esaminate dai medici di medicina generale nel 2007	1.703
Numero di autorizzazioni all'assistenza domiciliare programmata concesse nel 2007	1.554
% di richieste di assistenza domiciliare programmata accolte nel 2007	91,3%
Numero di assistiti in domiciliare programmata	1.712
Numero di medici di medicina generale che sono stati retribuiti per interventi di assistenza domiciliare programmata	138
Numero medio di interventi mensili per paziente seguito in assistenza domiciliare programmata	1,47
Totale importo liquidato per retribuzioni di assistenza domiciliare programmata in Euro	694.345,98

Fonte: servizi di medicina di base

Il 78,7% dei pazienti seguiti in ADP ha un'età superiore ai 75 anni. Il rapporto tra i sessi è di 2 donne per ogni uomo: la maggiore longevità femminile comporta anche una più frequente richiesta di assistenza nelle fasce d'età avanzate.

ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (ADP)

PAZIENTI IN ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA PER ETÀ E SESSO

**PAZIENTI IN ASSISTENZA
DOMICILIARE
PROGRAMMATA PER
CONDIZIONE PRINCIPALE**

Tabella 17: **Distribuzione per età e sesso degli assistiti in domiciliare programmata e tassi per 100.000 ab. – Anno 2007**

Età	Provincia		
	M	F	TOT
Fino a 64 anni	75	60	135
65-74	97	133	230
75-84	202	426	628
85 e oltre	202	517	719
Totale	576	1.136	1.712
Tasso per 100.000 ab. *	234,4	478,8	354,4

* È stata utilizzata la popolazione residente in anni vissuti nell'anno 2007

Fonte: servizi di medicina di base

L'assistenza domiciliare programmata viene prevalentemente erogata per malattie del sistema circolatorio (arteriopatie periferiche, insufficienza cardiaca, ictus: 34,5%); seguono i pazienti assistiti in assistenza domiciliare programmata per malattie neurologiche (sclerosi multipla, demenza senile, Alzheimer, morbo di Parkinson: 22%), le malattie degenerative delle ossa e delle articolazioni con un valor medio provinciale del 17,1% e i tumori con l'11,2%.

Tabella 18: **Assistiti in domiciliare programmata per condizione e sesso (valori assoluti e percentuali) – Anno 2007**

	M	%	F	%	Provincia	%
Gravi arteriopatie periferiche	169	29,3%	284	25,0%	453	26,5%
Grave insufficienza cardiaca NYHA 3-4	22	3,8%	39	3,4%	61	3,6%
Tumori	74	12,8%	117	10,3%	191	11,2%
Malattie degenerative delle ossa e delle articolazioni	58	10,1%	235	20,7%	293	17,1%
Broncopneumopatie	42	7,3%	67	5,9%	109	6,4%
Ictus con paresi	27	4,7%	50	4,4%	77	4,5%
Malattie psichiatriche	5	0,9%	7	0,6%	12	0,7%
Malattie neurologiche (sclerosi multipla, demenza senile/ Alzheimer, Morbo di Parkinson,...)	117	20,3%	259	22,8%	376	22,0%
Patologie congenite e perinatali	25	4,3%	17	1,5%	42	2,5%
Altra patologia/condizione*	37	6,4%	61	5,4%	98	5,7%
Totale	576	100,0%	1.136	100,0%	1.712	100,0%

* Comprende diabete, depressione, epilessia, insufficienze renali e patologie alle ghiandole endocrine

Fonte: servizi di medicina di base

**ASSISTENZA
DOMICILIARE
INTEGRATA (ADI)**

2.3.2. L'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, 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 autorizza il medico di fiducia del paziente ad effettuare l'intervento in forma integrata.

Nel 2007 sono stati 417 i pazienti seguiti in ADI dai servizi di medicina di base provinciali, circa 86 casi trattati ogni 100.000 abitanti. Si rileva un lieve aumento del numero di assistiti rispetto all'anno precedente (360 pazienti trattati nel 2006, +15,8). Nei confronti delle altre regioni italiane (dati 2005 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 39,8% dei medici di medicina generale della Provincia di Bolzano è stato coinvolto nel 2007 in programmi di assistenza domiciliare integrata; mediamente su ogni paziente sono stati effettuati 4 interventi al mese, con l'apporto di diverse figure professionali. Si rileva comunque una notevole variabilità di tale dato tra i servizi di medicina di base, effetto dei bisogni assistenziali differenziati secondo le diverse tipologie di pazienti.

Ciascun medico impegnato ha seguito in media 4,1 pazienti.

Tabella 19: **Quadro di sintesi sull'assistenza domiciliare integrata erogata nella PAB – Anno 2007**

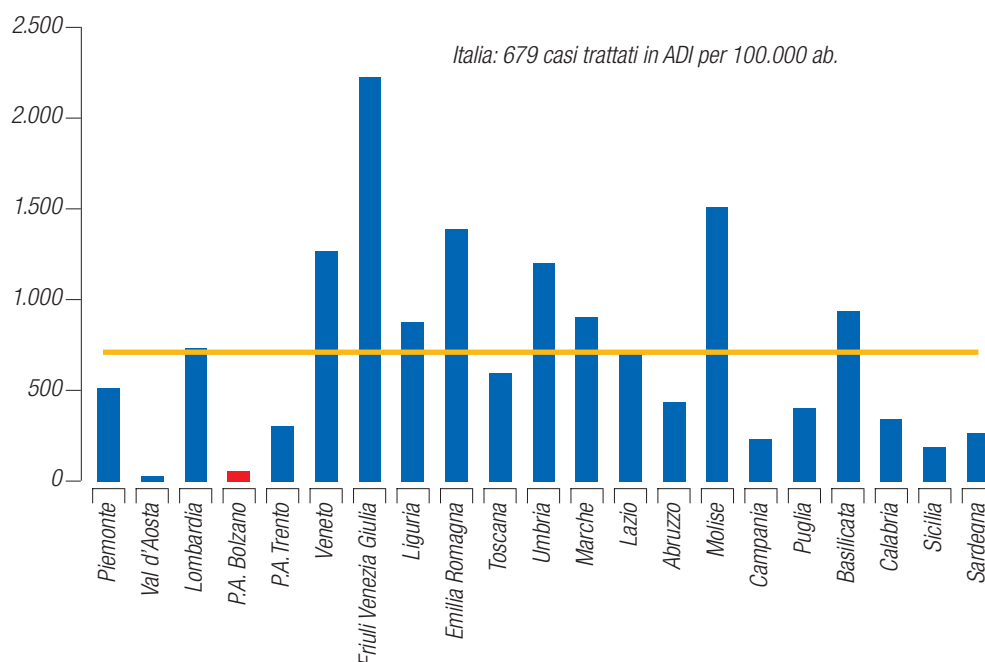
	<i>Provincia</i>
<i>Numero di richieste di assistenza domiciliare integrata esaminate dai medici di medicina generale nel 2007</i>	417
<i>Numero di autorizzazioni all'assistenza domiciliare integrata concesse nel 2007</i>	394
<i>% di richieste di assistenza domiciliare integrata accolte nel 2007</i>	94,5%
<i>Numero di assistiti in domiciliare integrata</i>	417
<i>Numero di medici di medicina generale che sono stati retribuiti per interventi di assistenza integrata al domicilio dell'assistito</i>	102
<i>Numero medio di interventi mensili per paziente seguito in assistenza integrata</i>	4,15
<i>Totale importo liquidato per retribuzioni di assistenza integrata in Euro</i>	202.130,86

Fonte: servizi di medicina di base

**PAZIENTI IN ASSISTENZA
DOMICILIARE INTEGRATA
PER ETÀ E SESSO**

**PAZIENTI IN ASSISTENZA
DOMICILIARE INTEGRATA
PER CONDIZIONE
PRINCIPALE**

Figura 11: Numero di casi trattati in ADI per 100.000 abitanti nelle regioni italiane – Anno 2005



Fonte: Ministero della salute – Annuario Statistico del SSN 2005

Il rapporto tra i sessi in questi pazienti è di 1,2 donne per ogni uomo. Il 71,0% dei pazienti presenta un'età superiore ai 75 anni.

Tabella 20: Distribuzione per età e sesso degli assistiti in domiciliare integrata e tassi per 100.000 ab. – Anno 2007

Età	Provincia		
	M	F	TOT
Fino a 64 anni	26	25	51
65-74	30	40	70
75-84	96	89	185
85 e oltre	41	70	111
Totale	193	224	417
Tasso per 100.000 ab. *	78,5	94,4	86,3

* È stata utilizzata la popolazione residente in anni vissuti nell'anno 2007

Fonte: servizi di medicina di base

Complessivamente nel 2007, quasi la metà (48,2%) dei pazienti seguiti a domicilio in forma integrata risultavano affetti da neoplasie, seguiti dagli assistiti che presentavano una malattia del sistema circolatorio (arteriopatie periferiche, insufficienza cardiaca, ictus: 30,2%).

Tabella 21: **Assistiti in domiciliare integrata per condizione e sesso (valori assoluti e percentuali) – Anno 2007**

	<i>M</i>	%	<i>F</i>	%	<i>Provincia</i>	%
<i>Gravi arteriopatie periferiche</i>	9	4,7%	12	5,4%	21	5,0%
<i>Grave insufficienza cardiaca NYHA 3-4</i>	27	14,0%	31	13,8%	58	13,9%
<i>Tumori</i>	104	53,9%	97	43,3%	201	48,2%
<i>Malattie degenerative delle ossa e delle articolazioni</i>	2	1,0%	12	5,4%	14	3,4%
<i>Broncopneumopatie</i>	3	1,6%	5	2,2%	8	1,9%
<i>Ictus con paresi</i>	20	10,4%	27	12,1%	47	11,3%
<i>Malattie psichiatriche</i>	10	5,2%	12	5,4%	22	5,3%
<i>Malattie neurologiche (sclerosi multipla, demenza senile/ Alzheimer, Morbo di Parkinson,...)</i>	12	6,2%	25	11,2%	37	8,9%
<i>Patologie congenite e perinatali</i>	1	0,5%	-	-	1	0,2%
<i>Altra patologia/condizione*</i>	5	2,6%	3	1,3%	8	1,9%
Totale	193	100,0%	224	100,0%	417	100,0%

* Comprese sindrome apallica, malattie alle ghiandole endocrine, insufficienze renali e altre condizioni di salute

Fonte: servizi di medicina di base

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 e garantisce le misure assistenziali infermieristiche sia in ambulatorio che a domicilio del paziente.

Sono 859.421 le prestazioni infermieristiche dirette all'utente rilevate nel 2007 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 attività assistenziali e prestazioni non sono disponibili.

L'attività più frequente è costituita dalla rilevazione dei parametri vitali con 156.132 prestazioni erogate nel 2007, in aumento rispetto all'anno precedente (+1,9%); segue il prelievo di sangue venoso con 134.937 prestazioni (+4% rispetto al 2006). Il personale infermieristico svolge un ruolo molto importante anche nell'attività di educazione sanitaria e di consulenza rivolta a pazienti e/o familiari ai fini della prevenzione e della corretta messa in atto di misure assistenziali garantite dai care giver (100.340 prestazioni, +26,3% rispetto al 2006).

Tabella 22: **Prestazioni dirette all'utente (valori assoluti e percentuali) più frequentemente erogate dai servizi infermieristici distrettuali sul territorio provinciale – Anno 2007**

	Provincia	%
Misurazione di parametri vitali e/o valutazione dello stato di uno o più organi-sistemi	156.132	18,2%
Prelievo di sangue venoso	134.937	15,7%
Educazione del paziente e/o della famiglia ai fini della prevenzione, responsabilizzazione igienico-sanitaria e adesione al programma di intervento	100.340	11,7%
Preparazione, somministrazione farmaci e/o sostanze per via parenterale	77.900	9,1%
Medicazione e/o bendaggio semplici	72.905	8,5%
Medicazione e/o bendaggio complessi	49.835	5,8%
Applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance	40.106	4,7%
Prelievo di sangue capillare	39.860	4,6%
Preparazione, somministrazione farmaci e/o sostanze per via orale	19.663	2,3%
Definizione degli obiettivi assistenziali e terapeutici previsti	18.722	2,2%
Preparazione, somministrazione farmaci e/o sostanze per via topica	17.229	2,0%
Controllo e cure ordinarie della cute e/o delle mucose attorno a drenaggi, cateteri, stomie e sonde	17.115	2,0%
Elaborazione del dossier del paziente	16.833	2,0%
Preparazione e sostegno nell'esecuzione di igiene completa al paziente allettato	13.593	1,6%
Valutazione di controllo NAS	10.754	1,3%
Sostegno nelle fragilità emotive	8.404	1,0%
Gestione di per fusione a termine o continua	6.809	0,8%
Raccolta non sterile di escreti e secreti	4.458	0,5%
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	3.876	0,5%
Apposizione o sostituzione di catetere uretrale	3.291	0,4%
Totale parziale (prime 20 prestazioni)	812.762	94,6%
Totale prestazioni rilevate	859.421	100,0%

Fonte: distretti sanitari

Fra le altre attività svolte dal servizio infermieristico figurano le valutazioni a domicilio dello stato di non autosufficienza in base alla l. prov. 33/88, che si attestano nel complesso a 2.752 prestazioni.

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 e altre prestazioni. 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 23: **Prestazioni dirette all'utente più frequentemente erogate dai servizi infermieristici in ambulatorio e al domicilio dei pazienti; totale prestazioni rilevate nei distretti – Anno 2007**

Distretti	Rilevazione parametri vitali		Prelievo venoso		Preparazione e somministrazione di farmaci		Totale prest. per distretto
	Amb.	Dom.	Amb.	Dom.	Amb.	Dom.	
Val Gardena	1.298	123	4.498	285	369	225	11.741
Val d'Ega-Sciliar	5.346	4.023	8.077	534	905	827	52.006
Salto-Val Sarentino-Renon	3.393	3.294	8.390	229	488	460	30.530
Oltradige	2.151	694	12.193	728	1.629	700	35.855
Laives-Bronzolo-Vadena	2.364	836	7.224	648	1.720	389	22.410
Bassa Atesina	6.809	2.425	18.617	1.003	2.124	947	55.337
Bolzano	4.829	3.596	31.192	3.968	21.124	4.529	130.581
Alta Val Venosta	2.531	1.269	7.463	374	1.596	1.402	39.314
Media V. Venosta	3.752	5.089	2.095	475	1.800	1.020	40.071
Naturno-circondario	2.794	1.736	4.013	349	704	257	27.199
Lana-circondario	2.345	2.713	5.191	859	777	584	46.610
Merano-circond.	8.463	4.341	138	3.504	4.236	1.162	63.276
Val Passiria	2.109	2.708	4.440	384	422	649	28.074
Alta Valle Isarco	687	4.419	139	772	264	1.252	35.929
Bressanone-circondario	4.324	4.527	8	977	1.531	924	59.362
Chiusa-circondario	675	2.529	3.268	461	230	514	28.818
Tures-Aurina	6.568	6.816	2	422	2.665	1.593	30.217
Brunico-circondario	13.488	7.410	23	872	7.278	3.186	56.488
Alta Val Pusteria	9.619	8.718	25	718	2.978	1.821	48.247
Val Badia	2.161	3.160	4	375	1.590	1.029	17.356
Provincia	85.706	70.426	117.000	17.937	54.430	23.470	859.421

Fonte: distretti sanitari

2.3.4. L'assistenza consultoriale materno infantile

2.3.4.1. 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 invece l'assistente sanitaria o l'infermiera pediatrica.

A livello provinciale i pediatri hanno erogato complessivamente, durante l'anno 2007, 37.487 prestazioni, comprensive di prime visite (5,8%), visite di controllo (56,1%), somministrazione di vaccini (8,7%), bilanci di salute (7,6%) e altre tipologie di attività (controllo denti/profilassi carie, test audiometrico infantile, Boel test,...;21,8%).

L'attività svolta dalle assistenti sanitarie nei consultori pediatrici provinciali, è costituita soprattutto dall'assistenza alle prime visite e alle visite di controllo (31,9%), dai controlli di pidocchi e parassiti (18,1%) e dagli interventi di consulenza e di educazione sanitaria relativamente allo svezzamento e all'accrescimento del bambino.

Nel corso del 2007 sono stati organizzati nelle scuole elementari e medie di alcuni distretti corsi di prevenzione della carie, corsi di igiene personale, di alimentazione sana, di stili di vita sani e corsi di educazione sull'affettività e sessualità.

Tabella 24: Prestazioni erogate dai pediatri nei consultori pediatrici per distretto sanitario – Anno 2007

	Prime visite	Visite di controllo	Somministrazione di vaccini	Bilanci di salute*	Altre prestazioni**	Totale Provincia
Val Gardena	83	992	63	–	–	1.138
Val d'Ega-Sciliar	181	1.796	483	–	–	2.460
Salto-Val Sarentino-Renon	201	2.535	388	–	–	3.124
Oltradige	–	–	–	–	–	–
Laives-Bronzolo-Vadena	–	–	–	–	–	–
Bassa Atesina	–	–	–	161	–	161
Bolzano	829	10.819	2.115	–	–	13.763
Alta Val Venosta	–	–	122	140	306	568
Media Val Venosta	–	–	–	–	–	–
Naturno-circondario	–	–	–	49	–	49
Lana-circondario	33	745	–	518	1	1.297
Merano-circondario	341	3.322	105	–	6.396	10.164
Val Passiria	105	834	–	1.158	–	2.097
Alta Valle Isarco	–	–	–	287	109	396
Bressanone-circondario	–	–	–	–	552	552
Chiusa-circondario	–	–	–	523	805	1.328
Tures-Aurina	–	–	–	–	–	–
Brunico-circondario	291	–	–	–	–	291
Alta Val Pusteria	–	–	–	–	–	–
Val Badia	99	–	–	–	–	99
Provincia	2.163	21.043	3.276	2.836	8.169	37.487

*Compresi i controlli fino ai 12 mesi, 1-3 anni, 3-6 anni, 9-10 anni, 12-14 anni

**Compresi somministrazione di vaccini, servizio pediatrico di guardia medica...

Fonte: distretti sanitari

Tabella 25: Prestazioni erogate dalle assistenti sanitarie e altre figure professionali nei consultori pediatrici per distretto sanitario – Anno 2007

	Val Gardena	Val d'Ega-Sciliar	Salto-Val Sarentino-Renon	Oltradige	Laives-Bronzolo-Vadena	Bassa Atesina	Bolzano
Assistenza prime visite	83	181	201	217	–	157	829
Assistenza visite di controllo, assistenza visite successive alla prima	992	1.796	2.535	1.725	–	2.897	10.819
Interventi a domicilio	169	155	173	352	219	272	83
Medicazioni	5	28	294	150	169	157	1.093
Controlli fino a 12 mesi	812	1.489	2.056	–	–	–	9.946
Controlli 1/3 anni	95	286	388	–	–	–	811
Controlli 3/6 anni	85	21	91	–	–	–	62
Valutazione ortottica	287*	498*	500*	940*	583*	859*	2.420*
Test audiometrico infantile	106**	227**	245**	457**	258**	362**	1.077**
Boel test	99**	236**	245**	–	336**	418**	1.007**
Controllo denti/profilassi carie	–	433	267	197	198	112	126
Somministrazione vaccini (assistenza ed esecuzione)	63	483	388	1.186	–	104	2.115
Controllo pidocchi/parassiti	1.163	1.951	1.394	2.250	1.925	1.210	8.790
Riflessologia plantare	55	–	–	55	–	34	84
Consulenza allattamento	357	169	701	–	–	610	676
Altro (rilevazione pressione arteriosa, incontri genitori-bambini, corsi pre-parto, ...)	192	561	106	28	213	–	68
Totale	4.563	8.514	9.584	7.557	3.901	7.192	40.006
Consulenze (anche telefoniche)	526	355	1.178	827	1.319	840	1.910

*Queste prestazioni sono state eseguite da ortottisti e assistenti di oftalmologia

**Queste prestazioni vengono effettuate dal logopedista

Fonte: distretti sanitari

Tabella 25: **Prestazioni erogate dalle assistenti sanitarie e altre figure professionali nei consultori pediatrici per distretto sanitario – Anno 2007 (Continua)**

	Alta Val Venosta	Media Val Venosta	Naturno-circondario	Lana-circondario	Merano-circondario	Val Passiria	Alta Valle Isarco
Assistenza prime visite	127	152	315	193	341	210	219
Assistenza visite di controllo, assistenza visite successive alla prima	968	1.898	1.668	2.023	3.322	1.682	930
Interventi a domicilio	27	101	23	233	136	5	3
Medicazioni	27	34	377	169	843	273	–
Controlli fino a 12 mesi	78	–	–	–	–	420	28
Controlli 1/3 anni	43	–	–	–	–	218	111
Controlli 3/6 anni	19	–	49	54	–	261	148
Controlli 9-10 anni	–	–	–	168***	–	146	–
Controlli 12-14 anni	–	–	–	–	–	113	–
Valutazione ortottica	330	427	135	503	–	–	442
Test audiometrico infantile	–	–	–	–	–	–	226**
Boel test	–	–	–	–	–	–	156**
Controllo denti/profilassi carie	8	–	–	292	–	–	361
Somministrazione vaccini (assistenza ed esecuzione)	122	–	238	1.861	105	198	–
Controllo pidocchi/parassiti	472	711	691	1.404	133	462	865
Consulenza allattamento	–	53	69	189	–	–	–
Altro (controlli visivi/sehtest, controllo urine, ...)	405	41	–	55	941	–	–
Totale	2.626	3.417	3.565	7.144	5.821	3.988	3.489
Consulenze (anche telefoniche)	1.065	228	559	1.769	4.343	243	73

** Queste prestazioni vengono effettuate dal logopedista

*** Compresi i controlli di 9-10 anni e 12-14 anni

Fonte: distretti sanitari

Tabella 25: **Prestazioni erogate dalle assistenti sanitarie e altre figure professionali nei consultori pediatrici per distretto sanitario – Anno 2007 (Continua)**

	Bressanone-circondario	Chiusa-circondario	Tures-Aurina	Brunico-circondario	Alta Val Pusteria	Val Badia	Totale Provincia
Assistenza prime visite	567	340	–	291	–	99	4.522
Assistenza visite di controllo, assistenza visite successive alla prima	2.728	1.061	–	–	–	–	37.044
Interventi a domicilio	30	7	4	3	11	1	2.007
Medicazioni	–	–	–	–	–	–	3.619
Controlli fino a 12 mesi	–	476	–	–	–	–	15.305
Controlli 1/3 anni	–	47	–	–	–	–	1.999
Controlli 3/6 anni	–	–	22	1	190	115	1.118
Controlli 9-10 anni	–	–	48	36	168	120	686
Controlli 12-14 anni	–	–	144	102	160	104	623
Valutazione ortottica	1.026	679	458	1.314	598	390	12.389
Test audiometrico infantile	275**	185	–	–	–	–	3.418
Boel test	257**	208	151	385	180	131	3.809
Controllo denti/profilassi carie	1.072	412	340	998	323	248	5.387
Somministrazione vaccini (assistenza ed esecuzione)	–	–	141	–	259	95	7.358
Controllo pidocchi/parassiti	–	229	–	–	–	–	23.650
Riflessologia plantare	–	–	–	–	–	–	228
Consulenza allattamento	–	–	–	–	–	–	2.824
Altro (controlli visivi/sehtest, controllo urine, ...)	552	–	214	139	518	339	4.372
Totale	6.507	3.644	1.522	3.269	2.407	1.642	130.358
Consulenze (anche telefoniche)	263	110	1.325	3.146	1.859	830	22.768

** Queste prestazioni vengono effettuate dal logopedista

Fonte: distretti sanitari

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 anche dalle ostetriche che oltre all'esecuzione dei Pap-test effettuano visite nella gravidanza fisiologica e consulenze nel rispetto del loro specifico ambito di competenza, in altri dalle infermiere professionali o dalle assistenti sanitarie a supporto dei ginecologi. Nei distretti in cui non è presente il consultorio ostetrico-ginecologico, l'attività viene erogata dagli ospedali.

Nel corso del 2007 sono stati organizzati in alcuni distretti corsi di preparazione al parto, corsi di rieducazione pelvica, incontri con genitori e bambini, incontri post-partum.

Tabella 26: **Prestazioni erogate dai ginecologi nei consultori ostetrico-ginecologici per distretto sanitario*- Anno 2007**

	Val Gardena	Val d'Ega- Sciliar	Oltradige	Laives- Bronzolo- Vadena	Bassa Atesina	Bolzano
Primo colloquio con l'utente	—	—	—	300	—	—
Visita ginecologica (manovre di Leopold, ...)	363	129	392	400	1.568	807
Controllo gravidanza/Visita ostetrica	—	—	—	30	—	—
Contraccezione (prescrizione, inserimento IUD, ...)	—	—	3	150	40	159
Visita senologica (svolta dal medico)	164	71	103	50	371	66
Ecografia al seno	—	—	—	—	—	—
Pap-test	—	—	—	300	4	—
Prelievo vaginale per esame batteriologico	—	—	262	—	813	210
Cardiotocografia, ecografia (ginecologica, ostetrica)	348	128	53	—	479	384
Colposcopia	—	—	—	30	—	30
Consulenze sanitarie per menopausa, per sterilità, consulenze ostetriche	—	—	—	200	—	—
Rilevazione battito cardiaco fetale	—	—	35	—	470	14
Informazioni (sulla contraccezione, su IVG, altro)	—	—	—	—	—	—
Altro (comprese consulenze telefoniche, esame delle urine, rilevazione del peso e della pressione della donna in gravidanza, ...)	—	—	—	20	—	—
Totale	875	328	848	1.480	3.745	1.670

* Nel distretto di Salto-Sarentino-Renon non è presente il ginecologo ma solo l'ostetrica

Fonte: distretti sanitari

Tabella 26: Prestazioni erogate dai ginecologi nei consultori ostetrico-ginecologici per distretto sanitario- Anno 2007 (Continua)

	Alta Val Venosta	Naturno- circondario **	Lana- circondario	Merano- circondario
Primo colloquio con l'utente	231	78	—	108
Visita ginecologica (manovre di Leopold,...)	235	70	323	418
Controllo gravidanza/Visita ostetrica	—	—	—	84
Contraccezione (prescrizione, inserimento IUD,...)	2	—	—	116
Visita senologica (svolta dal medico)	170	54	4	129
Ecografia al seno	—	—	—	72
Pap-test	199	58	307	359
Prelievo vaginale per esame batteriologico	53	—	—	12
Cardiotocografia, ecografia (GINECOLOGICA, OSTETRICA)	193	63	—	244
Colposcopia	—	—	148	0
Consulenze sanitarie per menopausa, per sterilità, consulenze ostetriche	—	—	—	37
Rilevazione battito cardiaco fetale	—	—	—	13
Informazioni (sulla contraccezione, su IVG, altro)	—	—	—	16
Altro (comprese consulenze telefoniche, esame delle urine, rilevazione del peso e della pressione della donna in gravidanza,...)	1	78	44	8
Totale	1.084	401	826	1.616

** Nel distretto di Naturno il ginecologo è stato presente dal 11/01/2007 al 3/05/2007

Fonte: distretti sanitari

Tabella 26: Prestazioni erogate dai ginecologi nei consultori ostetrico-ginecologici per distretto sanitario- Anno 2007 (Continua)

	Chiusa- circondario	Tures-Aurina	Val Badia	Totale Provincia***
Primo colloquio con l'utente	431	—	—	1.148
Visita ginecologica (manovre di Leopold,...)	499	837	392	6.433
Controllo gravidanza/Visita ostetrica	48	—	—	162
Contraccezione (prescrizione, inserimento IUD,...)	—	4	1	475
Visita senologica (svolta dal medico)	431	615	307	2.535
Ecografia al seno	—	—	—	72
Pap-test	427	750	360	2.764
Prelievo vaginale per esame batteriologico	7	2	—	1.359
Cardiotocografia, ecografia (GINECOLOGICA, OSTETRICA)	112	—	—	2.004
Colposcopia	1	4	1	214
Consulenze sanitarie per menopausa, per sterilità, consulenze ostetriche	12	—	—	249
Rilevazione battito cardiaco fetale	18	—	—	550
Informazioni (sulla contraccezione, su IVG, altro)	—	—	—	16
Altro (comprese consulenze telefoniche, esame delle urine, rilevazione del peso e della pressione della donna in gravidanza,...)	4	109	48	312
Totale	1.990	2.321	1.109	18.293

*** Poiché in alcuni distretti non sono state rilevate una o più prestazioni erogate, non si tratta del totale effettivo, bensì del totale delle prestazioni conteggiate

Fonte: distretti sanitari

Tabella 27: Prestazioni erogate dalle ostetriche/infermiere nei consultori ostetrico-ginecologici per distretto sanitario – Anno 2007

	Val Gardena	Val d'Ega-Sciliar	Salto-Val Sarentino-Renon	Oltradige	Laives-Bronzolo-Vadena	Bassa Atesina	Bolzano
Primo colloquio con l'utente	119	245	263	–	400	390	1.449
Assistenza a visita ginecologica	–	–	–	–	100	–	–
Controllo gravidanza/Visita ostetrica	292	615	443	143	150	223	732
Pap-test	38	60	146	155	274	268	992
Prelievo vaginale per esame batteriologico	–	9	45	13	67	86	76
Cardiotocografia, ecografia (ginecologica, ostetrica)	–	–	–	1	–	–	27
Consulenze sanitarie per menopausa, per sterilità, consulenze ostetriche	548	1.365	1.346	–	600	711	2.658
Rilevazione battito cardiaco fetale	78	113	136	88	150	88	143
Visite domiciliari (post-partum, medicazioni, ecc.)	138	477	193	52	13	79	60
Informazioni (sulla contraccezione, su IVG, altro)	–	–	–	–	100	–	–
Assistenza al neonato	136	446	228	–	–	–	200
Altro (comprese consulenze telefoniche, esame delle urine, test di gravidanza)	–	725	688	–	230	45	658
Totale	1.349	4.055	3.488	452	2.084	1.890	6.995

Fonte: distretti sanitari

Tabella 27: Prestazioni erogate dalle ostetriche/infermiere nei consultori ostetrico-ginecologici per distretto sanitario – Anno 2007 (Continua)

	Naturno - circondario	Merano - circondario	Totale Provincia*
Primo colloquio con l'utente	78	108	3.052
Assistenza a visita ginecologica	–	–	100
Controllo gravidanza/Visita ostetrica	–	–	2.598
Contraccezione (prescrizione, inserimento IUD,...)	–	8	8
Pap-test	–	359	2.292
Prelievo vaginale per esame batteriologico	–	84	380
Cardiotocografia, ecografia (ginecologica, ostetrica)	–	–	28
Consulenze sanitarie per menopausa, per sterilità, consulenze ostetriche	–	37	7.265
Rilevazione battito cardiaco fetale	–	13	809
Visite domiciliari (post-partum, medicazioni, ecc.)	–	–	1.012
Informazioni (sulla contraccezione, su IVG, altro)	–	16	116
Assistenza al neonato	–	–	1.010
Altro (comprese consulenze telefoniche, esame delle urine, test di gravidanza)	78	363	2.787
Totale	156	988	21.457

** Poiché in alcuni distretti non sono state rilevate una o più prestazioni erogate, non si tratta del totale effettivo, bensì del totale delle prestazioni conteggiate

Fonte: distretti sanitari

2.4. Assistenza specialistica ambulatoriale

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nel 2007 in Provincia di Bolzano ammontano a 7.615.152. Il 94,7% di queste sono state effettuate in strutture pubbliche.

Il valore tariffario complessivo delle prestazioni erogate in tutta la Provincia è pari a 95.489.837,68 Euro; per l'importo ticket sono stati incassati 17.760.284,61 Euro (18,6% sul totale tariffario).

L'Azienda Sanitaria ha pagato, al netto del ticket, un importo pari a 5.285.859,90 Euro alle strutture private ed ai liberi professionisti convenzionati dei Comprensori Sanitari di Bolzano e Merano.

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 97.656 prestazioni erogate da strutture presenti nel territorio e di 53.046 prestazioni da strutture austriache. Per queste prestazioni la Provincia ha pagato un importo di 2.076.833,21 Euro alle altre regioni italiane e 1.419.558,47 Euro all'Austria.

Il saldo della mobilità attiva e passiva, cioè la differenza tra la quantità delle prestazioni erogate sul territorio della Provincia di Bolzano per non residenti ed il numero di prestazioni erogate a residenti altoatesini fuori Provincia, risulta, nel 2007, come anche negli anni precedenti, positivo e pari a 258.616 prestazioni (prestazioni prodotte per non residenti pari a 409.318 e consumo di prestazioni da parte dei residenti pari a 150.702).

2.4.1. 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. 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.) e strutture pubbliche extraospedaliere (es. poliambulatori di via Amba Alagi a Bolzano, servizi aziendali, 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, etc.) e liberi professionisti convenzionati con il SSP che svolgono la propria attività in strutture private: assistenza specialistica esterna o privata;
3. strutture private autorizzate 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 dell'Azienda Sanitaria. 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 dell'Alto Adige rimborsa alle strutture private la differenza tra l'importo della prestazione erogata ed il ticket già incassato.

Negli ambulatori privati, nonché presso i liberi professionisti non convenzionati (punto 3), i cittadini residenti che fruiscono di prestazioni appartenenti alle “branche carenti” ricevono un rimborso da parte dell'Azienda Sanitaria; tale forma di assistenza è detta “assistenza specialistica indiretta”.

Di seguito viene presentata 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 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 invece le prestazioni erogate in “assistenza specialistica indiretta” in quanto non esiste un flusso informativo di rilevazione.

La distribuzione delle prestazioni erogate tra strutture pubbliche e private convenzionate nella Provincia di Bolzano viene presentata nella tabella 28.

Nel corso del 2007 sono state erogate 7.615.152 prestazioni in Provincia, di cui solo il 5,3% nelle strutture private convenzionate. L'importo tariffario complessivo delle prestazioni ammonta a 95.489.837,68 Euro (di cui 6,5% delle strutture private), mentre la partecipazione del paziente alla spesa sanitaria, misurata attraverso il ticket, è pari a 17.760.284,61 Euro (di cui 5,2% riguarda le strutture private).

Solo i comprensori sanitari di Bolzano e Merano hanno ancora convenzioni attive con alcune strutture private.

Tabella 28: Numero, importo tariffario ed importo ticket delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (prestazioni di Pronto soccorso incluse) erogate dalle strutture provinciali pubbliche e private – Anno 2007

Tipologia soggetto erogatore	Prestazioni	% Provincia	Importo tariffario	% Provincia	Importo ticket	% Provincia
Privato	402.499	5,3%	6.209.001,78	6,5%	923.141,88	5,2%
Pubblico	7.212.653	94,7%	89.280.835,90	93,5%	16.837.142,73	94,8%
Provincia	7.615.152	100,0%	95.489.837,68	100,0%	17.760.284,61	100,0%

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SPA

Per quanto riguarda l'esenzione del ticket, nel 2007, il 63,7% del totale delle prestazioni è stato erogato a pazienti esenti, il 3,6% a pazienti che pagano solo la metà del ticket, rappresentati dai figli fiscalmente a carico dei genitori e l'1,7% (solo per le strutture pubbliche) a privati paganti. Il restante 30,9% non era esente.

Tabella 29: **Prestazioni di specialistica ambulatoriale (prestazioni di Pronto soccorso incluse) erogate dalle strutture provinciali pubbliche e private per posizione ticket del paziente – Anno 2007**

Posizione ticket del paziente	Provincia	% sul totale
Privato		
Esente ticket	214.280	2,8
Non esente ticket	177.583	2,3
Ticket al 50 %	10.636	0,1
Totale parziale	402.499	5,3
Pubblico		
Esente ticket	4.635.764	60,9
Non esente ticket	2.181.479	28,6
Privato pagante	132.143	1,7
Ticket al 50 %	263.267	3,5
Totale parziale	7.212.653	94,7
Totale	7.615.152	100,0

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SPA

Considerato che il ticket è legato all'impegnativa e di conseguenza alla branca specialistica e che la branca rappresenta un'aggregazione oggettiva delle prestazioni anche in tutte le statistiche a livello nazionale, la produzione viene analizzata per branca.

Tra le prestazioni erogate dalle strutture pubbliche (tabella 30 e tabella 31) si definiscono "visite specialistiche senza branca" tutte le prime visite e le visite di controllo che a loro volta non sono state attribuite ad una branca specifica.

Aggregando le prestazioni erogate dalle strutture pubbliche nelle tre macroattività si nota che il 60% delle prestazioni sono di laboratorio, il 6,2% di diagnostica e il 31,3% di attività clinica. Al restante 2,5% della produzione totale non è stata assegnata la branca.

Relativamente all'importo tariffario (89.280.836 Euro), il 30% viene attribuito al Laboratorio, seguito dal 16,5% della Radiologia diagnostica.

ESENTI E
NON ESENTI TICKET

PUBBLICO: NUMERO
PRESTAZIONI, IMPORTO
TARIFFARIO ED IMPORTO
TICKET PER BRANCA

Tabella 30: Prestazioni, importo tariffario ed importo ticket erogati dalle strutture pubbliche per branca – Anno 2007

Branca specialistica	Prestazioni	Importo tariffario	Importo ticket
Anestesia	11.274	110.109,40	21.796,79
Cardiologia	192.353	5.009.821,70	826.930,09
Chirurgia generale	161.646	2.045.746,10	737.074,67
Chirurgia plastica	36.293	566.744,10	86.195,35
Chirurgia vascolare	20.599	390.406,28	104.505,64
Dermatologia	101.715	1.440.516,30	567.412,91
Endocrinologia	13.701	236.474,38	54.421,43
Gastroenterologia	44.086	2.070.864,34	431.431,75
Laboratorio	4.325.420	27.371.975,41	4.602.010,82
Medicina nucleare	4.847	505.775,70	31.131,82
Nefrologia	62.785	6.051.710,76	22.763,23
Neurochirurgia	8.717	114.323,70	41.013,93
Neurologia	56.692	923.624,22	209.670,11
Oculistica	131.530	1.909.445,66	468.671,62
Odontostomatologia	61.941	1.248.918,90	603.909,02
Oncologia	46.224	592.385,78	33.464,47
Ortopedia e Traumatologia	227.892	3.647.161,54	1.194.797,91
Ostetricia e Ginecologia	190.003	3.839.467,80	958.921,40
Otorinolaringoiatria	106.819	1.543.941,26	508.200,72
Pneumologia	42.514	929.179,74	189.208,23
Psichiatria	76.781	1.220.628,80	146.887,02
Radiologia diagnostica	446.602	14.747.700,18	3.101.363,53
Radioterapia	25.822	1.178.804,90	532,60
Riabilitazione	588.759	7.234.590,35	818.352,68
Urologia	46.239	1.254.189,90	214.809,92
Visite spec. senza branca	127.163	2.139.789,30	380.119,80
Altro	54.236	956.539,40	481.545,27
Totale	7.212.653	89.280.835,90	16.837.142,73

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SPA

Analizzando la distribuzione delle prestazioni per sesso (tabella 31) risulta che è stato erogato un maggior numero di prestazioni a favore delle donne (il 55,3%). In particolare, le branche in cui sono state erogate più prestazioni per entrambi i sessi sono il Laboratorio, la Riabilitazione e la Radiologia diagnostica.

La prestazione erogata più frequentemente all'interno della branca di Riabilitazione è la “rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale” (22,7%) seguita dalla “massoterapia distrettuale – riflessogena” (12,4%). Entrambe le prestazioni sono state effettuate ad una percentuale più alta di donne, rispettivamente il 53% ed il 74%.

Inoltre, le donne hanno usufruito maggiormente delle prestazioni di Ostetricia e Ginecologia (5%), gli uomini invece delle prestazioni erogate dalle branche di Ortopedia (3,8%), Cardiologia (3,3%), Chirurgia (3,0%) ed Urologia (1,2%).

Tabella 31: **Numero delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche per sesso e branca – Anno 2007**

Branca specialistica	Prestazioni				
	Femmine	Percentuale Femmine	Maschi	Percentuale Maschi	Totale
Anestesia	6.831	0,2	4.443	0,1	11.274
Cardiologia	90.739	2,4	101.614	3,3	192.353
Chirurgia generale	69.732	1,8	91.914	3,0	161.646
Chirurgia plastica	14.812	0,4	21.481	0,7	36.293
Chirurgia vascolare	12.330	0,3	8.269	0,3	20.599
Dermatologia	54.631	1,4	47.084	1,5	101.715
Endocrinologia	8.424	0,2	5.277	0,2	13.701
Gastroenterologia	22.445	0,6	21.641	0,7	44.086
Laboratorio	2.185.926	57,9	1.752.311	57,4	3.938.237
Medicina nucleare	3.228	0,1	1.619	0,1	4.847
Nefrologia	26.251	0,7	36.534	1,2	62.785
Neurochirurgia	3.324	0,1	5.393	0,2	8.717
Neurologia	31.907	0,8	24.785	0,8	56.692
Oculistica	69.329	1,8	62.201	2,0	131.530
Odontostomatologia	31.468	0,8	30.473	1,0	61.941
Oncologia	28.297	0,8	17.927	0,6	46.224
Ortopedia e Traumatologia	110.544	2,9	117.348	3,8	227.892
Ostetricia e ginecologia	187.336	5,0	2.667*	0,1	190.003
Otorinolaringoiatria	50.900	1,3	55.919	1,8	106.819
Pneumologia	17.460	0,5	25.054	0,8	42.514
Psichiatria	42.564	1,1	34.217	1,1	76.781
Radiologia diagnostica	251.092	6,7	195.510	6,4	446.602
Radioterapia	15.951	0,4	9.871	0,3	25.822
Riabilitazione	329.779	8,7	258.980	8,5	588.759
Urologia	9.692	0,3	36.547	1,2	46.239
Visite spec. senza branca	64.608	1,7	62.421	2,0	127.029
Altro	32.890	0,9	21.480	0,7	54.370
Totale	3.772.490	100,0	3.052.980	100,0	6.825.470**

* visite andrologiche

** sono state escluse 387.183 prestazioni per le quali manca il sesso

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SPA

Per quanto riguarda le prestazioni erogate dalle strutture private prevalgono le branche di Laboratorio (53,2%) e della Riabilitazione (35,3%), anche se in termini di importo tariffario delle prestazioni prevalgono nettamente la Nefrologia (29,4%), la Radiologia diagnostica (21,8%) e la Riabilitazione (20,6%) .

**PRIVATO: NUMERO
PRESTAZIONI, IMPORTO
TARIFFARIO ED IMPORTO
TICKET PER BRANCA**

Tabella 32: Prestazioni, importo tariffario ed importo ticket erogati dalle strutture private per branca – Anno 2007

Branca specialistica	Prestazioni	Importo tariffario	Importo ticket
Anestesia	5.338	440.918,80	15.183,03
Cardiologia	1.173	37.095,70	13.395,79
Gastroenterologia	889	59.245,60	18.057,05
Laboratorio	214.315	771.314,30	351.979,72
Nefrologia	7.770	1.825.950,00	–
Otorinolaringoiatria	2.010	32.807,70	11.057,38
Radiologia diagnostica	20.863	1.353.524,00	267.878,93
Riabilitazione	142.149	1.277.419,78	149.762,81
Altro	7.992	410.725,90	95.827,17
Totale	402.499	6.209.001,78	923.141,88

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SPA

Il valore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime di convenzione ammonta a 6.209.001,78 Euro. Sottraendo da questo importo il costo sostenuto dai pazienti attraverso il pagamento del ticket (923.141,88 Euro), si ottiene l'importo che l'Azienda Sanitaria paga alle strutture private o ai liberi professionisti convenzionati, che nel 2007 è stato pari 5.285.859,90 Euro.

Tabella 33: Prestazioni erogate dalle strutture private e liberi professionisti, importo tariffario, importo ticket ed importo netto – Anno 2007

Struttura	Branca specialistica accreditata	Prestazioni	Importo tariffario	Importo ticket	Importo netto
Laboratorio Druso	Laboratorio	66.706	255.418,30	106.900,28	148.518,02
Laboratorio Isarco-Sabin	Laboratorio	28.528	97.697,80	24.724,09	72.973,71
Casa di Cura S. Maria	Laboratorio	94.651	324.330,70	170.858,37	153.472,33
Casa di Cura Bonvicini	Radiologia e Risonanza Magnetica	13.964	1.101.588,20	194.888,35	906.699,85
Fisiocenter	Riabilitazione	35.410	270.013,23	30.463,26	239.549,97
Mayr Rudi	Riabilitazione	18.477	157.750,25	19.355,59	138.394,66
Studio Cadamuro	Riabilitazione	17.181	160.557,41	17.507,33	143.050,08
Lo Faro Marina	Riabilitazione	1.298	14.366,00	2.277,44	12.088,56
Cure fisiche Gries	Riabilitazione	16.182	154.381,05	20.609,95	133.771,10
Europa Center	Riabilitazione	9.368	83.798,12	14.429,83	69.368,29
Casa di cura Villa Melitta *	Riabilitazione	44.233	436.553,72	45.119,41	391.434,31
Dr. Paolo Pellegrini	Otorinolaringoiatria	2.010	32.807,70	11.057,38	21.750,32
Centro Iperbarico di Bolzano	Ossigenoterapia iperbarica	5.338	440.918,80	15.183,03	425.735,77
Centro Emodialisi Alto Adige	Emodialisi	7.894	1.826.272,40	0,00	1.826.272,40
Casa di Cura Villa Sant'Anna	Radiologia – TAC – Laboratorio – Cardiologia – Neurologia – Gastroenterologia	30.633	392.896,90	134.162,12	258.734,78
Casa di Cura Fonte San Martino	Riabilitazione – Radiologia – Laboratorio -Cardiologia	2.634	48.925,30	19.778,28	29.147,02
Dr. Regele Max	Medicina sportiva	7.992	410.725,90	95.827,17	314.898,73
Totale		402.499	6.209.001,78	923.141,88	5.285.859,90

* La convenzione con l'Otorinolaringoiatria è stata chiusa dal 01.01.2007

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SPA

Per le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalle strutture pubbliche viene fatta una distinzione tra prestazioni di specialistica in senso stretto e prestazioni specialistiche erogate in ambito di pronto soccorso non seguite da ricovero.

Il 12,6 % delle prestazioni totali sono erogate dal pronto soccorso, percentuale che rimane pressochè invariata se si considera il valore tariffario di queste prestazioni.

Tabella 34: Numero, importo tariffario ed importo ticket delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture pubbliche provinciali suddivise tra prestazioni di pronto soccorso e di non pronto soccorso – Anno 2007

Tipologia di prestazione	Prestazioni	% Provincia	Importo tariffario	% Provincia	Importo ticket	% Provincia
Specialistica senza PS	6.305.385	87,4%	78.500.639,42	87,9%	14.469.764,19	85,9%
Pronto soccorso (PS)	907.268	12,6%	10.780.196,48	12,1%	2.367.378,54	14,1%
Provincia	7.212.653	100,0%	89.280.835,90	100,0%	16.837.142,73	100,0%

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SPA

Per quanto riguarda i tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate si deve sottolineare che negli ultimi anni ha assunto sempre maggiore importanza l'obiettivo di gestire e controllare tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, non solo a livello nazionale (d.P.C. 19 maggio 1995 relativo alla carta dei servizi e il recente Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa approvato in sede di intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006) ma anche a livello provinciale.

La deliberazione della G.P. n. 2360 del 09/07/2007 "Approvazione del Piano provinciale per il contenimento dei tempi di attesa per prestazioni medico-specialistiche, valido per il triennio 2007-2009" definisce – secondo quanto stabilito dal suddetto Piano Nazionale – un elenco di prestazioni, per le quali vi è un impegno prioritario a stabilire una riduzione dei tempi di attesa e la trasparenza, verso gli assistiti, del livello di esigibilità delle prestazioni.

Si tratta di circa 70 prestazioni di specialistica ambulatoriale:

1. individuate in specifiche aree critiche di bisogno assistenziale per le quali è prevedibile un ricorso caratterizzato da un alto livello di appropriatezza (area delle urgenze differibili, area oncologica, area delle patologie cardiache e vascolari);
2. prime visite specialistiche in branche caratterizzate da una forte domanda assistenziale;
3. prestazioni individuate in settori ad alta complessità tecnologica;
4. prestazioni individuate in ambiti che presentano forti differenze di accessibilità nelle diverse realtà regionali.

Per alcune prestazioni più significative la Tabella 35 riporta il tempo di attesa massimo previsto dal Piano di contenimento dei tempi di attesa e i relativi giorni di attesa rilevati in Provincia in due momenti di rilevazione (giorno 30 del mese di ottobre e dicembre 2007). Per quanto riguarda le restanti prestazioni previste nel Piano Sanitario Provinciale nonché per vedere il dettaglio per singolo comprensorio, si rimanda alle tabelle supplementari contenute nel CD allegato.

**TEMPI DI ATTESA
PER LE PRESTAZIONI
SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI**

Tabella 35: **Tempi di attesa previsti nel PSP per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche più significative e relativi giorni di attesa massimi e minimi rilevati in Provincia nei mesi di ottobre e dicembre – Anno 2007**

Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice nomenclatore	Tempi max. del Piano	min	max
A - AREA ONCOLOGICA					
Visita oncologica*	89.7	89.7	10	2	7
Visita radioterapica pretrattamento	89.03	89.7	15	2	15
Radiologia:					
Mammografia	87.37	87.31.1 87.32.2	10	0 0	22 10
TC con o senza contrasto:					
Torace	87.41	87.41 87.41.1	15	1 5	22 5
Addome superiore	88.01	88.01.2 88.01.1	15	1 5	30 5
Addome inferiore	88.01	88.01.4 88.01.3	15	1 5	30 5
Addome completo	88.01	88.01.6 88.01.5	15	1	30
Risonanza magnetica:					
Cervello e tronco encefalico	88.91	88.91.1 88.91.2	15	0 1	56 3
Pelvi, prostata e vescica	88.95	88.95.4 88.95.5	15	0 1	54 3
Ecografia:					
Addome	88.74 88.75 88.76	88.74.1 88.75.1 88.76.1	10	0 0 0	7 7 0
Mammella	88.73	88.73.2	10	0	15
C - AREA MATERNO-INFANTILE					
Visita ginecologica	V72.3	89.26	60	1	64
Ecografia:					
Ostetricia	88.78	88.78	60	6	50
Ginecologica	88.79	88.78.2		40	64
E - VISITE SPECIALISTICHE DI MAGGIOR IMPATTO					
Visita dermatologica	89.70	89.70	60	30	62
Visita oculistica	95.00	95.02	60	21	111
Visita otorinolaringoiatrica	89.70	89.70	60	20	60
Visita ortopedica	89.70	89.70	60	14	85
Visita urologica	89.70	89.70	60	0	90
Colloquio psichiatrico	94.10	94.19.1	60	2	49
Visita stomatologica	89.07	89.07	90	5	94
Visita ematologica	89.07	89.07	60	8	15
Visita nefrologica	89.07	89.07	60	2	14
Visita per ipertensione	89.07	89.07	60	1	47
Visita dietologica	89.07	89.07	60	10	73
Visita reumatologica	89.07	89.07	60	14	90
F - ALTRE PRESTAZIONI					
Prestazioni ambulatoriali:					
Radiografia del capo	87.00	87.17.1	30	0	10
Radiografia del torace	87.44	87.44.1	30	0	1
Clisma opaco semplice e con doppio contrasto	87.64	87.65.1 87.65.2	30	0 0	11 8
Radiografia completa tubo digerente	87.60	87.61	30	2	14
Urografia endovenosa	87.73	87.73	50	1	11

Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice nomenclatore	Tempi max. del Piano	min	max
Radiografia ossea e delle articolazioni	87.2	87.22-87.24	30	0	10
	88.2	87.29		0	10
	88.3	88.21 - 88.23		0	10
		88.26 - 88.28		0	10
		88.29.1		0	10
		88.29.2		0	10
		88.31		0	10
Radiografia dell'addome	88.0 - 88.1	88.19	30	0	10
Gastroenterologia:					
Visita gastroenterologica	89.70	89.70	60	20	51
Pneumologia:					
Visita pneumologica	89.70	89.70	60	6	40
Riabilitazione:					
1. Visita riabilitativa	89.70	89.70	90	25	79
Respiratoria	57.0	93.18	30	2	34
Motoria	57.1	93.11.1	120	25	120
		93.11.2		25	660
		93.11.3		25	660
		93.11.4		25	730
		93.11.5		25	300
Logopedia	57.3	93.72.1	90	37	308
		93.72.2		210	210
Ortottica	57.4	93.78.1	90	11	31
		93.78.2		30	31
		93.02		14	15
Endocrinologia:					
Visita endocrinologica	89.70	89.70	60	6	62

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, ufficio Ospedali

2.4.2. 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.

2.4.2.1. 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 ai non residenti 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 non residenti e possono differire dalle prestazioni effettivamente riconosciute in sede di compensazione della mobilità sanitaria. In termini di unità di prestazioni nel 2007 la Provincia presenta un saldo positivo (198.660 prestazioni) nel senso che ha erogato a residenti di altre regioni italiane più prestazioni di quante ne abbiano fruito i propri residenti presso strutture extraprovinciali. Anche in termini monetari il saldo è positivo ed è pari a 1.296.927,78 Euro.

**SALDO PRESTAZIONI E
IMPORTI MOBILITÀ
ATTIVA E PASSIVA**

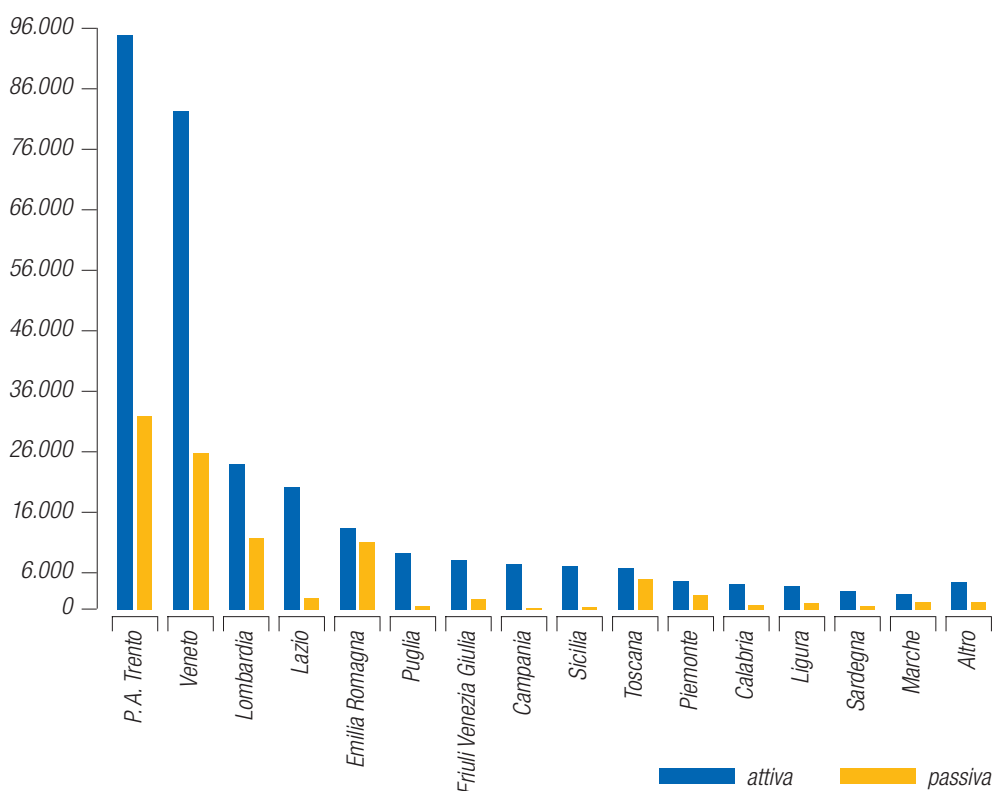
Tabella 36: Prestazioni di specialistica ambulatoriale e relativi importi tariffari, valori assoluti e valori per 100 abitanti relativi alla mobilità attiva e passiva interregionale – Anno 2007

	Valori assoluti			Valori per 100 residenti		
	Attiva	Passiva	Saldo	Attiva	Passiva	Saldo
Prestazioni	296.316	97.656	198.660	61,3	20,2	41,1
Importi	3.373.760,99	2.076.833,21	1.296.927,78	698,48	429,97	268,51

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

**MOBILITÀ ATTIVA E
PASSIVA DISTRIBUZIONE
PRESTAZIONI
TRA REGIONI**

Figura 12: Prestazioni di specialistica ambulatoriale per regione di residenza del paziente, mobilità attiva e passiva- Anno 2007



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e ufficio Economia sanitaria, PAB – Archivio SPA, mobilità, specialistica Austria

Il 31,9% della mobilità attiva complessiva riguarda le prestazioni erogate a residenti della Provincia Autonoma di Trento, di cui l'84,3% delle prestazioni sono erogate dal Comprensorio Sanitario di Bolzano, il 27,7% delle prestazioni sono erogate ad utenti della Regione Veneto, soprattutto da parte del Comprensorio di Brunico (72% del totale delle prestazioni erogate a Veneti).

Fra le prestazioni più frequentemente erogate risulta la visita specialistica generale (11,3%) e la visita di controllo (5,6%) nonché gli esami di laboratorio più comuni (prelievo 3,9%; emocromo 2,9%). Anche le radiografie sono registrate in misura elevata, pari al 7,7% delle prestazioni erogate (radiografia femore/gamba pari a 1,4% e radiografia polso/mano pari a 1,1%)

Per quanto riguarda la mobilità passiva si ha una forte attrazione della Provincia Autonoma di Trento (32,5%) e della Regione Veneto (26,4%); in misura minore la Lombardia e l'Emilia Romagna, con rispettivamente con il 12,1% e l'11,4% delle prestazioni complessive erogate agli altoatesini.

Le prestazioni più frequentemente richieste riguardano, come per la mobilità attiva, le visite specialistiche (10%) e le visite di controllo (4,8%), nonché le prestazioni di laboratorio; sono da segnalare la “Teleterapia con acceleratore” che rappresenta il 4,6% delle prestazioni totali richieste nel Trentino, e la “Estrazione e conservazione dei DNA o RNA” che rappresenta il 3,4% delle prestazioni totali richieste nel Veneto.

2.4.2.2. 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 in Austria.

Per quanto riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale la Provincia Autonoma di Bolzano è 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 unità operative delle strutture in questione. Per quanto riguarda invece le prestazioni erogate dai diversi istituti dell'Università di Innsbruck, queste si riferiscono esclusivamente ad esami di laboratorio richiesti dalle unità operative ospedaliere, sia di strutture di ricovero provinciali che austriache, presso cui è ricoverato o a cui si è rivolto il singolo paziente.

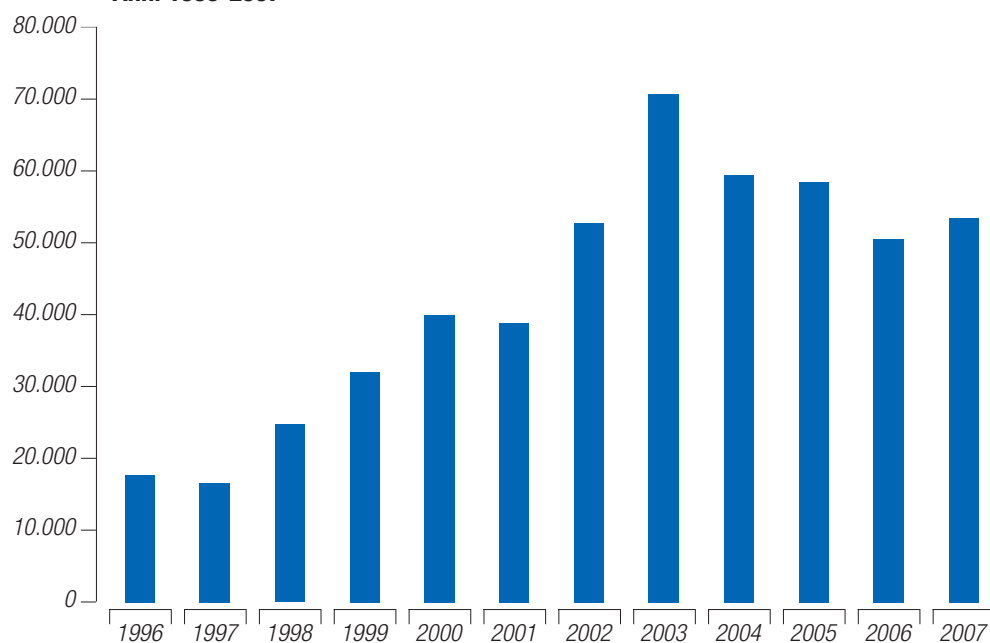
Tabella 37: **Prestazioni erogate da strutture austriache a pazienti altoatesini, relativi importi tariffari ed importi medi per struttura erogatrice – Anno 2007**

Struttura austriaca erogatrice	Prestazioni	Importo tariffario	Tariffa media
Clinica universitaria di Innsbruck	51.606	1.352.255,06	26,20
Istituti dell'Università di Innsbruck	1.143	26.371,10	23,07
Ospedale di Salisburgo	23	528,21	22,97
Ospedale di Hochzirl	274	40.404,10	147,46
Totale	53.046	1.419.558,47	26,76

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio specialistica in Austria

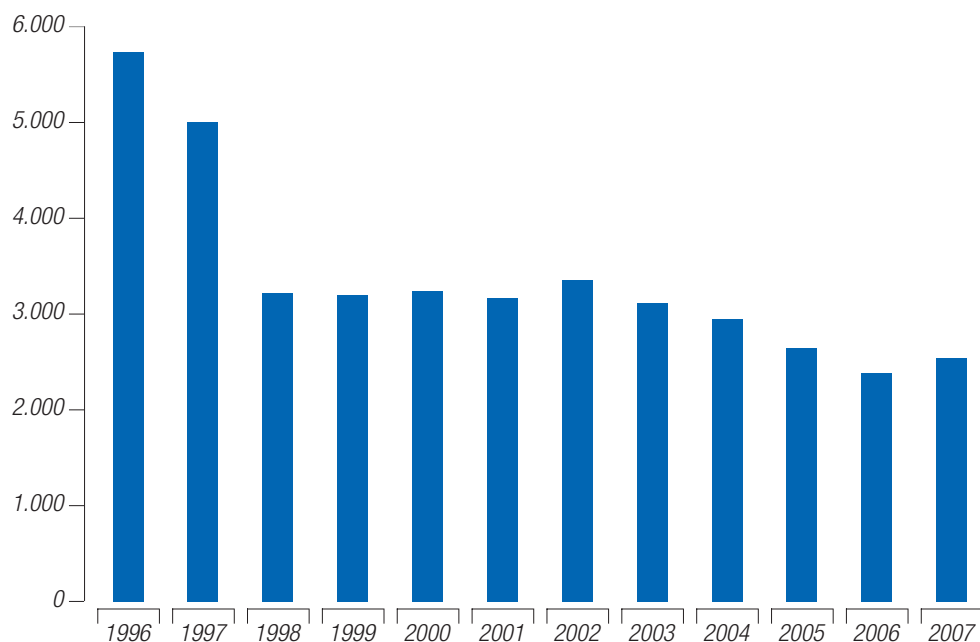
**PRESTAZIONI EROGATE
IN AUSTRIA E IMPORTI**

Figura 13: Prestazioni erogate dalle strutture austriache a pazienti altoatesini – Anni 1996-2007



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio specialistica in Austria

Figura 14: Pazienti altoatesini che si sono rivolti alle strutture austriache – Anno 2007



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio specialistica in Austria

Si nota (nella figura 13) che le prestazioni erogate dalle strutture austriache a pazienti altoatesini sono aumentate fino all'anno 2003 per poi scendere di nuovo negli anni successivi, mentre il numero di pazienti che si sono rivolti alle strutture austriache negli ultimi anni è costantemente diminuito, solo nel 2007 si rileva un leggero incremento (figura 14).

2.4.2.3. Mobilità specialistica complessiva

Nelle analisi successive le prestazioni erogate nel 2007 ed i relativi importi sono stati suddivisi per sede di erogazione e residenza del paziente. Nella tabella 39, che riporta gli indici percentuali della mobilità, si nota in generale una mobilità attiva alta per quanto riguarda le prestazioni prodotte per le altre regioni italiane. Il rapporto tra le prestazioni complessivamente prodotte e quelle consumate (pari a 103,5) mostra come la Provincia produce più prestazioni di quelle che consuma.

Tabella 38: **Prestazioni di specialistica ambulatoriale complessive per sede erogante e residenza del paziente – Anno 2007**

Sede erogante	Residenza del paziente			
	Provincia	Resto d'Italia	Eestero	Totale
Provincia	7.205.741	296.316	113.002	7.615.059
Resto d'Italia	97.656			
Austria	53.046			
Totale	7.356.443			

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e ufficio Economia sanitaria, PAB – Archivio SPA, mobilità, specialistica Austria

Tabella 39: **Indici percentuali di mobilità e rapporto percentuale tra produzione e consumi di prestazioni – Anno 2007**

	Provincia
Mobilità attiva (su produzione)	
da resto d'Italia	3,9
da estero	1,5
Totale prestazioni erogate	5,4
Mobilità passiva (su consumo di prestazioni di residenti)	
verso resto d'Italia	1,3
verso Austria	0,7
Totale prestazioni consumate	2,0
Prestazioni erogate su prestazioni consumate (x 100)	103,5

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e ufficio Economia sanitaria, PAB – Archivio SPA, mobilità, specialistica Austria

2.4.3. 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 40: **Consumo di prestazioni da parte di residenti in Provincia di Bolzano per sede di erogazione – Anno 2007**

Sede erogante	Prestazioni per residenti	% totale
Provincia	7.205.741	98,0
Resto d'Italia	97.656	1,3
Austria	53.046	0,7
Totale	7.356.443	100,0

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e ufficio Economia sanitaria, PAB – Archivio SPA, mobilità, specialistica Austria

PRESTAZIONI
COMPLESSIVE EROGATE
E CONSUMATE

INDICI PERCENTUALI
MOBILITÀ

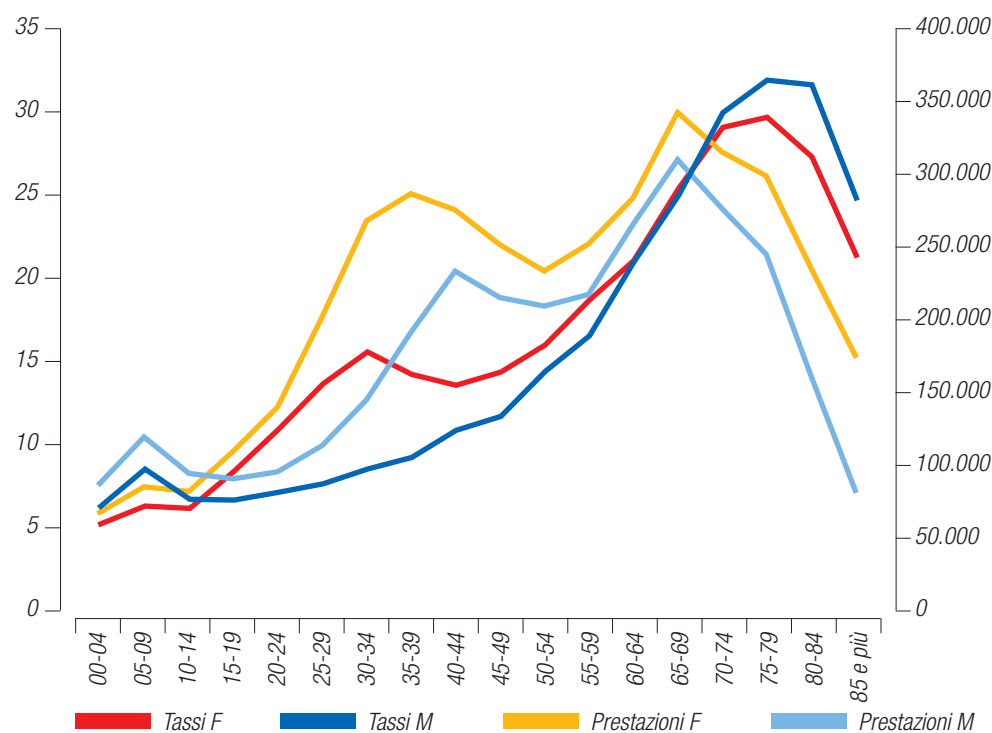
PRESTAZIONI
CONSUMATE
DAI RESIDENTI

Delle 7.356.443 prestazioni richieste da parte di residenti in Provincia di Bolzano, il 98,0% è stato erogato in Provincia.

Il tasso di consumo di prestazioni specialistiche è di 14,2 prestazioni per ogni residente in Provincia.

Il consumo di prestazioni di specialistica ambulatoriale per classi di età e sesso è illustrato nella figura 15. La rappresentazione grafica dei tassi specifici di consumo di risorse mostra un andamento che ricalca quello della distribuzione complessiva, tranne per le classi di età estreme dove avviene un'inversione di tendenza fra i sessi. Si nota, infatti, che sia prima di 15 anni che dopo i 70 anni si registra un consumo pro capite maggiore per gli uomini rispetto alle donne. Nella fascia di età fra i 5 e 9 anni si ha un lieve aumento delle prestazioni soprattutto per i maschi; le prestazioni riguardano soprattutto i trattamenti logopedici ed erogaterapici, che prevalgono nettamente per i maschi rispetto alle femmine (22% versus 11% sulle prestazioni totali di questa fascia). Ai maschi di questa età inoltre vengono erogate più visite specialistiche e prestazioni radiologiche nonché altre prestazioni legate a possibili traumatismi. Inoltre si evidenzia che il 55,81% della domanda complessiva di prestazioni è da imputare alle donne; il loro consumo di prestazioni è molto alto nella fascia di età fra i 30 e 44 anni, dove prevalgono le prestazioni ginecologiche e di laboratorio. Per quanto riguarda invece il consumo di prestazioni senza distinzione di sesso, si nota come il 40,5% delle prestazioni complessive viene assorbito dagli assistiti di età compresa fra i 55 e i 79 anni.

Figura 15: 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 – Anno 2007



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e ufficio Economia sanitaria, PAB – Archivio SPA, mobilità, specialistica Austria,

2.5. ASSISTENZA RIABILITATIVA RESIDENZIALE

L'assistenza riabilitativa residenziale nella Provincia Autonoma di Bolzano viene attualmente erogata dal centro terapeutico Salus Center di Prissiano. Questa struttura garantisce, ai sensi dell'art. 26, l. 833/78, attraverso la convenzione con i comprensori sanitari provinciali, l'erogazione di prestazioni riabilitative in regime di ricovero sia in fase post-acuta che in fase cronica di malattia. La riabilitazione è rivolta a utenti che hanno conservato una sufficiente autonomia, delegando ad altre forme di assistenza i pazienti non autosufficienti o con incapacità generica di partecipare al programma riabilitativo.

Il centro di riabilitazione ex art. 26 è rivolto ad utenti affetti da patologie cardiologiche, respiratorie, oncologiche, del sistema osteomuscolare e del sistema nervoso.

A questa struttura i pazienti possono accedere mediante apposita impegnativa, rilasciata dal comprensorio sanitario di residenza dell'assistito, su documentata richiesta di un medico ospedaliero del servizio sanitario. Nell'impegnativa viene indicata la diagnosi ed il periodo autorizzato per la degenza. Il centro, accertata la regolarità dell'impegnativa, accoglie il soggetto in trattamento residenziale ed invia al comprensorio sanitario di provenienza un piano dettagliato e personalizzato dell'intervento riabilitativo, nel quale vengono specificate le particolari tipologie di prestazioni e la durata del ricovero.

Accanto al centro Salus Center, opera sul territorio provinciale anche il centro riabilitativo Bad Bachgart. Esso è presidio pubblico del Comprensorio Sanitario di Bressanone, istituito con deliberazione della giunta provinciale n. 471 del 21.02.2001 (approvazione del progetto di avvio del Centro riabilitativo per alcolodipendenti Bad Bachgart in Rodengo) e ampliato attraverso la deliberazione della Giunta Provinciale n. 3281 del 16.09.2002, che ne approva l'ingrandimento attraverso l'attivazione della sezione psicosomatica e psicoterapeutica, come previsto dal piano terapeutico provinciale.

Esso è l'unico centro specializzato della Provincia che accoglie e garantisce cure e prestazioni intensive per periodi temporali lunghi ai pazienti affetti da patologie psicosomatiche.

2.5.1. Salus Center

Il "Salus Center" è un centro di riabilitazione per pazienti oncologici, o con affezioni da patologie osteomuscolari, neurologiche, pneumologiche o cardiologiche. I posti letto complessivi convenzionati per questa tipologia di assistenza riabilitativa ammontano nel 2007 a 110 unità (di cui 4 per la degenza in regime diurno).

Il percorso riabilitativo dell'utente osteomuscolare, neurologico, pneumologico ed oncologico si articola in una valutazione iniziale, recepimento della terapia farmacologica, individuazione ed esecuzione del programma riabilitativo personalizzato, monitoraggio dell'utente, valutazione finale dei risultati conseguiti e relazione conclusiva.

Sedute di fisiokinesiterapia individuale e di gruppo, massoterapia, linfodrenaggio manuale e strumentale, training aerobico, idrokinesiterapia, terapia fisica, supporto psicologico individuale e di gruppo, agopuntura, rilassamento di gruppo, dietoterapia ed altro costituiscono le tappe del ciclo riabilitativo.

Per i pazienti affetti da patologie cardiologiche l'attività riabilitativa consiste in:

- valutazione specialistica cardiologica all'ingresso del paziente;
- test da sforzo massimale al cicloergometro con valutazione della prestazione massima, della eventuale ischemia inducibile, delle stabilità del ritmo e del comportamento della pressione e della frequenza da sforzo;
- definizione di un programma riabilitativo individualizzato;

SALUS CENTER

PERSONALE

- esecuzione di attività fisica in piccoli gruppi omogenei per prestazione;
- interventi di educazione sanitaria;
- supporto psicologico sia di gruppo, sia individuale su problemi specifici;
- colloquio finale con definizione del tipo di attività fisica consigliabile e idoneità al lavoro (alla dimissione).

Il personale dipendente in servizio nel centro residenziale di riabilitazione è composto da operatori appartenenti a diverse figure professionali: medici, psicologi, infermieri professionali e fisioterapisti della riabilitazione. Il “Salus Center” ha la possibilità di avvalersi della consulenza oncologica e reumatologica dei sanitari del reparto di Oncologia e del reparto di Medicina II dell’Ospedale di Bolzano, della consulenza chirurgica dei sanitari del reparto di Chirurgia dell’Ospedale di Merano.

Tutte le prestazioni medico-riabilitative rivolte ai pazienti pneumologici sono di competenza dei sanitari del servizio aziendale Pneumologico di Bolzano, mentre le prestazioni medico-riabilitative rivolte ai pazienti cardiopatici sono di competenza dei sanitari della divisione di Cardiologia dell’Ospedale di Bolzano.

L’équipe medica del reparto di Cardiologia dell’Ospedale di Bolzano è chiamata anche, in caso di bisogno, a disporre l’eventuale trasferimento dell’ospite in ambiente ospedaliero o a richiedere l’intervento o la consulenza di altro specialista non cardiologo.

2.5.1.1. Attività assistenziale

Nel 2007 sono stati erogati complessivamente 2.288 ricoveri pari ad un incremento del 26,2% rispetto al 2006; tale incremento è dovuto all’attivazione della riabilitazione cardiologia presso il Salus Center in data 01.11.2006. Il Salus Center eroga esclusivamente ricoveri per pazienti residenti nella nostra Provincia.

Dei 2.288 ricoveri, il 56,9% viene erogato per pazienti di genere femminile. Il 3,5% dei ricoveri viene effettuato in regime di Day-Hospital.

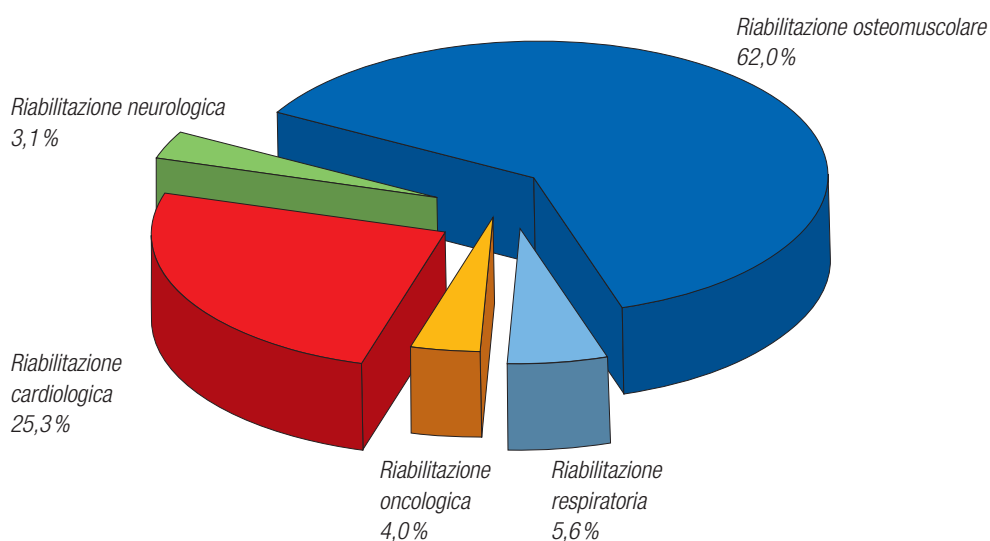
Nel 2007 è stata effettuata in prevalenza attività di riabilitazione osteomuscolare (62,0% sul totale ricoveri effettuati presso il centro riabilitativo).

Tabella 41: **Numero ricoveri per sesso, regime di ricovero e specialità riabilitativa effettuati presso il Salus Center – Anno 2007**

Reparto/tipo di riabilitazione	Maschi			Femmine			Ricoveri complessivi (maschi + femmine)
	Ordinari	DH	Totale	Ordinari	DH	Totale	
Riabilitazione osteomuscolare	428	15	443	960	16	976	1.419
Riabilitazione cardiologica	374	38	412	161	7	168	580
Riabilitazione respiratoria	76	–	76	52	–	52	128
Riabilitazione oncologica	22	–	22	68	1	69	91
Riabilitazione neurologica	31	3	34	35	1	36	70
Totale	931	56	987	1.276	25	1.301	2.288

Fonte: SDERIA – Strutture riabilitative extraospedaliere Salus Center & Bad Bachgart

Figura 16: Numero ricoveri effettuati presso Salus Center, per tipologia riabilitativa – Anno 2007



Fonte: SDERIA – Strutture riabilitative extraospedaliere

La valorizzazione in termini monetari, mediante l'applicazione del tariffario all'attività erogata, corrisponde a 4.500.815,03 Euro.

L'accesso alle strutture da parte della popolazione maschile riguarda in prevalenza l'assistenza riabilitativa osteomuscolare e cardiologica (rispettivamente 44,9% e 41,7% del totale ricoveri). Per quanto riguarda invece le donne, il 75% ca. ha fruito di assistenza riabilitativa osteomuscolare, ed in percentuale sensibilmente inferiore di riabilitazione cardiologica (12,9%), oncologica (5,3%), respiratoria (4,0%) e neurologica (2,8%).

Nel 19,3% dei ricoveri complessivi nel Salus Center, il trattamento riabilitativo è destinato alla cura dell'"Artrosi generalizzata, sedi multiple", seguito dall'"Infarto miocardio pregresso" (14,4% dei casi). Queste due cause principali di ricovero rappresentano il 33,7% del totale ricoveri riabilitativi effettuati dal Salus Center; seguono "Cervicalgia" (5,6%) e "Artrosi localizzata primaria dell'anca" (5,4%). Con sole dieci tipologie di diagnosi, viene descritto circa il 70% della casistica trattata nella struttura Salus Center.

Per i pazienti maschili, la causa principale di ricovero riabilitativo risulta essere l'infarto miocardio pregresso (25,6%), seguita dall'"Artrosi generalizzata, sedi multiple" (10,5%) e dal ricovero per "Stato postchirurgico di bypass aortocoronarico" (8,7%).

Per le donne, la causa principale di ricovero è risultata essere "Artrosi generalizzata, sedi multiple" (26,0%), seguita da "Cervicalgia" (7,1%) e da "Osteoporosi non specificata" (6,3%).

Naturalmente le diverse diagnosi di dimissione sono presenti con frequenze diverse a seconda del reparto in cui vengono trattati i singoli pazienti.

Così, per i pazienti trattati presso il reparto di riabilitazione osteomuscolare, la diagnosi con la frequenza maggiore di casi è quella di "Artrosi generalizzata, sedi multiple" (codice ICD9CM uguale a 71509) con 104 ricoveri di maschi (corrispondono al 24,3% dei pazienti maschi) e 334 pazienti donne (34,8% del totale pazienti femminili).

Per i pazienti trattati con riabilitazione respiratoria la diagnosi più frequente sia per i maschi che per le femmine è la "Bronchite cronica ostruttiva, senza menzione di esacerba-

zione acuta“ (cod. 49120) con rispettivamente 36 (47,4% del totale ricoveri di maschi per questa specialità riabilitativa) e 25 ricoveri (48,1%).

Tabella 42: **Numero ricoveri effettuati presso Salus Center, per diagnosi principale di dimissione, regime di ricovero e sesso – Anno 2007**

Codice ICD9CM	Diagnosi di dimissione	Maschi			Femmine			Ricoveri complessivi (maschi + femmine)	%	% cumulata
		Ordinari	DH	Totale	Ordinari	DH	Totale			
71509	Artrosi generalizzata, sedi multiple	104	–	104	335	3	338	442	19,3%	19,3%
412	Infarto miocardico pregresso	226	27	253	73	3	76	329	14,4%	33,7%
7231	Cervicalgia	33	1	34	92	1	93	127	5,6%	39,2%
71515	Artrosi localizzata primaria, anca	67	1	68	55	1	56	124	5,4%	44,7%
7242	Lombalgia	40	1	41	70	4	74	115	5,0%	49,7%
V4581	Stato postchirurgico di bypass aortocoronarico	80	6	86	23	1	24	110	4,8%	54,5%
V433	Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi	42	4	46	52	3	55	101	4,4%	58,9%
73300	Osteoporosi non specificata	11	–	11	82	–	82	93	4,1%	63,0%
71516	Artrosi localizzata primaria, ginocchio	28	2	30	50	–	50	80	3,5%	66,5%
49120	Bronchite cronica ostruttiva, senza menzione di esacerbazione acuta	36	–	36	25	–	25	61	2,7%	69,1%
72210	Ernia del disco intervertebrale lombare senza mielopatia	19	1	20	25	1	26	46	2,0%	71,2%
V4582	Presenza di angioplastica coronarica percutanea transluminale	26	1	27	13	–	13	40	1,7%	72,9%
2330	Carcinomi in situ della mammella	–	–	–	34	–	34	34	1,5%	74,4%
7233	Sindrome cervicobrachiale (diffusa)	5	–	5	28	–	28	33	1,4%	75,8%
71500	Artrosi generalizzata, sedi non specificate	8	–	8	24	–	24	32	1,4%	77,2%
Altre diagnosi principali di dimissione		206	12	218	295	8	303	521	22,8%	
Totale		931	56	987	1.276	25	1.301	2.288		

Fonte: SDERIA – Strutture riabilitative extraospedaliere Salus Center & Bad Bachgart

Per i pazienti maschi in riabilitazione oncologica la causa principale è il “Carcinoma in situ dello stomaco (cod. 2302)” con 3 ricoveri (13,6%), mentre il “Carcinoma in situ della mammella (cod. 2330)” risulta essere la causa principale di ricovero riabilitativo oncologico per le donne.

Nel caso di riabilitazione cardiologia l’Infarto miocardio pregresso (cod. 412) con rispettivamente 226 e 73 casi (60,4% e 45,3%) risulta essere la causa principale per entrambi i sessi.

Nella riabilitazione neurologica prevale tra i maschi la causa “Emiplegia flaccida ed emiparesi a sede emisferica non specificata (cod. 34200)” con 5 casi (16,1%), mentre fra le cause di ricovero delle donne la “Stenosi del canale vertebrale lombare (cod. 72402)” e la “Sclerosi multipla (cod. 340)”, entrambe con 5 casi (14,3%).

La durata media del trattamento in regime ordinario (degenza media) per i pazienti ricoverati presso il Salus Center corrisponde a 18,2 giornate per i pazienti maschi e 16,0 giornate per le pazienti donne. I dati rappresentati in tabella 43 evidenziano differenze nella durata media della degenza secondo la tipologia di assistenza erogata ed il sesso dei pazienti.

Tabella 43: **Degenza media dei ricoveri ordinari presso Salus Center per tipologia di riabilitazione e sesso – Anno 2007**

Reparto/tipo di riabilitazione	Maschi	Femmine	Totale
Riabilitazione osteomuscolare	14,7	14,8	14,8
Riabilitazione respiratoria	20,4	20,3	20,4
Riabilitazione oncologica	16,1	15,4	15,6
Riabilitazione cardiologica	22,1	22,0	22,0
Riabilitazione neurologica	16,8	17,2	17,0
Totale	18,2	16,0	17,0

Fonte: SDERIA – Strutture riabilitative extraospedaliere Salus Center & Bad Bachgart

Le tabelle con i dati analitici relativamente ai ricoveri classificati per reparto / tipologia di riabilitazione, comprensorio sanitario di residenza e/o diagnosi di trattamento di dimissione, sono disponibili nelle tabelle aggiuntive pubblicate sul CD-Rom allegato alla presente edizione della Relazione Sanitaria.

2.5.2. Bad Bachgart

Il Centro Terapeutico Bad Bachgart dispone di 65 posti letto, ed ha come pertinenza la cura residenziale intensiva e globale di diversi problemi di dipendenza e/o disturbi psichici e psicosomatici.

L'area "dipendenze" è stata inaugurata nel 2001 e dispone di 30 posti letto. Questa area è dedicata alla terapia delle dipendenze da sostanze o da comportamenti. Per la durata di 8 settimane possono essere infatti ricoverati pazienti con problemi di dipendenza da alcol o da farmaci, di dipendenza combinata e/o di dipendenza da gioco d'azzardo.

Per essere ammessi al reparto delle dipendenze i pazienti residenti della Provincia devono essere indirizzati dai Servizi per le Dipendenze territoriali oppure da servizi privati convenzionati.

Gli obiettivi terapeutici possono essere riassunti nei seguenti punti: raggiungimento della consapevolezza circa il problema di dipendenza e dell'astinenza; recupero o ripristino per quanto possibile dell'efficienza fisica e psichica; azione sui fattori di rischio e sui comportamenti a rischio; miglioramento della qualità di vita attraverso cambiamenti nello stile di vita; aiuto all'autoaiuto attraverso il self-management e motivazione alla continuazione della terapia in regime ambulatoriale al di fuori della struttura.

L'area "psicosomatica/psicoterapia" dispone di 35 posti letto ed è rivolta a pazienti con disturbi alimentari, disturbi d'ansia, disturbi ossessivi compulsivi, disturbi affettivi ed altri. La durata dei trattamenti per questo tipo di pazienti è di 6-8 settimane, adattandosi però alle esigenze individuali dei singoli pazienti.

I pazienti di quest'area possono essere inviati dai Servizi ambulatoriali di Psicosomatica, dai Servizi Psicologici, dai Servizi Psichiatrici, dai Servizi per le Dipendenze territoriali oppure da servizi privati convenzionati, da diversi reparti ospedalieri, da medici generici e medici specialisti in psichiatria.

AREA DIPENDENZE

AREA PSICOSOMATICA

L'attività riabilitativa in quest'area si pone i seguenti obiettivi: sostegno del processo di recupero attraverso la risoluzione o il miglioramento di problematiche fisiche, psichiche e sociali; rafforzamento delle risorse e delle energie personali utili per affrontare la malattia e le sue conseguenze; facilitazione di una visione bio-psico-sociale del proprio problema e/o disturbo; azione sui fattori di rischio e sui comportamenti a rischio e aiuto all'autoaiuto attraverso il self-management.

In base all'analisi delle condizioni, dei comportamenti e degli obiettivi di ogni paziente viene steso un progetto terapeutico individuale. Attraverso i colloqui di inserimento, vengono illustrate ai pazienti le modalità terapeutiche. Questi colloqui permettono anche allo staff del centro terapeutico l'effettuazione di una valutazione sull'opportunità o meno del ricovero presso la struttura, allo scopo del perseguimento degli obiettivi terapeutici prefissati per il singolo paziente. La differenza fra il numero dei colloqui effettuato e quello degli accessi effettivi alla struttura, mostrano la funzione di filtro svolta da questi incontri di primo contatto con la struttura.

Tabella 44: **Numero colloqui di inserimento effettuati e percentuale di ricoveri successivi ai colloqui presso Bad Bachgart, per residenza del paziente – Anno 2007**

Provenienza del paziente	Area dipendenze			Area psicosomatica		
	n. colloqui	n. ricoveri	% ricoveri	n. colloqui	n. ricoveri	% ricoveri
Residenti	225	178	79,1%	275	159	57,8%
Extraprovinciali	18	–	–	4	–	–
Totale	243	178	73,3%	279	159	57,0%

Fonte: Centro Terapico Bad Bachgart

La tranquillità residenziale presente nel centro terapeutico è stata concepita per permettere ai pazienti di sperimentare direttamente ed in condizione di protezione nuove modalità comportamentali, cercando in tal modo di implementarle in base alla loro efficacia secondo un processo di crescita personale.

Per l'area dei "disturbi alimentari", vengono posti obiettivi specifici come: la normalizzazione del comportamento alimentare attraverso la pianificazione e l'introduzione di una struttura alimentare regolare con pasti equilibrati ed apporto calorico sufficiente; aumento o riduzione del peso e stabilizzazione all'interno di un intervallo di peso adeguato (BMI 18-20); riconoscimento dei bisogni biologici, fame-sazietà, rapporto con una sana alimentazione; miglioramento della percezione del proprio corpo, ed accettazione del proprio corpo e della propria persona; management dell'attività fisica; capacità di provare piacere e soddisfazione; elaborazione di situazioni problematiche quali l'autostima, la competenza sociale, il perfezionismo, il management dello stress, la riduzione di tensioni interne e training per la regolazione delle emozioni; costruzione di modalità di management alimentari alternative. Per entrambe le aree le prestazioni terapeutiche possono essere suddivise in diversi moduli che si integrano tra loro (trattamento medico e psicologico, trainings psicologici, psicoterapia, socioterapia, ergoterapia e terapia creativa, trattamenti fisioterapici e terapie sportive, terapia con i cavalli, consulenza nutrizionale ed educazione alla salute) e che vengono indicati secondo le esigenze e gli obiettivi individuali del paziente. Da sottolineare che l'integrazione dei familiari nel processo di cambiamento è un modulo fisso ed indispensabile della terapia.

Il ritorno alla quotidianità – alla fine del percorso riabilitativo residenziale – è per molti pazienti legato a non poche difficoltà di re-inserimento. Per questo motivo, al fine di favorire

tale fase immediatamente successiva alla dimissione della struttura, il centro terapeutico offre ai pazienti la possibilità di incontri/colloqui di follow up, con il conseguente accompagnamento al trattamento riabilitativo dei servizi ambulatoriali che prenderanno in carico i pazienti. Nel 2007 sono stati svolti complessivamente 568 colloqui individuali (274 per pazienti dell'area psicosomatica, i restanti 294 per pazienti dell'area dipendenze). Il centro terapeutico offre inoltre la possibilità di partecipazione di incontri di gruppo (complessivamente 63 incontri, con 652 partecipanti)

2.5.2.1. Attività assistenziale

Nel 2007 sono stati registrati complessivamente 353 ricoveri¹. Bad Bachgart eroga ricoveri/attività riabilitativa sia per pazienti residenti nella nostra Provincia, sia per pazienti non residenti (in Italia o all'estero). L'intera attività prevede trattamenti in regime di ricovero ordinario.

Il 54,4% del volume complessivo di ricoveri erogati nel 2007, sono stati destinati a pazienti affetti da problematiche di dipendenza; dieci ricoveri totali sono stati effettuati per pazienti residenti in altre regioni d'Italia (2,8%), mentre sei sono i pazienti residenti in un paese straniero (1,7%) assistiti dalla struttura.

La valorizzazione in termini monetari, mediante l'applicazione del tariffario all'attività erogata, corrisponde a 2.273.890,00 Euro (il 95% per attività erogate a favore di pazienti residenti nella nostra Provincia).

Tabella 45: **Numero ricoveri per sesso, specialità riabilitativa e regione/stato di residenza del paziente effettuati presso Bad Bachgart – Anno 2007**

Sesso	Residenza	Riabilitazione dipendenze	Riabilitazione psicosomatica	Totale
Maschi	residenti	123	40	163
	residenti in Italia	7	–	7
	residenti estero	2	–	2
	Totale	132	40	172
Femmine	residenti	55	119	174
	residenti in Italia	2	1	3
	residenti estero	3	1	4
	Totale	60	121	181
Totale ricoveri	residenti	178	159	337
	residenti in Italia	9	1	10
	residenti estero	5	1	6
	Totale	192	161	353

Fonte: SDERIA – Strutture riabilitative extraospedaliere Salus Center & Bad Bachgart

Attività assistenziale per residenti

Bad Bachgart ha erogato complessivamente 337 ricoveri a pazienti residenti nella nostra Provincia, dei quali il 52,8% per riabilitazione da dipendenze ed i restanti 159 ricoveri per riabilitazione psicosomatica.

ASSISTENZA PER PAZIENTI RESIDENTI

¹ Il dato si riferisce al numero di dimissioni effettuate nel 2007; complessivamente il 2007 registra l'Accesso di 383 pazienti.

Tabella 46: Numero ricoveri di residenti effettuati presso Bad Bachgart per sesso e specialità riabilitativa – Anno 2007

Reparto/tipo di riabilitazione	Maschi	Femmine	Totale
Riabilitazione dipendenze	123	55	178
Riabilitazione psicosomatica	40	119	159
Totale	163	174	337

Fonte: SDERIA – Strutture riabilitative extraospedaliere Salus Center & Bad Bachgart

L'attività di ricovero riabilitativa è stata svolta in misura leggermente superiore per pazienti di sesso femminile (174 ricoveri vs. 163 ricoveri per i maschi). Per i maschi prevale la riabilitazione da dipendenze (123 ricoveri, equivalente al 75,5% dei ricoveri maschili), mentre per le femmine è prevalente la riabilitazione psicosomatica (119 ricoveri, pari a 68,3% dei ricoveri di donne).

La diagnosi “Disturbi dovuti all’uso di alcol – attualmente astinente, in ambiente protetto” (cod. F1021), è la causa principale di ricovero riabilitativo da dipendenze sia per i maschi che per le femmine (rispettivamente 84,6% e 74,5%).

Tabella 47: Numero ricoveri di residenti effettuati presso Bad Bachgart, riabilitazione da dipendenze, per sesso e diagnosi principale di dimissione – Anno 2007

Codice ICD10	Diagnosi di dimissione	Maschi	Femmine	Totale	%	% cumulata
F1021	Disturbi dovuti all'uso di alcol (attualmente astinente, in ambiente protetto)	104	41	145	81,5%	81,5%
F102	Disturbi dovuti all'uso di alcol (sindromi di dipendenza)	4	6	10	5,6%	87,1%
	Altre diagnosi	15	8	23	12,9%	
Totale		123	55	178	100,0%	

Fonte: SDERIA – Strutture riabilitative extraospedaliere Salus Center & Bad Bachgart

Tabella 48: Numero ricoveri di residenti effettuati presso Bad Bachgart, riabilitazione psicosomatica, per sesso e per diagnosi principale di dimissione – Anno 2007

Codice ICD10	Diagnosi di dimissione	Maschi	Femmine	Totale	%	% cumulata
F32	Episodio depressivo	6	6	12	7,5%	7,5%
F412	Disturbo misto ansioso-depressivo	3	6	9	5,7%	13,2%
F6031	Disturbo di personalità emotivamente instabile; tipo borderline	–	9	9	5,7%	18,9%
F500	Anoressia nervosa	–	7	7	4,4%	23,3%
F432	Disturbi dell'adattamento	1	5	6	3,8%	27,0%
F31	Disturbo affettivo bipolare	2	4	6	3,8%	30,8%
F421	Atti prevalentemente compulsivi	3	3	6	3,8%	34,6%
	Altre diagnosi	25	79	104	65,4%	
Totale		40	119	159	100,0%	

Fonte: SDERIA – Strutture riabilitative extraospedaliere Salus Center & Bad Bachgart

Per quanto riguarda la riabilitazione psicosomatica, la diagnosi “Episodio depressivo” (cod. F32) risulta essere quella principale per i pazienti maschi (15,0%), mentre per le donne le cause più numerose sono “Disturbo di personalità emotivamente instabile, tipo borderline” (cod. F6031), “Anoressia nervosa” (cod. F500), “Episodio depressivo” (cod. F32) e “Disturbo misto ansioso-depressivo” (cod. F412) con rispettivamente 7,6%, 5,9% e 5,0% per le ultime due diagnosi elencate.

Tabella 49: **Degenza media dei ricoveri ordinari di pazienti residenti presso Bad Bachgart per sesso e specialità riabilitativa – Anno 2007**

Reparto/tipo di riabilitazione	Maschi	Femmine	Totale
Riabilitazione dipendenze	44,8	43,3	44,3
Riabilitazione psicosomatica	41,2	46,1	44,9
Totale	43,9	45,2	44,6

Fonte: SDERIA – Strutture riabilitative extraospedaliere Salus Center & Bad Bachgart

La durata media del trattamento (degenza media) per i pazienti trattati e ricoverati presso il centro Bad Bachgart corrisponde a 43,9 giornate per i pazienti maschi e a 45,2 giornate per le pazienti donne. Lievi differenze nella durata media della degenza emergono secondo la tipologia di assistenza erogata ed il genere dei pazienti.

Le tabelle con i dati analitici relativamente ai ricoveri classificati per reparto/tipologia di riabilitazione, comprensorio sanitario di residenza e/o diagnosi di trattamento di dimissione, sono disponibili nelle tabelle aggiuntive pubblicate sul CD-Rom allegato alla presente edizione della Relazione Sanitaria.

Attività assistenziale per non residenti

Bad Bachgart eroga complessivamente 16 ricoveri per pazienti non residenti nella nostra Provincia. Dieci sono i ricoveri per pazienti residenti in altre regioni italiane, mentre sei sono i ricoveri per pazienti residenti all'estero (5 per pazienti austriaci, e 1 ricovero per paziente svizzero).

La causa principale di ricovero riabilitativo è dovuta a “Disturbi dovuti all’uso di alcol – attualmente astinente, in ambiente protetto” (cod. F1021), per la quale sono stati ricoverati 12 non residenti (il 75% del totale)

Tabella 50: **Numero ricoveri (ordinari) di pazienti non residenti effettuati a Bad Bachgart, per sesso e regione/stato di residenza del paziente – Anno 2007**

Residenza	Maschi	Femmine	Totale (*)
Veneto	3	1	4
Toscana	1	–	1
Piemonte	1	–	1
Lombardia	–	1	1
Puglia	1	–	1
Emilia-Romagna	–	1	1
Sicilia	1	–	1
Totale Italia	7	3	10
Austria	2	3	5
Svizzera	–	1	1
Totale estero	2	4	6
Totale	9	7	16

(*) tutti i ricoveri sono stati effettuati per riabilitazione da dipendenze

Fonte: SDERIA – Strutture riabilitative extraospedaliere Salus Center & Bad Bachgart

**ASSISTENZA
PER PAZIENTI
NON RESIDENTI**

Tabella 51: Numero ricoveri di non residenti effettuati presso Bad Bachgart, per sesso e diagnosi principale di dimissione – Anno 2007

Codice ICD10	Diagnosi di dimissione	Maschi	Femmine	TOTALE	%	% cumulata
F1021	Disturbi dovuti all'uso di alcol (attualm. astinente, in ambiente protetto)	7	5	12	75,0%	75,0%
F101	Disturbi dovuti all'uso di alcol (uso dannoso)	1	–	1	6,3%	81,3%
F102	Disturbi dovuti all'uso di alcol (sindromi di dipendenza)	1	–	1	6,3%	87,5%
F132	Disturbi dovuti all'uso di sedativi o ipnotici (sindrome da dipendenza)	–	1	1	6,3%	93,8%
F412	Disturbo misto ansioso-depressivo	–	1	1	6,3%	100,0%
Totale		9	7	16	100,0%	

Fonte: SDERIA – Strutture riabilitative extraospedaliere Salus Center & Bad Bachgart

2.6. ATTIVITÀ DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Nel 2007 sono stati effettuati 59.714 interventi di Emergenza Sanitaria, pari ad una media giornaliera di circa 164 interventi, e 95.093 trasporti sanitari programmati, pari ad una media di circa 261 interventi di trasporto al giorno.

2.6.1. 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 dall'Azienda Sanitaria, 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.

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.

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.

**FUNZIONI DELLA
CENTRALE OPERATIVA
118**

**PERSONALE DELLA
CENTRALE OPERATIVA
118**

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).

2.6.2. 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.

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.

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.

2.6.3. 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, che gestiscono anche un'apposita centrale telefonica che coordina tali trasporti ed assicura ai cittadini le seguenti prestazioni:

- trasporto d'urgenza con assistenza medica
- trasporto d'urgenza senza assistenza medica
- trasporto sanitario non urgente per garantire la continuità delle cure
- 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
- trasporto di prove di laboratorio, referti, latte materno, plasma sanguigno, ecc., che può essere sia urgente che non urgente.

RISORSE TECNOLOGICHE

PRESTAZIONI DEL MEDICO ADDETTO ALL'EMERGENZA TERRITORIALE

ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

PRESTAZIONI EFFETTUATE DAL SERVIZIO

**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 52: **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.

Nel 2007 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 una con medico presente).

Tabella 53: **Dotazione di automezzi di trasporto sanitario. Situazione al 31/12/2007.**

	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*	28	5	101	6	24**
Croce Rossa	3	6	1	7	1	4
Totale	12	34	6	108	7	28

*di cui una di riserva

**Sono compresi 7 BTW (automezzi per il trasporto di disabili/plasma sanguigno/organi)

Fonte: Croce Bianca, Croce Rossa

**POSTAZIONI DEGLI
AUTOMEZZI DI SOCCORSO**

Nel 2007 la dotazione complessiva di automezzi di soccorso presso le postazioni attive in Provincia di Bolzano ha subito alcune variazioni rispetto al 2006.

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), 34 automezzi di soccorso avanzato di base (RTW), 6 automezzi di trasporto misto (NKTW), 115 automezzi per il trasporto non urgente (KTW o LKTW) e 28 autovetture per il trasporto di esami di laboratorio, referti, plasma, ecc.

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.

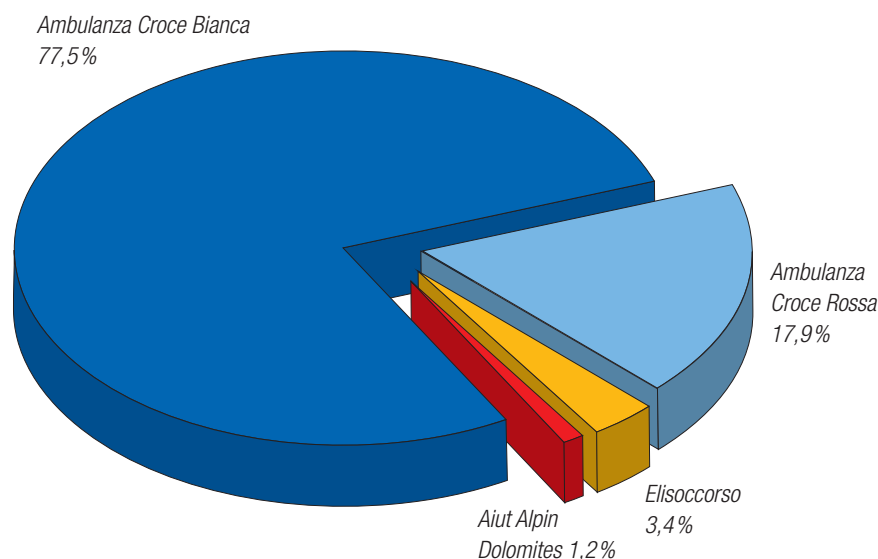
Il servizio di Elisoccorso è dotato di 2 elicotteri, uno dislocato presso l'ospedale di Bolzano e l'altro presso l'ospedale di Bressanone. In caso di particolari esigenze un ulteriore velivolo viene messo a disposizione dall'organizzazione del soccorso alpino Aiut Alpin Dolomites, durante la stagione invernale ed estiva.

2.6.4. Interventi di Emergenza Sanitaria

Nel 2007 sono stati effettuati 59.714 interventi di Emergenza Sanitaria, pari ad una media giornaliera di circa 164 interventi. Rispetto all'anno precedente, si registra un incremento del 6,7%.

Nel 77,5% degli interventi hanno prestato soccorso le ambulanze della Croce Bianca, mentre nel 17,9% sono stati utilizzati automezzi di soccorso della Croce Rossa. Gli interventi di emergenza in elicottero sono stati gestiti dal servizio di Elisoccorso provinciale (3,4%) e dall'organizzazione di soccorso alpino Aiut Alpin Dolomites (1,2%).

Figura 17: Interventi di emergenza sanitaria distribuiti per organizzazione di soccorso coinvolta – Anno 2007



Fonte: Croce Bianca, Croce Rossa

Per effettuare gli interventi di emergenza in ambulanza sono stati percorsi nel 2007 un milione e mezzo di chilometri, pari ad una media di circa 28 chilometri per intervento. Sono stati effettuati, inoltre, 2.766 interventi in elicottero, per un numero complessivo di circa 1.558 ore di volo (circa 34 minuti di volo per intervento).

**AUTOMEZZI DEL
SERVIZIO DI TRASPORTO
SANITARIO**

**SERVIZIO DI
ELISOCCORSO**

**INTERVENTI, PERSONE
TRASPORTATE,
CHILOMETRI PERCORSI**

TRASPORTI EFFETTUATI

Tabella 54: **Interventi di emergenza sanitaria effettuati, persone trasportate e chilometri percorsi dalle organizzazioni di soccorso provinciali – Anno 2007**

Organizzazioni di soccorso	Numero interventi di emergenza	Numero persone trasportate	Numero chilometri percorsi/minuti di volo
Croce Bianca	46.279	47.821	1.385.451
Croce Rossa	10.669	10.783	194.307
Elisoccorso Croce Bianca	2.047	1.939	68.233
Aiut Alpin Dolomites	719	695	25.256
Totale	59.714	61.238	

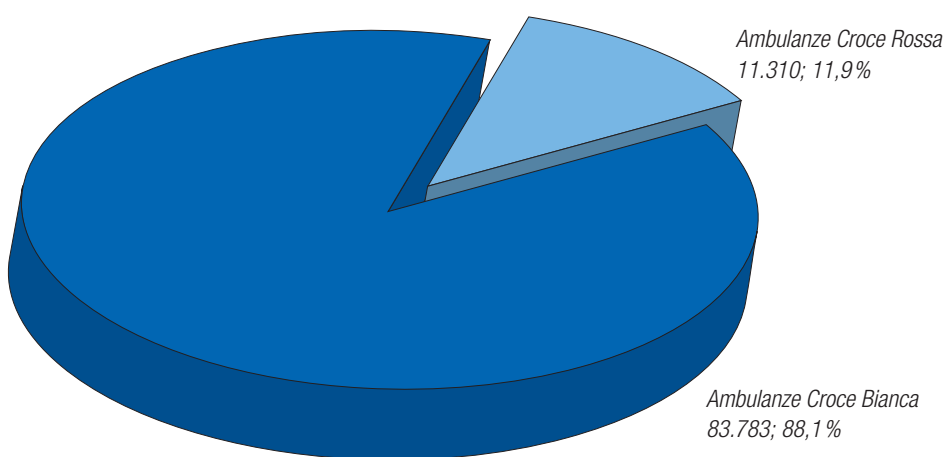
Fonte: Croce Bianca, Croce Rossa

2.6.5. Interventi di Trasporto Sanitario non Urgente

Nel 2007, il servizio di Trasporto Sanitario ha effettuato 95.093 trasporti sanitari programmati, pari ad una media di circa 261 interventi di trasporto al giorno.

Nel 88,1% dei casi sono intervenute le ambulanze di trasporto della Croce Bianca, mentre nel restante 11,9% sono stati utilizzati automezzi di trasporto sanitario della Croce Rossa.

Figura 18: **Interventi di trasporto sanitario non urgente distribuiti per organizzazione di trasporto coinvolta – Anno 2007**



Fonte: Croce Bianca, Croce Rossa

CHILOMETRI PERCORSI

Per effettuare i trasporti sanitari non urgenti sono stati percorsi nel 2007 più di 4 milioni di chilometri, per un valore medio di 45 chilometri per ciascun intervento di trasporto.

Tabella 55: **Trasporti sanitari non urgenti effettuati, persone trasportate e chilometri percorsi dalle organizzazioni di trasporto sanitario – Anno 2007**

Organizzazioni di trasporto sanitario	Numero trasporti non urgenti	Numero persone trasportate	Numero chilometri percorsi
Croce Bianca	83.783	104.348	3.956.481
Croce Rossa	11.310	13.251	305.374
Totale	95.093	117.599	4.261.855

Fonte: Croce Bianca, Croce Rossa

Rispetto all'anno precedente, sono stati effettuati nel 2007 circa 8 interventi di trasporto sanitario in più al giorno, con un aumento annuo del 3,2%. Sono stati effettuati, inoltre, 104 interventi in elicottero (per esercitazioni e/o altri interventi non urgenti) per un totale di 8.221 minuti di volo.

2.7. ASSISTENZA FARMACEUTICA

Nel 2007 le farmacie aperte al pubblico erano 114 con grado di copertura della pianta organica pari al 91,2%.

La prescrizione di farmaci nel 2007 ha superato il tetto dei 2,6 milioni di ricette, corrispondente a 5,4 ricette procapite e 10,9 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 2 milioni di confezioni prescritte pari in media a 290 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti).

Nel 2007 la spesa netta per l'assistenza farmaceutica territoriale a carico del Servizio sanitario, pari a circa 60,5 milioni di Euro, è diminuita, rispetto al 2006, del 4,9% a fronte di una riduzione media nazionale del 6,7%. La spesa farmaceutica privata rappresenta il 40% della spesa farmaceutica territoriale complessiva (circa 41 milioni di Euro).

La maggior parte delle prescrizioni farmaceutiche sono dovute ai medici di medicina generale, con un ammontare di farmaci prescritti pari all'86,7%.

L'assistenza farmaceutica territoriale viene erogata dall'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano 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.

2.7.1. Le farmacie

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 31.12.2007, in Provincia erano aperte al pubblico 114 farmacie, sette in più rispetto all'anno precedente.

Nel 2007 il grado di copertura delle farmacie attivate rispetto a quelle previste in pianta organica, è aumentato del 4,8% rispetto all'anno precedente, passando dall'86,4% al 91,2%. Con riferimento agli standard previsti dalla deliberazione della Giunta Provinciale n. 4707 del 05/12/2005, la copertura totale delle farmacie attive si osserva in oltre la metà dei distretti sanitari provinciali. In termini pro capite, il numero medio di farmacie ogni 10.000 abitanti è di 2,4, variabile da un minimo di 1,5 nel distretto sanitario di Oltredige ad un massimo di 4,1 nel distretto sanitario della Val Badia.

**DISTRIBUZIONE
DELLE FARMACIE
SUL TERRITORIO**

**NUMERO MEDIO
DI FARMACIE OGNI
10.000 ABITANTI**

**CARICO MEDIO DI UTENTI
PER FARMACIA**
**LEGGE N. 405
DEL 16/11/2001**
**PRONTUARIO OSPEDALE -
TERRITORIO DEI FARMACI
A DISTRIBUZIONE
DIRETTA**

Tabella 56: **Farmacie previste e attivate nei distretti sanitari, grado di copertura della pianta organica, farmacie ogni 10.000 abitanti – Anno 2007**

	Previste	Attivate	% copertura pianta organica	Farmacie/ 10.000 ab.	Abitanti per farmacia
Val Gardena	3	3	100,0	3,4	2.942,3
Val d'Ega-Sciliar	6	6	100,0	3,3	3.051,1
Salto-Val Sarentino-Renon	5	4	80,0	2,4	4.244,1
Oltradige	5	4	80,0	1,5	6.684,0
Laives-Bronzolo-Vadena	5	5	100,0	2,6	3.824,0
Bassa Atesina	7	5	71,4	2,2	4.595,2
Bolzano	25	25	100,0	2,3	4.423,6
Alta Val Venosta	4	3	75,0	2,0	4.905,4
Media Val Venosta	4	4	100,0	2,3	4.294,6
Naturno-circondario	3	2	66,7	2,0	4.968,2
Lana-circondario	5	5	100,0	2,3	4.396,3
Merano-circondario	12	12	100,0	2,2	4.446,3
Val Passiria	3	2	66,7	2,6	3.901,4
Alta Valle Isarco	6	4	66,7	2,3	4.298,8
Bressanone-circondario	9	8	88,9	2,4	4.148,0
Chiusa-circondario	5	4	80,0	2,7	3.657,4
Tures-Aurina	2	2	100,0	1,7	5.934,0
Brunico-circondario	8	8	100,0	2,5	4.048,4
Alta Val Pusteria	4	4	100,0	2,7	3.659,5
Val Badia	4	4	100,0	4,1	2.413,3
Totale	125	114	91,2	2,4	4.228,6

Fonte: ufficio Distretti Sanitari, PAB

Il carico medio di potenziali utenti per farmacia in provincia è di 4.229 abitanti. A livello di distretto il campo di variazione è però molto ampio: in Val Badia vi sono 2.413 abitanti per farmacia, mentre nel distretto sanitario di Oltradige ve ne sono oltre 6.500. 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.

2.7.2. 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.

Con legge n. 405 del 16 novembre 2001, art. 8, è stata introdotta la facoltà da parte delle regioni e delle province autonome di stipulare accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per consentire agli assistiti di rifornirsi delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente anche presso le farmacie predette con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del Servizio Sanitario Nazionale (assistenza farmaceutica in forma diretta). Mediante tale normativa viene garantita, inoltre, l'erogazione diretta da parte dell'Azienda Sanitaria dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale.

L'elenco dei medicinali erogabili in forma diretta secondo le indicazioni dell'art. 8 della legge 405/2001 è contenuto nella Determinazione AIFA del 29 ottobre 2004 (G.U. n. 259 del 04/11/2004). In tale documento viene presentato il prontuario della distribuzione diret-

ta, ovvero i farmaci erogabili con forme alternative di distribuzione che garantiscono la continuità assistenziale H (ospedale) – T (territorio).

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, oggi AIFA – Agenzia Italiana del Farmaco) deve classificare i farmaci che entrano in commercio. Le classi previste dalla normativa in vigore nel 2003 sono¹:

Classe A – farmaci essenziali e farmaci per malattie croniche, a totale carico del SSN. La 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 in un 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.

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 farmaci².

Con le circolari prot. N. 2877/92 del 15 febbraio 2007 e 3759/121 del 28 febbraio 2007, la Federfarma ha diffuso i nuovi elenchi di farmaci A ed H con l'indicazione dei prezzi in vigore dall'1 marzo 2007 derivanti dall'applicazione della manovra di pay back prevista dalla legge finanziaria 2007.

Tale manovra prevede un nuovo sconto dello 0,6% che le farmacie devono praticare al SSN, in aggiunta al precedente sconto dello 0,6% a carico dell'industria farmaceutica. Lo sconto previsto in seguito all'applicazione del meccanismo del pay back viene calcolato sul prezzo al pubblico comprensivo di IVA di tutti i farmaci ceduti al SSN.

Con Circolare del Ministero della Salute n. 3 del 03.10.2006 è stata introdotta la possibilità di vendita di alcuni tipi di medicinali al di fuori delle farmacie. In particolare, l'art. 5 del d.l. n. 223 del 04.07.2006, convertito in legge n. 248 del 04.08.2006, stabilisce che gli esercizi commerciali di cui all'art. 4, comma 1, lettere d), e) e f), del d.lgs. n. 114 del 31.03.1998 e L.P. n. 7 del 17.02.2000, artt. 4, 5 e 6 (esercizi di vicinato, medie e grandi strutture di vendita) possono esercitare attività di vendita dei farmaci da banco o di automedicazione, e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica, previa comunicazione al Ministero della Salute ed alla Regione in cui ha sede l'esercizio.

CRITERI DI CLASSIFICAZIONE DEI FARMACI

**LEGGE N. 326
DEL 24/11/2003**

**LEGGE N. 202
DEL 02/08/2004**

**NUOVO PRONTUARIO
FARMACEUTICO**

MANOVRA DI PAY BACK

**CIRCOLARE MINISTERO
DELLA SALUTE N. 3
DEL 03/10/2006**

¹ Fonte: Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali

² Fonte: Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali

**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 dall'1 luglio 2002, secondo le seguenti modalità:

- popolazione non esente: due euro per confezione di farmaco prescritto, con un massimo di quattro euro per due o più medicinali;
- popolazione esente per malattia o per reddito o per grado di invalidità non elevato: un euro per ricetta;
- 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;
- popolazione affetta da elevato grado di invalidità o popolazione in età pediatrica il cui nucleo familiare è esente per reddito: nessun ticket.

**CIRCOLARE ASSESSO-
RATO DELLA SANITÀ
DEL 08/08/2000**

Con circolare dell'8 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.

**CIRCOLARE ASSESSO-
RATO DELLA SANITÀ
DEL 30/10/2003**

Con deliberazione della Giunta Provinciale n. 289 del 30.01.2006, 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 (linfedema, fibromialgia e scoliosi strutturale, quest'ultima limitatamente alle persone di età inferiore a 18 anni).

**DELIBERA G.P. N. 3583
DEL 04/10/2004**

La Provincia Autonoma di Bolzano, con deliberazione della G.P. n. 3583 del 04/10/2004, su recepimento dell'art. 8 della legge 405/2001, ha autorizzato la stipula di un accordo con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per la distribuzione di medicinali attraverso le farmacie aperte al pubblico per conto dell'Azienda Sanitaria, avvenuta in data 27/09/2005. A partire da tale data è stata attivata la distribuzione dei farmaci PHT (Prontuario Ospedale-Territorio dei farmaci a distribuzione diretta) per conto della AS da parte delle farmacie territoriali.

L'erogazione diretta dei medicinali in Alto Adige è stata attivata nei seguenti casi:

- a seguito di visita specialistica o controllo;
- a paziente cronico soggetto a controllo ricorrente;
- a pazienti cronici che utilizzano farmaci soggetti a piano terapeutico;
- a pazienti in assistenza domiciliare;
- a pazienti in strutture residenziali.

Le analisi relative al consumo di farmaci in Provincia di Bolzano nel 2007 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);
- ufficio Contabilizzazione Ricette dell'Azienda Sanitaria (flusso anonimizzato delle prescrizioni di farmaci erogati dalle farmacie del territorio provinciale, contenenti anche i dati anagrafici dell'assistito).

Tabella 57: Numero di ricette e ricette procapite per distretto sanitario e genere – Anno 2007

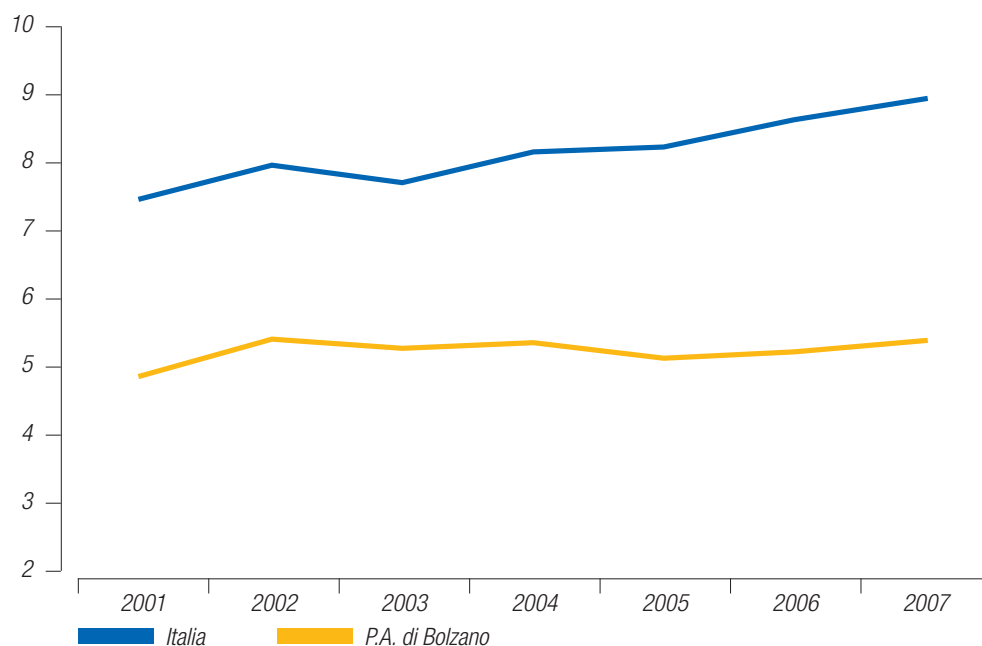
	Totale ricette			Ricette pro-capite		
	Maschi	Femmine	N.D.	Maschi	Femmine	N.D.
Val Gardena	18.374	20.532	3.490	4,1	4,7	0,4
Val d'Ega-Sciliar	31.098	35.409	3.137	3,4	3,9	0,2
Salto-Val Sarentino-Renon	25.359	33.239	2.271	2,9	4,0	0,1
Oltradige	53.965	65.597	5.369	4,1	4,8	0,2
Laives-Bronzolo-Vadena	47.477	57.389	5.000	5,0	6,0	0,3
Bassa Atesina	51.723	61.697	5.368	4,6	5,3	0,2
Bolzano	292.337	371.214	38.050	5,6	6,4	0,3
Alta Val Venosta	25.959	32.608	7.143	3,5	4,5	0,5
Media Val Venosta	35.515	44.600	9.672	4,1	5,2	0,6
Naturno-circondario	19.289	22.904	2.300	3,8	4,7	0,2
Lana-circondario	46.471	62.075	5.829	4,3	5,6	0,3
Merano-circondario	128.693	162.670	18.645	5,1	5,8	0,3
Val Passiria	19.044	24.757	2.440	4,8	6,5	0,3
Alta Valle Isarco	39.505	51.670	3.541	4,6	6,1	0,2
Bressanone-circondario	87.220	110.171	13.304	5,4	6,5	0,4
Chiusa-circondario	22.840	26.383	1.542	3,1	3,6	0,1
Tures-Aurina	25.524	32.450	2.211	4,1	5,7	0,2
Brunico-circondario	70.417	90.442	15.710	4,3	5,6	0,5
Alta Val Pusteria	27.974	35.831	7.213	3,9	4,8	0,5
Val Badia	20.199	22.630	4.047	4,1	4,8	0,4
Totale	1.088.983	1.364.268	156.282	4,6	5,6	0,3

Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

Nel 2007 è stato superato il tetto di 2,6 milioni di ricette emesse dal Servizio Sanitario Provinciale, pari ad un incremento del 4,2% rispetto all'anno precedente; in termini pro-capite sono state emesse nell'anno in media 5,4 ricette per residente, con sensibili differenze tra i generi femminile (5,6) e maschile (4,6) e tra i distretti sanitari. La prescrizione di farmaci alla popolazione femminile varia da un minimo di 3,6 ricette prescritte nel distretto di Chiusa ad un massimo di 6,5 ricette nei distretti di Bressanone e Val Passiria. Per la popolazione maschile la prescrizione di medicinali varia da un minimo di 3 ricette nel distretto di Salto-Val Sarentino-Renon ad un massimo di 5,6 ricette a Bolzano. L'andamento provinciale delle prescrizioni farmaceutiche negli ultimi sette anni evidenzia un andamento stazionario a fronte di un trend nazionale costantemente superiore con una tendenza all'aumento della forbice nell'ultimo triennio.

**PRESCRIZIONE
DI RICETTE
FARMACEUTICHE**

Figura 19: N. medio ricette pro-capite in Provincia di Bolzano e Italia. Anni 2001-2007



Fonte: OSMED, ISTAT

**PRESCRIZIONE DI
FARMACI (NUMERO
CONFEZIONI)**

Il numero di confezioni di farmaci prescritti nel 2007 si è attestato al di sopra del tetto dei 5,2 milioni di pezzi, pari a 10,9 confezioni di medicinali pro capite, a fronte di un valore medio nazionale di 16,5 confezioni per residente. I consumi massimi, rispettivamente per la popolazione maschile e femminile, si osservano nei distretti di Bolzano (11,5) e della Val Passiria (13,2).

**CLASSIFICAZIONE
INTERNAZIONALE
DEI FARMACI ATC**

Al fine di rendere confrontabili le quantità di farmaci prescritte agli altoatesini nel 2007, secondo le differenti tipologie di medicinali e le diverse modalità di consumo nei distretti sanitari, 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.

Tabella 58: **Numero di confezioni e confezioni procapite per distretto sanitario e genere – Anno 2007**

	Totale confezioni			Confezioni pro-capite		
	Maschi	Femmine	N.D.	Maschi	Femmine	N.D.
Val Gardena	37.122	40.484	6.705	8,3	9,3	0,8
Val d'Ega-Sciliar	63.366	70.751	5.835	6,8	7,8	0,3
Salto-Val Sarentino-Renon	52.145	66.965	4.382	6,1	8,0	0,3
Oltradige	110.288	131.678	10.771	8,5	9,6	0,4
Laives-Bronzolo-Vadena	97.331	113.377	10.120	10,2	11,8	0,5
Bassa Atesina	104.105	120.431	10.580	9,2	10,3	0,5
Bolzano	603.130	740.745	75.675	11,5	12,7	0,7
Alta Val Venosta	53.094	65.525	14.385	7,1	9,0	1,0
Media Val Venosta	70.660	86.527	19.493	8,2	10,1	1,1
Naturno-circondario	39.119	45.507	4.595	7,8	9,2	0,5
Lana-circondario	93.179	122.520	11.515	8,6	11,0	0,5
Merano-circondario	260.996	321.828	36.729	10,3	11,5	0,7
Val Passiria	38.668	50.252	5.047	9,7	13,2	0,6
Alta Valle Isarco	80.731	104.018	7.016	9,3	12,2	0,4
Bressanone-circondario	175.240	216.310	26.310	10,8	12,8	0,8
Chiusa-circondario	46.399	52.130	3.019	6,3	7,2	0,2
Tures-Aurina	51.737	65.569	4.282	8,4	11,5	0,4
Brunico-circondario	142.801	179.147	30.909	8,7	11,2	1,0
Alta Val Pusteria	57.095	72.840	13.603	7,9	9,8	0,9
Val Badia	39.880	44.015	6.825	8,1	9,3	0,7
Totale	2.217.086	2.710.619	307.796	9,4	11,1	0,6

Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

Come emerso in precedenza, i dati relativi al consumo di farmaci evidenziano sostanziali differenze tra i sessi: nell'anno 2007 gli uomini hanno consumato mediamente 531 dosi giornaliere di medicinali ogni 1.000 maschi residenti (pari a 9,4 confezioni pro-capite nell'intero periodo), mentre le donne si sono attestate mediamente su 633 dosi giornaliere ogni 1.000 altoatesine (pari a 11,1 confezioni pro-capite nell'intero anno).

Tabella 59: **Distribuzione di farmaci per età e genere – Anno 2007**

	Numero confezioni			DDD/1.000 ab. pro die		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0-4 anni	31.046	25.341	56.387	62,3	50,8	56,8
5-14 anni	39.931	32.884	72.815	46,6	36,7	41,8
15-24 anni	38.753	63.616	102.369	55,8	135,0	94,4
25-34 anni	58.829	110.832	169.661	82,5	206,6	144,6
35-44 anni	130.979	180.357	311.336	154,0	252,2	202,0
45-54 anni	212.853	232.092	444.945	375,7	423,1	399,1
55-64 anni	417.243	410.958	828.201	1.005,2	931,6	967,5
65-74 anni	630.518	644.181	1.274.699	1.794,2	1.600,8	1.691,5
75 anni e oltre	643.384	995.457	1.638.841	2.409,6	2.169,0	2.258,1
Totale	2.203.536	2.695.718	4.899.254	531,3	632,8	583,0

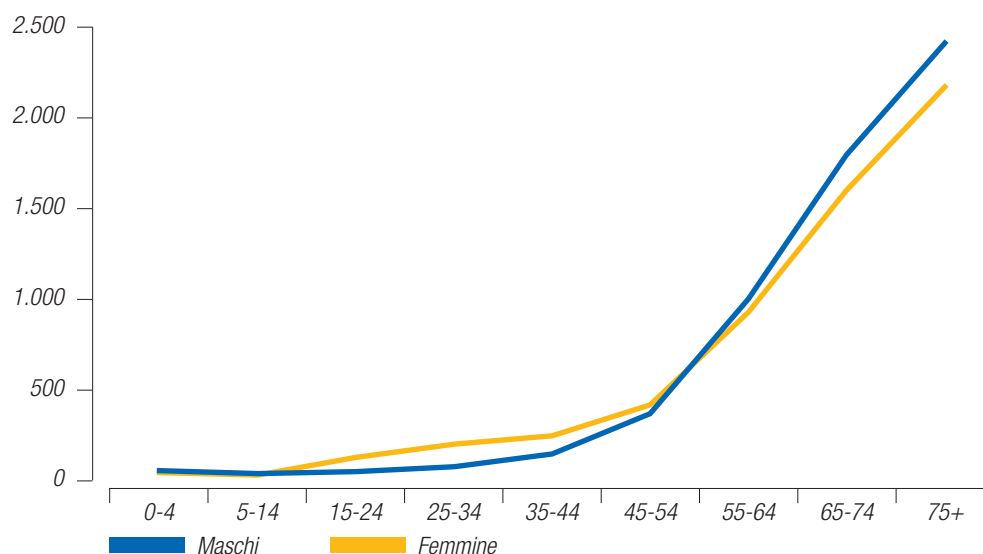
Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

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 riportato in *tabella 58*, rispetto al valore indicato in *tabella 59*.

**CONSUMO DI FARMACI
PER ETÀ E SESSO**

226

Figura 20: **Consumo medio di farmaci (DDD x 1.000 ab. die) in Provincia di Bolzano per età e genere – Anno 2007**

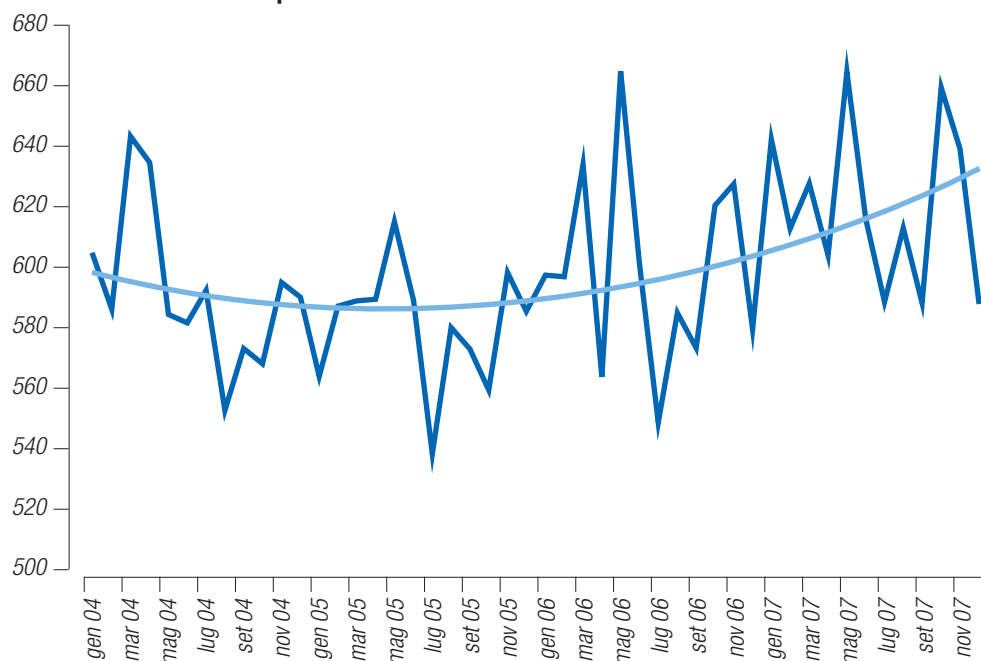


Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

Forti risultano anche le differenze nei consumi secondo l'età: in età pediatrica (0-14 anni) il consumo medio nel 2007 è inferiore a 60 dosi giornaliere ogni 1.000 bambini (pari a circa 1,6 confezioni per bambino nell'intero anno), con un campo di variabilità tra 18 (bambine del Distretto di Alta Val Pusteria) e 93 (bambini residenti a Bolzano); in età giovanile-adulta (15-34 anni) il consumo medio aumenta sino a 122 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti (da un minimo di 26,6 dosi per i maschi della Val Badia ad un massimo di 304,5 dosi per le femmine di Bressanone); in età adulta (35-64 anni) il consumo cresce ulteriormente raggiungendo mediamente le 466 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti (da 96,6 dosi per la popolazione maschile di Salto-Val Sarentino-Renon a 1.184 dosi per i maschi di Bolzano); in età anziana (65 anni e oltre) il consumo di farmaci si quadruplica rispetto la fascia di età precedente superando le 1.960 dosi giornaliere ogni 1.000 anziani (da un minimo di 1.107 dosi per le donne del distretto di Chiusa ad un massimo di 2.700 dosi circa per gli anziani del distretto di Bressanone).

Il confronto del trend relativo al consumo di farmaci per classi di età tra maschi e femmine, evidenzia percorsi complementari tra i due sessi: in età pediatrica il consumo di farmaci risulta lievemente superiore nei bambini; nella fascia adulta il consumo di farmaci da parte delle donne risulta sensibilmente superiore alla popolazione maschile, invertendo la tendenza in corrispondenza delle fasce di età più anziane (figura 20).

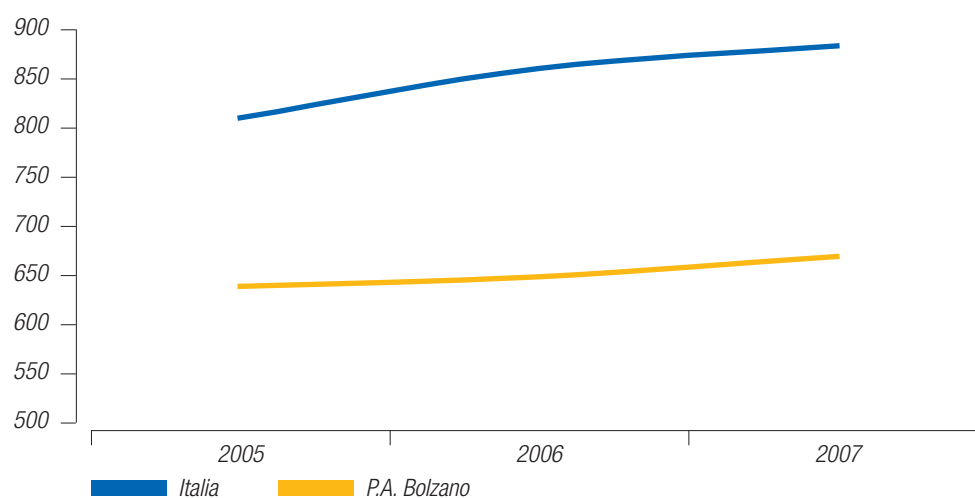
Figura 21: **Numero medio di dosi giornaliere per 1.000 residenti distribuite alla popolazione altoatesina nel periodo 2004-2007**



Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

L'andamento del consumo medio giornaliero di medicinali ogni 1.000 residenti altoatesini nel periodo 2004-2007, evidenzia un trend decrescente nei primi 18 mesi del periodo, seguito da un progressivo aumento nella seconda parte del periodo considerato in corrispondenza ad un incremento della variabilità stagionale e mensile.

Figura 22: **Consumo medio di farmaci (DDD x 1.000 ab. die) in Provincia di Bolzano e in Italia – Anni 2005-2007**



Fonte: OSMED

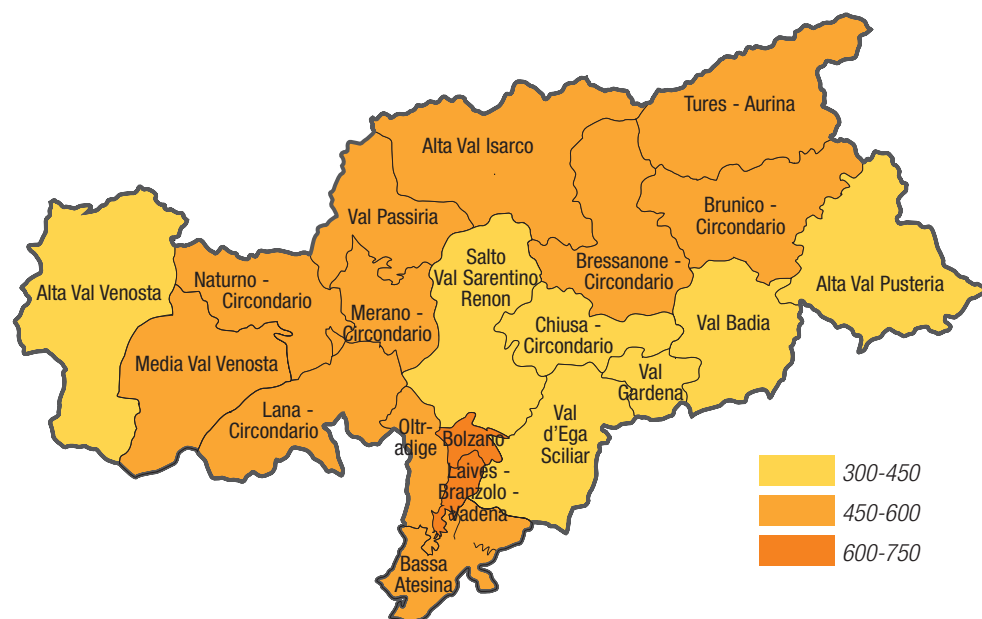
Rispetto alla tendenza media nazionale, la propensione ai consumi altoatesini nell'ultimo triennio evidenzia una sostanziale stazionarietà, con una tendenza all'aumento della forbice tra consumi medi nazionali e provinciali (figura 22).

**CONSUMO DI FARMACI
NEL PERIODO
2004-2007**

**SISTEMA DI PESI
RISPETTO ALLE
CARATTERISTICHE
DEMOGRAFICHE**

Al fine di eliminare le differenze nel consumo di farmaci determinate dalle caratteristiche demografiche della popolazione (sesso ed età), di seguito, nel confronto tra i distretti sanitari, è stato adottato un sistema di pesi utilizzato dal Dipartimento della programmazione del Ministero della Salute per la ripartizione della quota capitaria del Fondo Sanitario Nazionale (FSN).

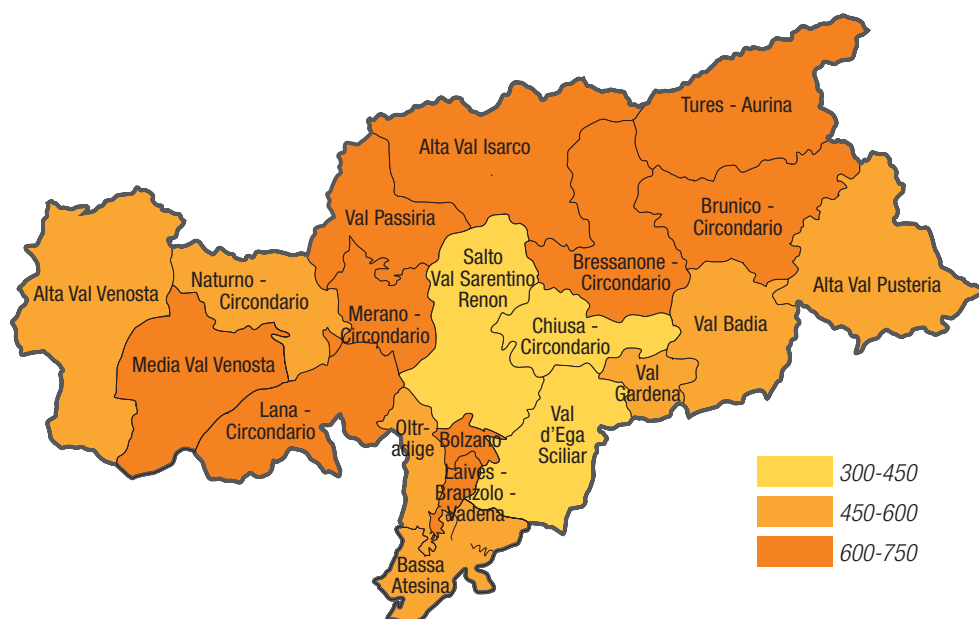
Figura 23: **Numero medio di dosi giornaliere per 1.000 residenti distribuite alla popolazione MASCHILE altoatesina per distretto sanitario – Anno 2007**



Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

Il consumo di farmaci a livello di distretto sanitario evidenzia differenze sia tra i diversi ambiti territoriali sia tra la popolazione maschile e femminile (figura 23 e figura 24), come più volte riscontrato in precedenza. Un elevato ricorso alla terapia farmacologica si osserva per entrambi i generi presso i centri ad alta densità abitativa di Bolzano e Laives; per la popolazione femminile si riscontra un elevato consumo anche presso gli altri grandi centri urbani (Merano, Bressanone e Brunico) oltre che nelle zone extraurbane della Media Val Venosta, Lana, Val Passiria, Alta Valle Isarco e Tures Aurina. Per entrambi i generi della popolazione, i distretti sanitari di Salto-Val Sarentino-Renon, Val d'Ega-Sciliar e Chiusa, si distinguono per il minor consumo di medicinali rispetto alle altre realtà locali.

Figura 24: Numero medio di dosi giornaliere per 1.000 residenti distribuite alla popolazione FEMMINILE altoatesina per distretto sanitario – Anno 2007



Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

Dall'analisi relativa all'evoluzione del consumo di farmaci per distretto sanitario nell'ultimo quinquennio, emerge un profilo dell'assunzione di farmaci nella fascia più elevata (oltre 600 DDD per 1.000 residenti pro die), che non riguarda soltanto i grandi centri urbani (Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico), estendendosi anche in alcune aree extraurbane. Nell'ambito dell'elaborazione dei dati sul consumo di farmaci per gruppo anatomico principale, per alcuni farmaci non sono state riportate nella banca dati le informazioni relative al tipo di medicinale, comportando quindi una differenza nel totale confezioni riportato in *tabella 58*, rispetto al valore indicato in *tabella 60*.

La distribuzione delle dosi medie giornaliere di farmaci per 1.000 residenti altoatesini, erogate nel 2007 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 sangue ed organi emopoietici, per il sistema nervoso centrale, e per il sistema genito-urinario e gli ormoni sessuali.

Dal confronto dei consumi di farmaci tra la popolazione maschile e femminile emergono interessanti indicazioni dal punto di vista dei profili patologici riguardanti le due popolazioni (*tabella 60*).

Il consumo di farmaci riguarda in eguale misura, per maschi e femmine, le patologie del sistema cardiovascolare ed i farmaci antimicrobici per uso sistemico, mentre si osserva un maggior ricorso ai medicinali per le patologie del sistema respiratorio ed ai farmaci dermatologici nella popolazione maschile rispetto quella femminile. Per le altre tipologie di medicinali il consumo da parte della popolazione femminile risulta superiore a quella maschile; in particolare l'assunzione di farmaci per il sistema muscolo-scheletrico, ed il consumo di preparati ormonali sistemici e di farmaci antineoplastici nella popolazione femminile è di due o più volte superiore rispetto ai maschi.

CONSUMO DI FARMACI
(DDD/1.000 AB. DIE)

Tabella 60: Consumo di farmaci (n. di pezzi distribuiti e DDD/1.000 ab. Die) per ATC e genere – Anno 2007

	Numero confezioni			DDD/1.000 abitanti die		
	Maschi	Femmine	N.D.	Maschi	Femmine	N.D.
Sist. cardiovascolare	939.183	1.012.792	120.442	274,6	272,1	32,6
Apparato gastrointest./metabolismo	280.960	339.363	36.267	52,1	62,2	6,5
Sist. nervoso centrale	201.656	201.434	25.656	52,9	60,1	7,0
Sangue ed organi emopoietici	203.510	337.094	38.189	34,8	60,8	6,4
Sist. genito-urinario/ormoni sessuali	125.237	165.176	14.124	30,0	51,5	4,0
Antimicrob. gen. per uso sistemico	150.185	177.201	24.286	11,3	12,2	1,8
Sist. muscolo-scheletrico	80.350	152.751	16.882	18,0	34,5	3,7
Sist. respiratorio	121.883	97.098	13.156	33,6	25,3	3,5
Preparati ormonali sistemici	48.930	129.374	10.363	13,4	36,2	2,9
Organi di senso	31.002	41.585	3.282	8,5	11,0	0,9
Farmaci antineopl. immunomodulatori	8.938	28.108	2.138	1,0	5,8	0,4
Dermatologici	14.001	10.014	1.145	2,5	1,7	0,2
Farmaci antiparassitari	3.869	10.103	777	0,3	0,9	0,1
Vari	1.785	903	175	0,1	0,0	0,0
Totale	2.211.489	2.702.996	306.882	533,2	634,4	69,9

Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

Dal confronto dei consumi delle diverse tipologie di medicinali tra i distretti sanitari (tabella 61), emergono principalmente differenze tra i centri urbani di Bolzano e Brunico e le aree geografiche extraurbane della Val Passiria e dell'Alta Valle Isarco. Il distretto sanitario di Bolzano si distingue per il maggior consumo di farmaci per il sistema cardiovascolare, per l'apparato gastrointestinale ed il metabolismo, per i farmaci dermatologici, antineoplastici immunomodulatori, antiparassitari, per il sistema respiratorio e per gli organi di senso. Nel distretto sanitario di Brunico si osserva il maggior consumo a livello provinciale di medicinali per il sangue ed organi emopoietici e per il sistema nervoso, mentre al distretto sanitario della Val Passiria spetta il primato di consumo di preparati ormonali sistemici ed antimicrobici generici per uso sistemico.

Nel distretto sanitario dell'Alta Valle Isarco, rispetto alle altre aree geografiche, la popolazione ricorre maggiormente all'uso di farmaci per il sistema genito-urinario e ormoni sessuali, per il sistema muscolo-scheletrico e farmaci dermatologici.

Le tabelle con i dati analitici del consumo di farmaci (DDD/1.000 ab. Die) per distretto, ATC e genere, sono disponibili nelle tabelle aggiuntive pubblicate nel CD-Rom allegato alla presente edizione della Relazione Sanitaria.

Tabella 61: **Consumo di farmaci (DDD/1.000 ab. Die) per distretto sanitario e ATC – Anno 2007**

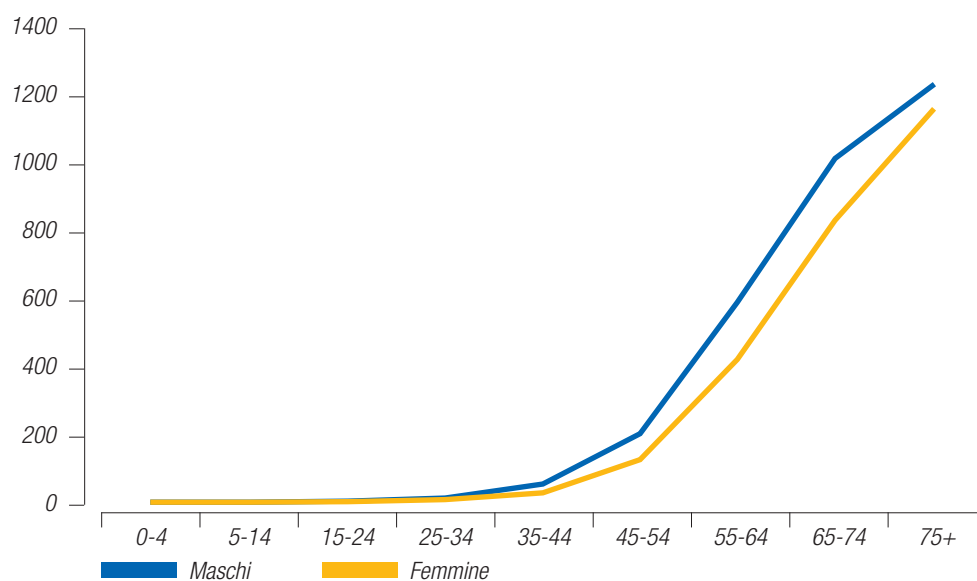
	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V
Val Gardena	45,6	54,4	245,5	0,9	36,4	21,5	12,4	3,6	24,4	37,4	0,6	23,4	7,5	0,0
Val d'Ega-Sciliar	40,6	37,6	206,0	0,9	33,3	18,3	9,3	1,6	20,6	35,6	0,6	21,5	5,4	0,0
Salto-Val Sarentino-Renon	38,5	35,8	194,1	0,9	28,9	17,9	8,1	2,0	16,4	31,5	0,4	24,8	4,3	0,0
Oltradige	56,8	44,7	264,0	1,8	37,0	22,7	10,4	3,1	25,2	40,6	0,5	24,0	8,3	0,0
Laives-Bronzolo-Vadena	74,3	59,4	324,0	2,3	41,5	24,5	14,5	3,8	25,3	46,7	1,0	38,9	12,3	0,1
Bassa Atesina	66,9	56,1	280,4	1,6	35,4	22,8	12,8	3,4	26,8	43,6	0,8	31,3	9,6	0,1
Bolzano	75,0	61,9	346,8	3,1	48,2	27,0	14,8	4,7	32,9	56,4	1,2	41,7	17,6	0,1
Alta Val Venosta	42,1	56,6	240,3	1,4	45,8	26,3	9,7	3,0	29,3	37,9	0,2	24,7	5,3	0,0
Media Val Venosta	49,3	67,0	273,2	1,9	52,7	29,4	11,6	3,5	27,4	48,2	0,3	29,2	10,2	0,0
Naturno-circondario	45,4	54,9	254,8	1,4	38,1	23,8	11,7	2,6	19,3	43,6	0,4	24,0	10,6	0,0
Lana-circondario	60,6	66,5	319,4	1,6	39,6	29,5	11,0	3,8	27,5	48,2	0,5	31,3	7,7	0,0
Merano-circondario	66,8	71,9	323,8	2,2	34,9	28,6	11,8	4,5	31,4	47,5	0,5	33,4	13,0	0,1
Val Passiria	55,6	68,0	327,7	1,5	39,6	35,7	23,6	2,8	31,8	48,9	0,5	24,1	7,1	0,0
Alta Valle Isarco	61,4	57,2	237,8	3,1	54,8	25,4	15,6	2,7	35,7	60,6	0,4	33,6	4,9	0,1
Bressanone-circondario	66,8	68,4	297,1	2,8	57,4	30,2	16,0	3,7	33,2	68,1	0,4	31,8	7,4	0,0
Chiusa-circondario	36,9	36,0	175,4	1,2	34,7	19,2	8,1	2,0	23,1	29,9	0,2	17,8	4,8	0,0
Tures-Aurina	44,6	66,1	282,2	2,2	51,8	26,1	9,0	2,9	22,7	63,9	0,6	22,9	4,1	0,0
Brunico-circondario	55,3	73,9	268,8	2,7	53,7	33,2	11,5	3,4	27,4	74,2	0,6	24,9	6,9	0,0
Alta Val Pusteria	55,2	59,4	273,2	2,0	23,1	28,0	11,4	4,0	24,1	54,6	0,5	21,5	6,0	0,1
Val Badia	46,0	57,6	239,2	1,2	32,7	28,5	13,0	2,7	17,3	49,6	0,5	23,4	4,1	0,1
Totale	60,6	60,1	289,9	2,2	42,9	26,5	12,7	3,6	28,3	51,3	0,7	31,2	10,2	0,1

Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

A = Apparato gastrointest./metabolismo; B = Sangue ed organi emopoietici; C = Sist. cardiovascolare; D = Dermatologici;
 G = Sist. genito-urinario/ormoni sessuali; H = Preparati ormonali sistemici; J = Antimicrob. gen. per uso sistemico;
 L = Farmaci antineopl. immunomodulatori; M = Sist. muscolo-scheletrico; N = Sist. nervoso centrale; P = Farmaci antiparassitari;
 R = Sist. respiratorio; S = Organi di senso; V = Vari

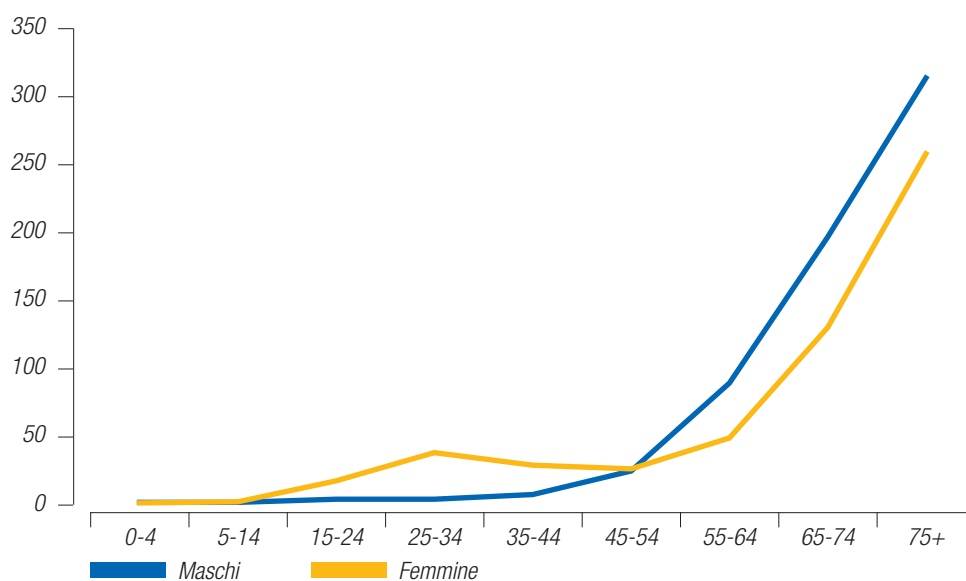
L'andamento del consumo di farmaci per sesso ed età, evidenzia comportamenti sensibilmente differenti all'interno dei diversi gruppi anatomici principali: l'assunzione di farmaci per il sistema cardiovascolare, crescente con l'avanzare dell'età, quindi del rischio cardiovascolare, è sovrapponibile nei due sessi, ma con una discreta differenza nelle quantità (figura 25).

Figura 25: Consumo di farmaci per il sistema cardiovascolare (DDD x 1.000 ab. die) per età e genere – Anno 2007



Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

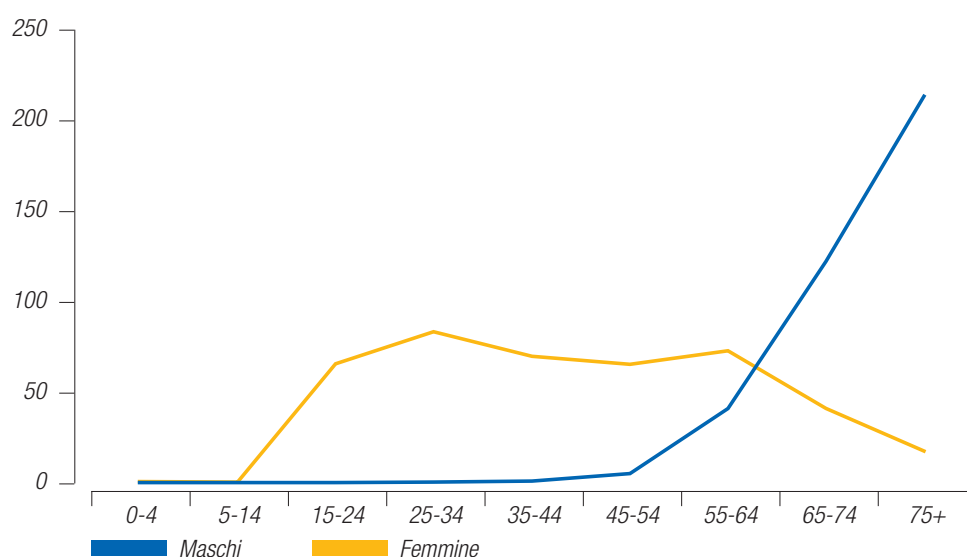
Figura 26: Consumo di farmaci per il sangue ed omopietici (DDD x 1.000 ab. die) per età e genere – Anno 2007



Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

L'assunzione di farmaci ematologici nella fascia di età centrale riguarda in prevalenza le donne in età fertile (25-45 anni), verosimilmente come preparati antianemici; all'aumentare dell'età, si osserva un incremento di utilizzo nei maschi, verosimilmente farmaci antiaggreganti e antimicrobici, in relazione con i maggiori rischi età e sesso correlati (figura 26).

Figura 27: Consumo di farmaci per il sistema genito-urinario / ormoni sessuali (DDD x 1.000 ab. die) per età e genere – Anno 2007



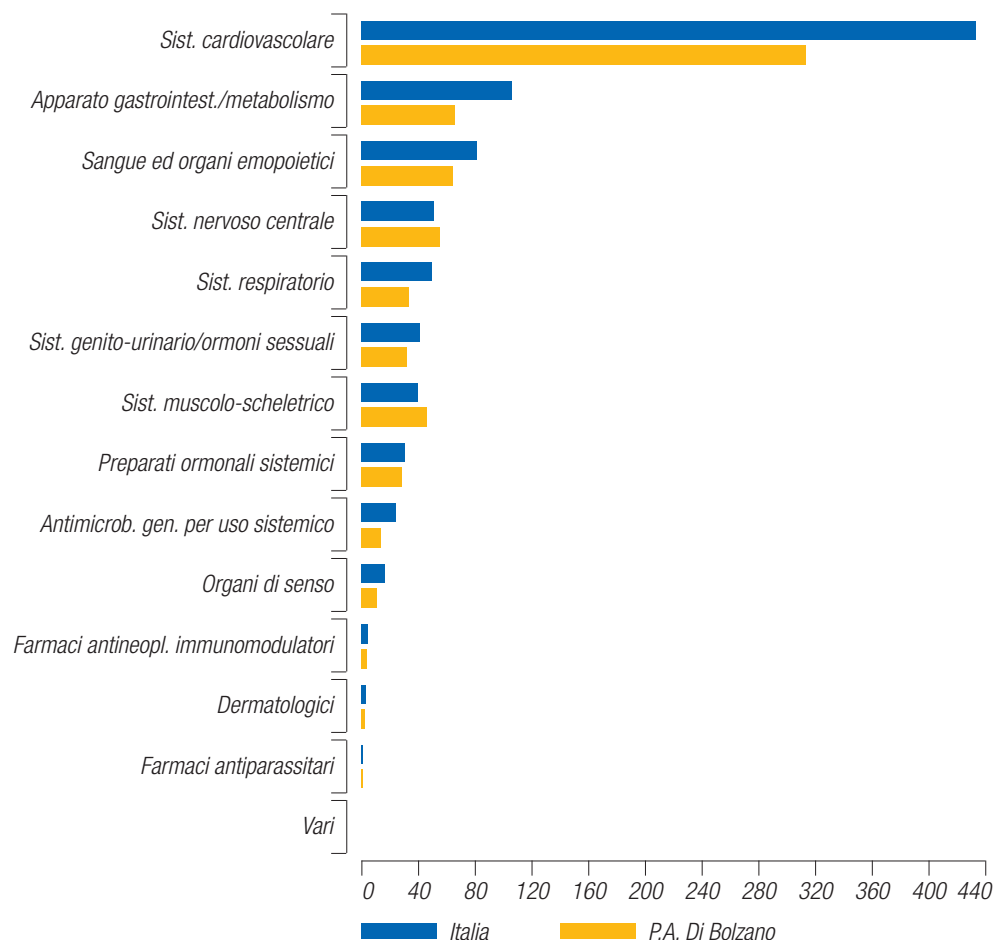
Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

L'analisi dell'uso dei farmaci del sistema genito-urinario per sesso ed età nella popolazione altoatesina, evidenzia un andamento differenziato fra i sessi (figura 27). La prescrizione tra i 20 e 50 anni riguarda quasi esclusivamente il sesso femminile, in relazione all'impiego di contraccettivi ormonali³. Il sesso maschile è interessato viceversa da un crescente consumo di farmaci dopo i 50 anni, legato alla patologia prostatica.

Differenze si osservano anche tra la popolazione italiana e quella altoatesina (figura 28): 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.

³ Fonte: Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali

Figura 28: Distribuzione DDD/1.000 abitanti die – Provincia di Bolzano e Italia – Anno 2007



Fonte: OSMED

SPESA LORDA PER DISTRIBUZIONE DI FARMACI

2.7.3. La spesa per farmaci

La spesa generale lorda per farmaci distribuiti attraverso le farmacie nel 2007 ha subito una contrazione del 4,1% rispetto al 2006 (a fronte di una riduzione media nazionale del 5,4%) attestandosi attorno a 68,6 milioni di Euro; a questo importo devono essere aggiunti ulteriori 41 milioni di Euro per la spesa farmaceutica privata, a totale carico dei cittadini. Complessivamente, quindi, la spesa farmaceutica territoriale nel 2007 ammonta ad oltre 100 milioni di Euro.

In termini percentuali la spesa farmaceutica privata (40% circa) si posiziona al livello più elevato della graduatoria delle regioni italiane, seconda solo alle Regioni Liguria e Valle d'Aosta (41%).

La spesa generale lorda per farmaci comprende solo le ricette spedite dalle farmacie convenzionate all'ufficio Contabilizzazione Ricette dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. L'ammontare totale dei tickets esprime l'effettiva partecipazione degli assistiti alla spesa farmaceutica provinciale; rispetto al 2006 il contributo dei cittadini altoatesini alla spesa sanitaria farmaceutica è aumentato in misura pari al 7,0% a fronte di un incremento medio del 30,2% a livello nazionale.

Il calo di spesa è legato in parte alla riduzione dei prezzi dei medicinali a maggior impatto sulla spesa, ottenuta grazie agli interventi promossi dall'AIFA a partire dal 15 luglio 2006

ed all'ulteriore diminuzione generalizzata del 5% dei prezzi di tutti i medicinali rimborsabili del SSN, in vigore dal 1° ottobre 2006.

Un ulteriore effetto del calo della spesa può essere attribuito all'attivazione, nel settembre 2005, di forme di distribuzione diretta dei medicinali (deliberazione G.P. n. 3583 del 04/10/2004).

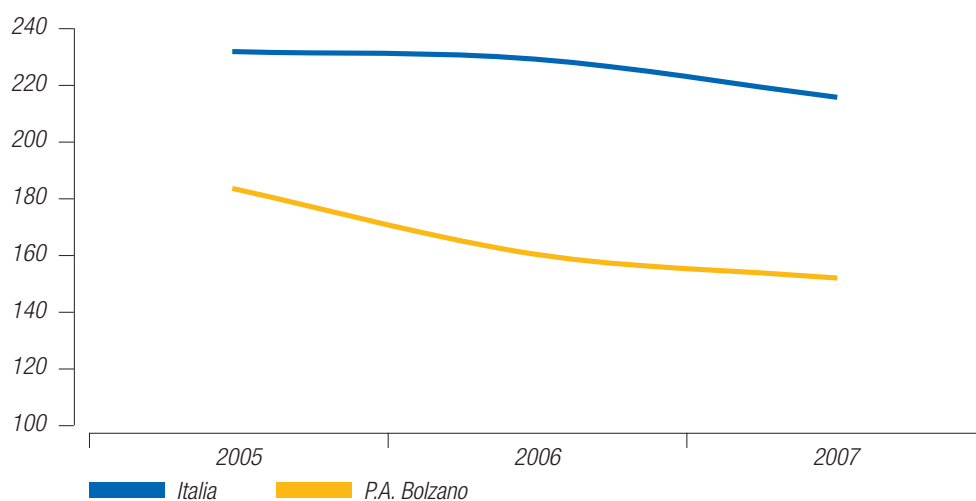
Tabella 62: **Spesa farmaceutica in convenzione – P.A. Bolzano e Italia – Anni 2006-2007**

	Anno 2006		Anno 2007		Differenze % 2006/2007	
	P.A. Bolzano	Italia	P.A. Bolzano	Italia	P.A. Bolzano	Italia
Spesa lorda	71.565,34	13.440.166,59	68.615,66	12.712.226,26	-4,1	-5,4
Ticket	4.350,38	413.877,15	4.656,75	538.851,90	7,0	30,2
Sconto farmacie	3.546,16	699.124,00	3.417,59	680.256,96	-3,6	-2,7
Spesa netta a carico SSN	63.668,80	12.327.165,44	60.541,31	11.493.117,40	-4,9	-6,8

Fonte: ufficio Distretti Sanitari – PAB; ASI

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 29: **Spesa farmaceutica lorda procapite in P.A. Bolzano e in Italia – Anni 2005-2007**



Fonte: OSMED

Nel 2007 la spesa netta a carico del SSP è diminuita del 4,9% rispetto all'anno precedente; il Servizio Sanitario Provinciale ha speso mediamente circa 126 Euro pro-capite per l'assistenza farmaceutica, pari al 35,4% in meno rispetto alla media nazionale (194 Euro). A livello di Distretto Sanitario, gli importi più alti di spesa lorda pro-capite al netto dell'età, sono stati sostenuti dal distretto sanitario di Bolzano (169,16 Euro), mentre valori minimi si osservano nel distretto sanitario di Chiusa (87,93 Euro).

La distribuzione territoriale per regione e per distretto sanitario 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.

**SPESA FARMACEUTICA
LORDA E NETTA**

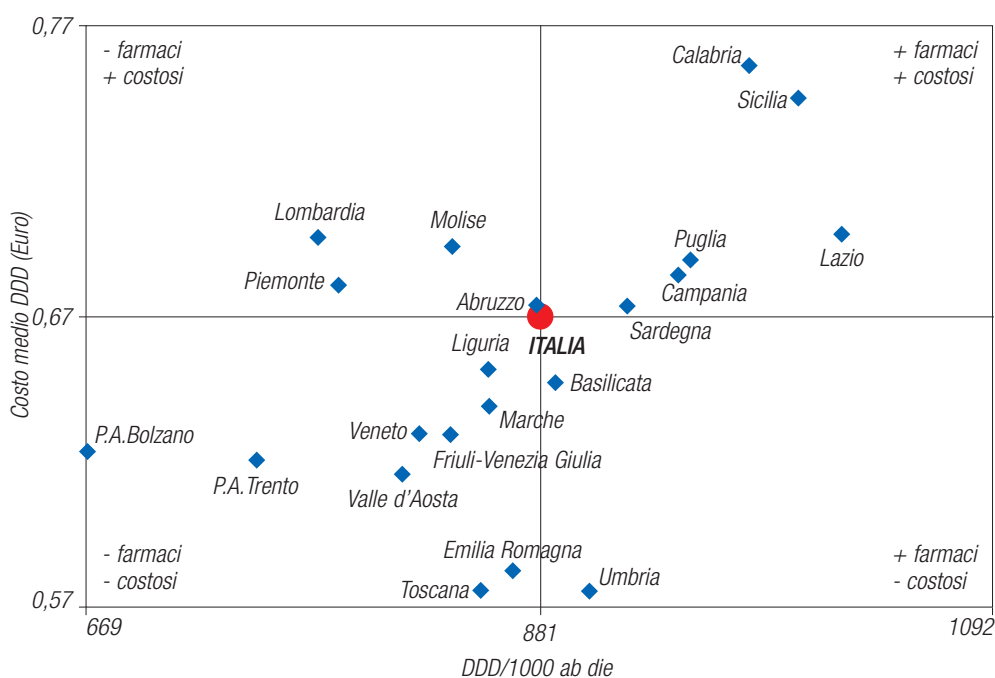
**CONSUMO MEDIO
GIORNALIERO IN
FARMACI PER SPESA
UNITARIA MEDIA PER
DOSE GIORNALIERA**

**SPESA FARMACEUTICA
IN RAPPORTO AI
CONSUMI – CONFRONTI
INTERREGIONALI**

I grafici delle 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 (distretti sanitari) si dispongono, quindi, all'interno dei quadranti in relazione alla quantità media giornaliera di farmaci assunti nel 2007, espressa in unità standard DDD, ed alla spesa unitaria per dose consumata.

La maggior parte delle regioni settentrionali 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 30: Confronti nazionali spesa media DDD (Euro) e DDD/1.000 abitanti pro die – Anno 2007

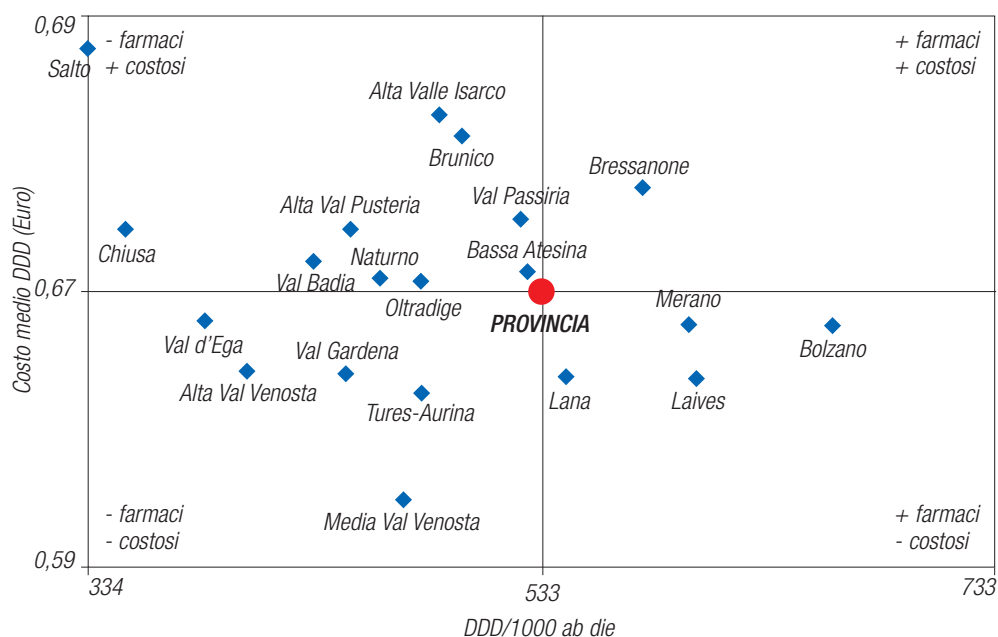


Fonte: OSMED

**SPESA FARMACEUTICA
IN RAPPORTO AI
CONSUMI – CONFRONTI
INTERAZIENDALI**

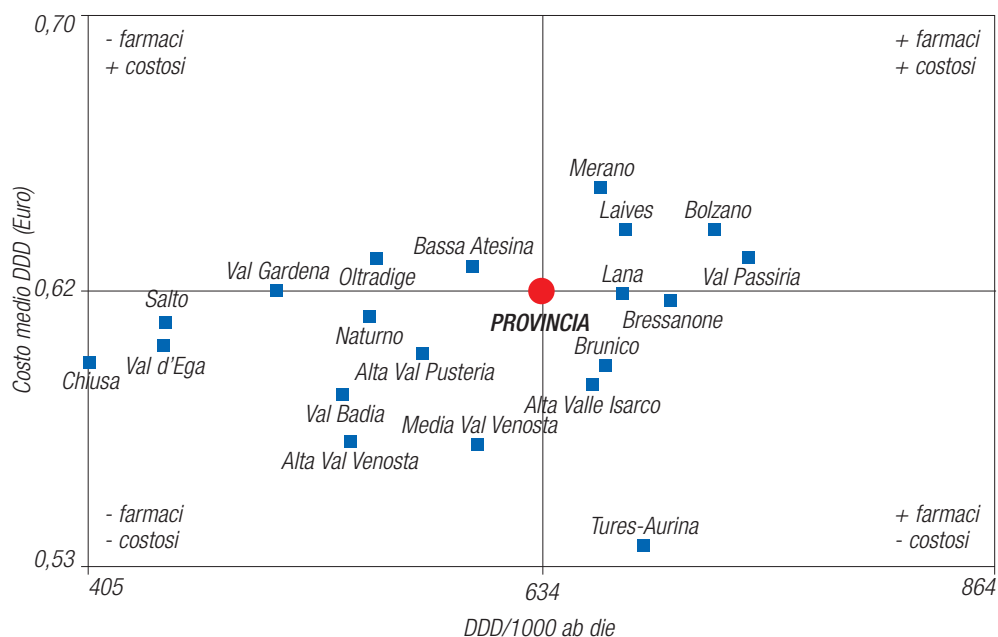
A livello provinciale il maggior ricorso all'uso di farmaci, tra i più costosi, si osserva in corrispondenza dei grandi centri urbani (distretto sanitario di Bressanone per la popolazione maschile, i distretti sanitari di Bolzano, Merano e Laives-Bronzolo-Vadena per la popolazione femminile). Il distretto sanitario extraurbano della Val Passiria si distingue a livello provinciale per il maggior consumo di farmaci tra i più costosi nella popolazione femminile.

Figura 31: **Confronti provinciali spesa media DDD (Euro) e DDD/1.000 abitanti pro die UOMINI – Anno 2007**



Dal confronto della spesa lorda per il consumo di farmaci tra la popolazione maschile e quella femminile emerge un profilo interessante che evidenzia nella popolazione femminile un ricorso a farmaci costosi in prevalenza nei distretti sanitari del Comprensorio Sanitario di Bolzano e nei distretti sanitari di Merano e Val Passiria. Per contro, il consumo di farmaci costosi da parte della popolazione maschile interessa maggiormente i distretti sanitari dell'area geografica nord-orientale della Provincia di Bolzano.

Figura 32: **Confronti provinciali spesa media DDD (Euro) e DDD/1.000 abitanti pro die DONNE – Anno 2007**



**SPESA FARMACEUTICA
PER ATC**

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 (38,6% con valori più elevati per i maschi – 41,7% – rispetto alle femmine – 36,0%) e al secondo quelli per il sistema nervoso centrale (13,1% con valori più elevati per le femmine – 15,0% – rispetto ai maschi – 10,7%); seguono i farmaci per l'apparato gastrointestinale (12,1%).

Tabella 63: **Spesa lorda del consumo di farmaci per categoria ATC e per genere (Valori assoluti, percentuali e procapite) – Anno 2007**

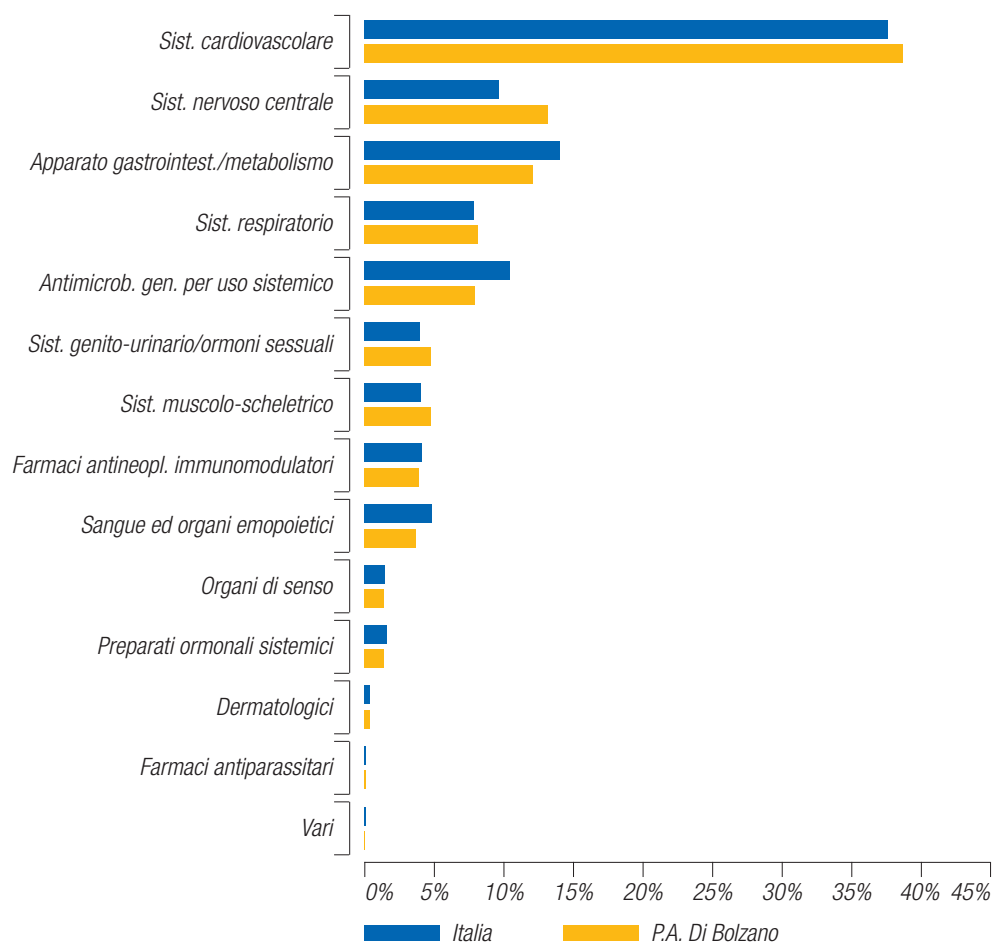
	Maschi			Femmine		
	Euro	%	Procapite	Euro	%	Procapite
<i>Apparato gastrointest./metabolismo</i>	3.702.773,93	12,6%	15,64	4.074.300,37	11,6%	16,61
<i>Sangue ed organi emopoietici</i>	1.183.390,54	4,0%	5,00	1.194.173,59	3,4%	4,87
<i>Sist. cardiovascolare</i>	12.253.834,48	41,7%	51,74	12.608.370,12	36,0%	51,41
<i>Dermatologici</i>	159.033,39	0,5%	0,67	103.039,55	0,3%	0,42
<i>Sist. genito-urinario/ormoni sessuali</i>	1.809.622,33	6,2%	7,64	1.264.683,69	3,6%	5,16
<i>Preparati ormonali sistemici</i>	248.180,89	0,8%	1,05	620.295,49	1,8%	2,53
<i>Antimicrob. gen. per uso sistemico</i>	2.316.048,90	7,9%	9,78	2.716.441,37	7,8%	11,08
<i>Farmaci antineopl. immunomodulatori</i>	445.431,38	1,5%	1,88	2.031.935,08	5,8%	8,29
<i>Sist. muscolo-scheletrico</i>	710.818,21	2,4%	3,00	2.308.326,40	6,6%	9,41
<i>Sist. nervoso centrale</i>	3.130.616,54	10,7%	13,22	5.246.804,81	15,0%	21,39
<i>Farmaci antiparassitari</i>	28.631,49	0,1%	0,12	59.737,87	0,2%	0,24
<i>Sist. respiratorio</i>	2.991.492,94	10,2%	12,63	2.243.852,72	6,4%	9,15
<i>Organi di senso</i>	386.697,37	1,3%	1,63	497.842,93	1,4%	2,03
<i>Vari</i>	20.625,36	0,1%	0,09	10.826,01	0,0%	0,04
Totale	29.387.197,75	100,0%	124,09	34.980.630,00	100,0%	142,64

Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

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 63 rispetto al valore indicato in tabella 62.

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 dei sistemi cardiovascolare e nervoso centrale, per le malattie dei sistemi genito-urinario e muscolo-scheletrico, a fronte di una spesa percentualmente inferiore per i medicinali per l'apparato gastrointestinale, gli antimicrobici per uso sistemico, e farmaci ematologici.

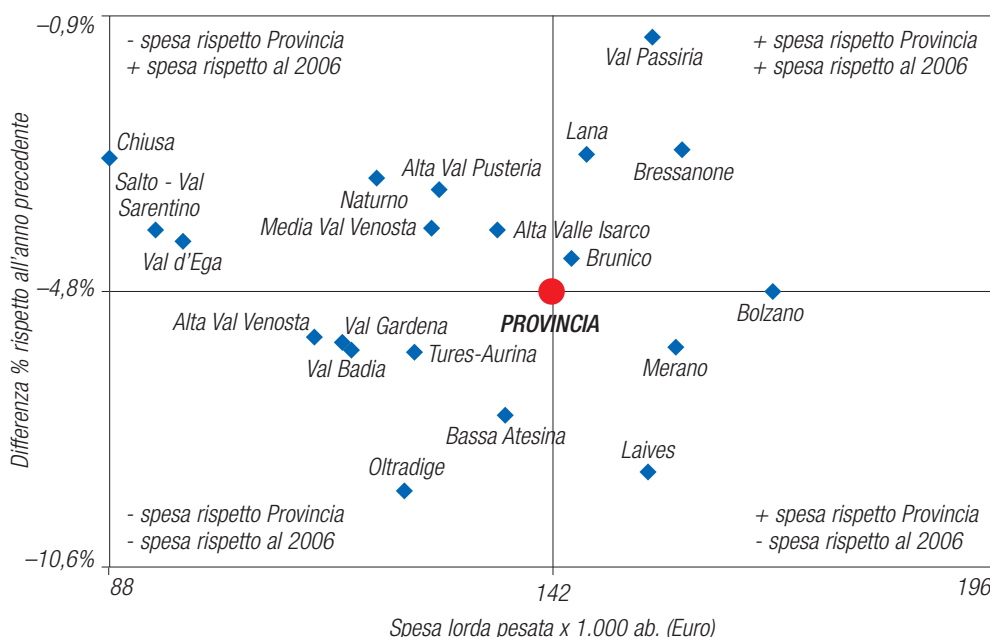
Figura 33: **Distribuzione % della spesa farmaceutica lorda per categoria ATC – Provincia di Bolzano e Italia – Anno 2007**



Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette; OSMED

Utilizzando il criterio di suddivisione di un grafico in quattro quadranti descritto in precedenza è possibile valutare l'andamento della spesa farmaceutica lorda 2007 per ambito territoriale e la variazione rispetto all'anno precedente.

Figura 34: **Confronti provinciali spesa lorda pesata per 1.000 abitanti e variazione % spesa lorda 2006-2007**



Il grafico riportato in figura 34 evidenzia una maggiore spesa per consumo di farmaci nei centri urbani rispetto alle aree rurali ad eccezione dei distretti sanitari di Val Passiria e Lana; rispetto al 2006 si osserva una sensibile riduzione nella spesa farmaceutica (oltre il 7%) nei distretti sanitari di Bassa Atesina, Laives-Bronzolo-Vadena e Oltradige.

2.7.4. La prescrizione di 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.

La maggior parte delle prescrizioni farmaceutiche sono dovute ai medici di medicina generale, con un ammontare di farmaci prescritti (numero di confezioni) pari all'86,7% dei medicinali prescritti a livello provinciale con valori che oscillano tra il 76,5% e il 94,6% rispettivamente nei distretti sanitari dell'Alta Val Pusteria e della Val Passiria.

PRESCRIZIONE DI FARMACI

Tabella 64: **Consumo di farmaci (numero di pezzi distribuiti e DDD / 1.000 abitanti die) per categoria di medico prescrittore e distretto sanitario – Anno 2007**

	Medici e pediatri di base		Medici specialisti	
	Valori assoluti	DDD/1.000 ab. die	Valori assoluti	DDD/1.000 ab. die
Val Gardena	75.936	466,9	8.178	46,9
Val d'Ega-Sciliar	128.211	395,2	11.931	36,2
Salto-Val Sarentino-Renon	113.923	374,0	9.289	29,5
Oltradige	229.984	495,0	22.312	44,2
Laives-Bronzolo-Vadena	198.346	608,0	21.982	60,4
Bassa Atesina	225.822	541,6	21.442	50,0
Bolzano	1.197.823	632,3	204.701	99,1
Alta Val Venosta	122.707	482,2	10.156	40,4
Media Val Venosta	150.939	514,0	25.582	89,8
Naturno-circondario	81.104	484,7	7.864	45,9
Lana-circondario	218.937	591,6	21.630	55,7
Merano-circondario	520.308	582,3	83.636	88,1
Val Passiria	88.559	631,8	5.022	34,9
Alta Valle Isarco	157.650	499,5	33.246	93,9
Bressanone-circondario	350.166	586,4	62.509	96,9
Chiusa-circondario	95.675	353,4	9.992	36,0
Tures-Aurina	107.100	527,3	14.297	71,8
Brunico-circondario	275.324	502,4	76.479	134,2
Alta Val Pusteria	109.526	440,4	33.737	122,6
Val Badia	81.524	464,3	8.999	51,4
Totale	4.529.564	542,2	692.984	78,1

Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

Anche in questo caso l'assenza in taluni casi del soggetto prescrittore comporta una differenza nel totale confezioni prescritte e riportato in tabella 64 rispetto al valore indicato in tabella 57.

Tabella 65: **Consumo di farmaci (DDD / 1.000 abitanti die) per categoria di medico prescrittore e gruppo anatomico principale – Anno 2007**

	Medici e pediatri di base			Medici specialisti		
	Maschi	Femmine	N.D.	Maschi	Femmine	N.D.
Sist. cardiovascolare	253,3	255,3	15,4	21,3	16,8	1,2
Apparato gastrointest./metabolismo	43,0	53,1	2,8	9,1	9,1	0,5
Sist. nervoso centrale	26,9	48,7	2,5	7,9	12,1	0,7
Sangue ed organi emopoietici	46,6	48,3	3,0	6,3	11,8	0,6
Sist. genito-urinario/ormoni sessuali	27,3	41,3	1,7	2,7	10,2	0,4
Antimicrob. gen. per uso sistemico	7,9	9,4	0,6	3,4	2,9	0,3
Sist. muscolo-scheletrico	15,6	30,1	1,6	2,5	4,4	0,3
Sist. respiratorio	28,7	21,5	1,4	4,9	3,8	0,4
Preparati ormonali sistemici	11,1	31,2	1,3	2,4	5,1	0,2
Organi di senso	6,2	8,0	0,3	2,3	3,0	0,1
Farmaci antineopl. immunomodulatori	0,6	3,9	0,1	0,4	1,9	0,1
Dermatologici	1,6	0,9	0,1	1,0	0,8	0,1
Farmaci antiparassitari	0,2	0,8	0,0	0,1	0,2	0,0
Vari	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale	469,0	552,4	30,7	64,2	82,0	4,8

Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

La maggior parte delle prescrizioni farmaceutiche effettuate da entrambe le categorie di medici riguardano il sistema cardiovascolare; la prescrizione di medicinali da parte dei medici specialisti riguarda in prevalenza i farmaci per il sistema nervoso centrale, per il sangue e gli organi emopoietici e per il sistema genitourinario ed ormoni sessuali, erogati principalmente alla popolazione femminile.

3. ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.1. ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO

Gli accessi ai servizi di pronto soccorso sono stati complessivamente 241.549 durante il 2007. Il numero di accessi al pronto soccorso per 1.000 residenti è stato per il 2007 pari a 493,6 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.

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.

A partire da novembre 2006, è stata istituita presso il servizio di Pronto Soccorso di Merano un'unità di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) diurna per la gestione di pazienti non pediatrici (esclusi utenti con età < 14 anni), il cui funzionamento è stato stabilito da un preciso protocollo operativo predisposto a cura del Direttore del dipartimento di Emergenza/Urgenza.

Nel corso del 2007, sono stati rilevati complessivamente 241.549 accessi ai servizi di pronto soccorso degli ospedali pubblici provinciali.

Si fa presente che, a conclusione dei lavori di riorganizzazione del sistema informativo del pronto soccorso avviati nel 2006, sono state approvate con delibera della Giunta Provinciale 4824 del 18.12.2006 con avvio dal 1° febbraio 2007, le "Linee guida per la procedura informativa "Scheda di pronto soccorso (SPS)" per la registrazione e l'invio uniforme dei dati di attività dei pronto soccorso alla Provincia.

Tuttavia a causa dell'incompleta implementazione di tale procedura in alcune strutture provinciali, per il 2007 sono stati utilizzati, ai fini della relazione sanitaria, i dati inviati attraverso le schede di richiesta dati e non attraverso il nuovo flusso informativo attivato. 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.

Se si considera la percentuale degli accessi che hanno dato luogo a ricovero, si evidenzia una certa variabilità tra i diversi istituti provinciali: si passa, infatti, dal 20% osservato

**PERSONALE DEI SERVIZI
DI PRONTO SOCCORSO**

**OSSERVAZIONE
BREVE INTENSIVA**

**ACCESSI AL
PRONTO SOCCORSO**

presso l'Ospedale di Bolzano, all'8,7% di Vipiteno. 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.

Tabella 1: **Numero di accessi ai servizi di pronto soccorso degli ospedali pubblici provinciali – Anno 2007**

	Bolzano	Merano	Silandro	Bressanone	Vipiteno	Brunico (PS chirurgico e traumatologico)	San Candido
Numero totale di accessi al pronto soccorso	85.690*	63.568	15.114	27.814	8.425	30.372**	10.566***
Numero totale di accessi che hanno dato luogo a ricovero in ospedale	17.177	6.932	n.d.	4.568	737	4.994	1.998
Percentuale di pazienti ospedalizzati dal pronto soccorso rispetto al totale degli accessi	20,0%	10,9%	n.d.	16,4%	8,7%	16,4%	18,9%

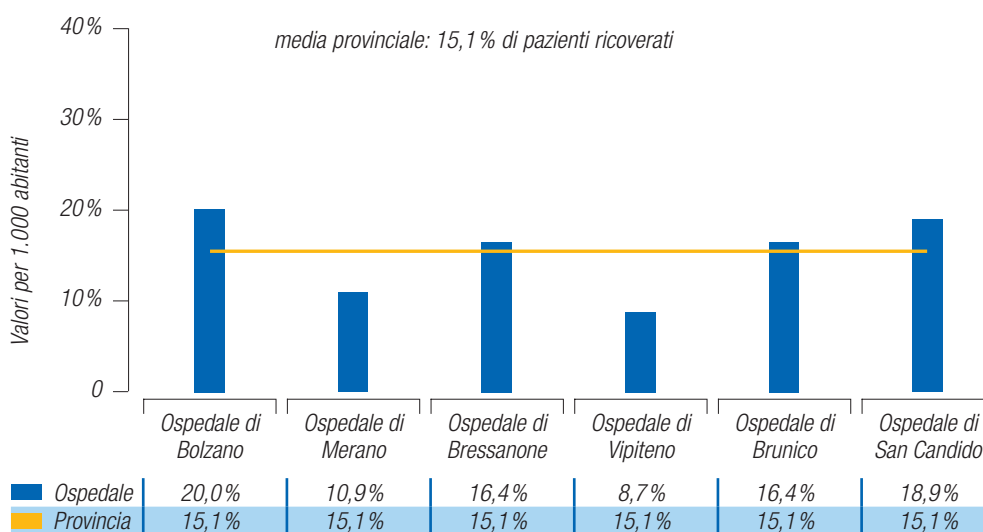
* Si intende il totale dei pazienti afferiti al pronto soccorso per i quali è stato aperto un verbale ad hoc e che hanno beneficiato almeno di una visita. Sono esclusi gli accessi diretti, le visite programmate, le eventuali visite e/o ecografie di controllo

** Escluse le visite di controllo e le visite programmate

*** Esclusi gli accessi programmati

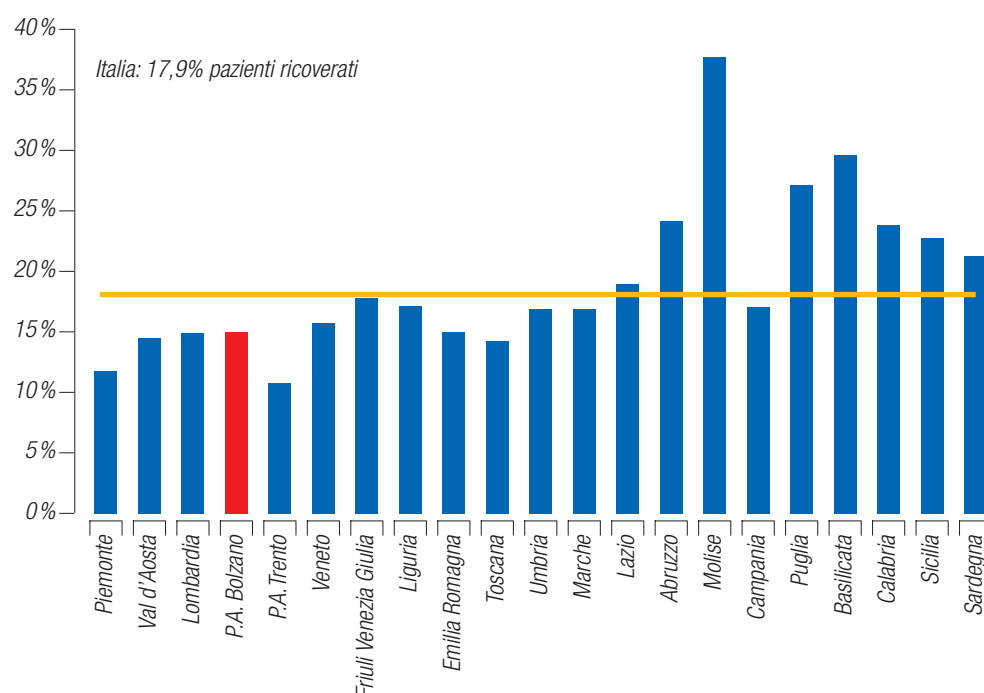
Fonte: servizi di pronto soccorso

Figura 1: **Percentuale di pazienti ricoverati provenienti dal pronto soccorso – Anno 2007**



Fonte: servizi di pronto soccorso

Figura 2: **Percentuale di pazienti ricoverati provenienti dal pronto soccorso nelle regioni italiane – Anno 2005**



Fonte: Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2005

Tabella 2: **Numero di accessi ai servizi di pronto soccorso degli ospedali pubblici provinciali – Anni 2004-2007**

	Numero totale di accessi al pronto soccorso			
	2004	2005	2006	2007
Ospedale di Bolzano	77.105	81.449	83.752	85.690
Ospedale di Merano	54.052	60.159	60.191	63.568
Ospedale di Silandro	12.349	12.829	13.855	15.114
Ospedale di Bressanone	23.871	25.246	26.426	27.814
Ospedale di Vipiteno	6.919	12.775	13.812	8.425
Ospedale di Brunico	29.058	53.241	45.855	30.372
Ospedale di San Candido	7.787	13.117	8.214	10.566
Provincia	211.141	258.816	252.105	241.549

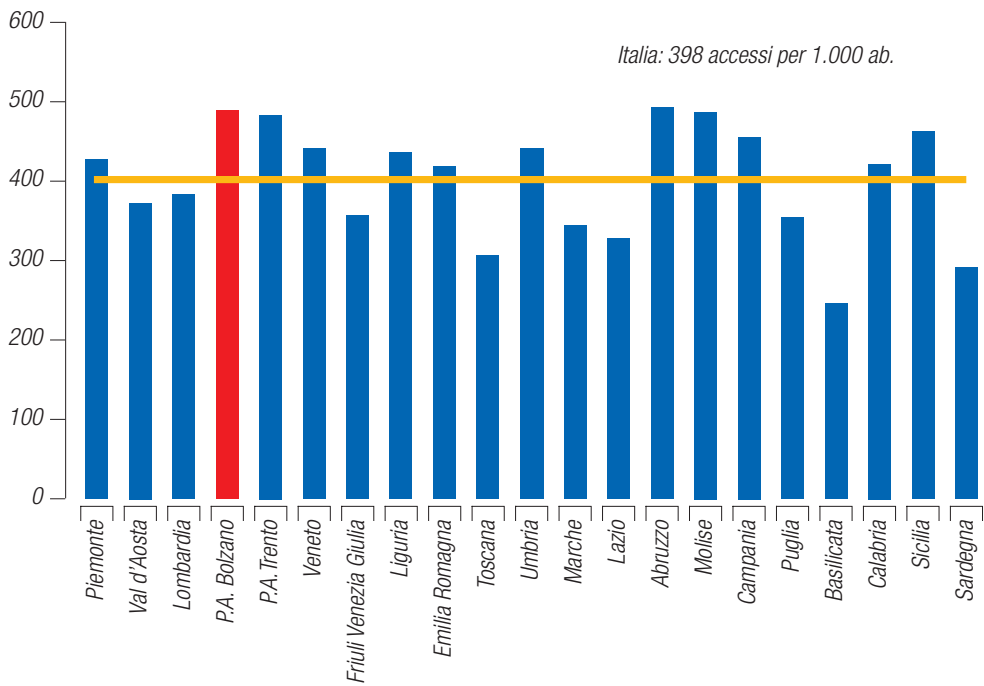
Fonte: servizi di pronto soccorso

Rapportando gli accessi di pronto soccorso di persone residenti agli abitanti della Provincia, si ottiene un indicatore che permette di valutare 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 2007 un valore pari a 493,6 accessi ogni 1.000 residenti, che risulta inferiore rispetto a quanto osservato nell'anno 2006 (518,0 accessi ogni 1.000 abitanti). Nei confronti con le altre regioni italiane (dati 2005 del Ministero della Salute) il numero di accessi al pronto soccorso nella Provincia di Bolzano per popolazione residente risulta superiore alla media nazionale (398 accessi per 1.000 abitanti).

RICOVERI DI TIPO
MEDICO URGENTI

Figura 3: **Numero di accessi al pronto soccorso per 1.000 abitanti nelle regioni italiane – Anno 2005**



Fonte: Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2005

Analizzando la banca dati provinciale SDO relativa ai ricoveri si osserva che nel 2007 sono stati effettuati 17.486 ricoveri di tipo medico urgenti con durata della degenza inferiore o uguale a 3 giorni. Se si considera l'urgenza del ricovero 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 72,4 per 1.000 accessi, presenta il valore più basso nell'Ospedale di Merano, con circa 39 ricoveri medici urgenti 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 Brunico e Vipiteno (rispettivamente 98,5; 95,7 ricoveri per 1.000 accessi).

Tabella 3: **Ricoveri medici urgenti con durata della degenza di 0-3 giorni – Anno 2007**

	Bolzano	Merano	Silandro	Bressa- none	Vipiteno	Brunico	San Candido
Ricoveri medici urgenti con durata della degenza di 0-3 giorni	7.172	2.484	1.166	2.090	806	2.993	775
Percentuale di ricoveri medici urgenti con durata della degenza di 0-3 giorni sul totale dei ricoveri urgenti con DRG medico	41,7%	39,7%	40,3%	51,5%	58,5%	49,2%	48,5%
Ricoveri urgenti con DRG medico con durata della degenza di 0-3 giorni sul totale di accessi al pronto soccorso (per 1.000)	83,7	39,1	77,1	75,1	95,7	98,5	73,3

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

Nella tabella seguente viene presentata infine una sintesi relativa ad alcune prestazioni erogate dai servizi di pronto soccorso nell'anno 2007. 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 4: **Alcune prestazioni erogate dai servizi di pronto soccorso degli ospedali pubblici provinciali – Anno 2007**

	Bolzano*	Merano	Silandro	Bressa- none	Vipiteno	Brunico (PS chirurgico e trauma- tologico)	San Candido
Effettuazione visita medica	85.690	63.383	15.114	27.474	8.425	46.471**	10.566
Effettuazione trattamento anestetico periferico	3.534	4.150	920	3.648	2.373	1.058	865
Applicazione di apparecchi/ docce gessate	3.984	3.873	810	5.291	827	6.741	1.484
Effettuazione suture	3.710	2.350	932	1.459	1.460	1.085	688
Effettuazione piccoli interventi chirurgici	386	9.200	1.400	3.189	913	1.648	486
Effettuazione indagini diagnostiche strumentali:							
ECO	2.883	2.121	800	338	1.095	1.402	871
ECG	12.490	6.664	2.946	4.557	4.380	1.130	374
SCOPIE	7	1.558	18	100	18	9	147
Effettuazione manovre rianima- torie di base e defibrillazione	80	35	10	2	14	7	–
Vaccinazioni, profilassi anti- tetanica con immunoglobuline	1.973	1.302	512	1.379	546	249	216
Artrocentesi	496	264	66	54	73	1.109	247
Drenaggio toracico intercostale	12	38	6	–	24	40	–

* Per problemi nella rilevazione dei dati, il numero totale delle prestazioni risulta sottostimato

** Inclusi gli accessi non urgenti

Fonte: servizi di pronto soccorso

**PRESTAZIONI EROGATE
DAL PRONTO SOCCORSO**

3.2. ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI

Nel 2007 le strutture provinciali hanno fatto fronte alla domanda di ricovero con una dotazione complessiva di 1.957 posti letto per acuti (91,5% pubblici), pari al 4,0 per mille abitanti superiore allo standard di 3,5 posti letto per acuti per mille abitanti. All'attività in diurno sono riservati 192 posti letto. Nelle strutture ospedaliere sono, inoltre, disponibili 84 culle, 10 delle quali presenti nelle strutture private.

Nel 2007 sono stati effettuati 104.733 ricoveri per acuti dei quali 77.361 in regime ordinario e 27.372 (26,1%) in regime diurno.

Il 94,9% dei ricoveri per acuti è avvenuto negli ospedali pubblici.

Il tasso di ospedalizzazione dei residenti in Provincia Autonoma di Bolzano nel 2007 è stato di 205,6 ricoveri acuti per 1.000 abitanti (151,9 relativi al regime ordinario e 53,7 a quello diurno). Rispetto all'anno 2006, il tasso di ospedalizzazione dei residenti è aumentato di 1,6 punti, risultante da una diminuzione dei ricoveri in regime ordinario e da un aumento in regime diurno; nel complesso il tasso di ospedalizzazione dei residenti 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 2007, come anche negli anni precedenti, positivo e pari a 4.074 (ricoveri prodotti = 104.733 e consumo di ricoveri da parte dei residenti = 100.659). Rispetto ai parametri di efficienza ed appropriatezza si segnalano i seguenti aspetti problematici:

- un tasso di utilizzo dei posti letto provinciale (pari a 78,2% istituti di cura pubblici e privati) leggermente inferiore al parametro stabilito dal piano sanitario dell'80%. Per gli ospedali pubblici il valore di tale indicatore (80,9%) denota una dotazione dei posti letto superiore alle effettive esigenze;
- un indice di case-mix, nel complesso (0,910) 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 deliberazione della G.P. n. 3878 del 04/11/2003 e successivi aggiornamenti).

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 in alcuni istituti i posti letto,
- potenziare forme alternative al ricovero ospedaliero,
- ridurre le quote di inappropriatezza anche attraverso il monitoraggio e il controllo,
- 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.

Dal 01.01.2007, nella Provincia Autonoma di Bolzano è stata istituita un'unica Azienda, denominata "Azienda Sanitaria dell'Alto Adige", secondo quanto previsto nella legge provinciale n. 9 del 2 ottobre 2006.

La tipologia degli istituti di cura provinciali presenti nel territorio dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è articolata in ospedali pubblici e case di cura private.

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 i seguenti:

- Ospedale di Bolzano
- Ospedale di Merano
- Ospedale di Silandro
- Ospedale di Bressanone
- Ospedale di Vipiteno
- Ospedale di Brunico
- Ospedale di San Candido.

Le case di cura private sono 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 le case di cura vengono compensate 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 parziale (assistenza indiretta).

Le strutture private operanti nel territorio provinciale sono:

- Casa di Cura "Santa 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)
- Casa di Cura "Villa Sant'Anna" (provvisoriamente accreditata per l'assistenza agli acuti nel reparto di Medicina)
- Casa di Cura "Fonte San Martino".

La dotazione di posti letto nel 2007, nelle strutture pubbliche e private della Provincia, è stata di 1.957 posti letto per acuti (91,5% pubblici), di cui 192 posti letto riservati all'attività in diurno (14 privati), a cui si aggiungono 84 culle, 10 delle quali presenti nelle strutture private. La disponibilità complessiva dei posti letto delle strutture pubbliche e private della Provincia è pari a 4,0 posti letto per acuti per mille abitanti superiore allo standard nazionale di 3,5.

In riferimento alla dotazione di posti letto è possibile consultare i dati relativi ai singoli istituti di cura provinciali nel CD Rom allegato alla presente pubblicazione.

Nelle strutture della Provincia Autonoma di Bolzano nel 2007 sono nati complessivamente 5.658 bambini, dei quali 4.383 (77,4%) nati sani (DRG 391 "Neonato normale").

Sono considerati ricoveri acuti, in sintonia con la definizione adottata a livello ministeriale¹, i dimessi da reparti diversi dalle unità di Recupero e Riabilitazione funzionale e Lungodegenza, con esclusione dei neonati sani, afferenti al DRG 391 "Neonato normale".

LEGGE DI RIORDINO PROVINCIALE

OSPEDALI PUBBLICI

CASE DI CURA PRIVATE

DOTAZIONE DI POSTI LETTO

RICOVERI DI NEONATI

RICOVERI PER ACUTI

¹ Rapporto annuale
sull'attività di ricovero
ospedaliero –
Ministero della Salute

I dati presentati sono il risultato delle elaborazioni effettuate sull'archivio dei ricoveri provinciale aggiornato al 28/05/2008.

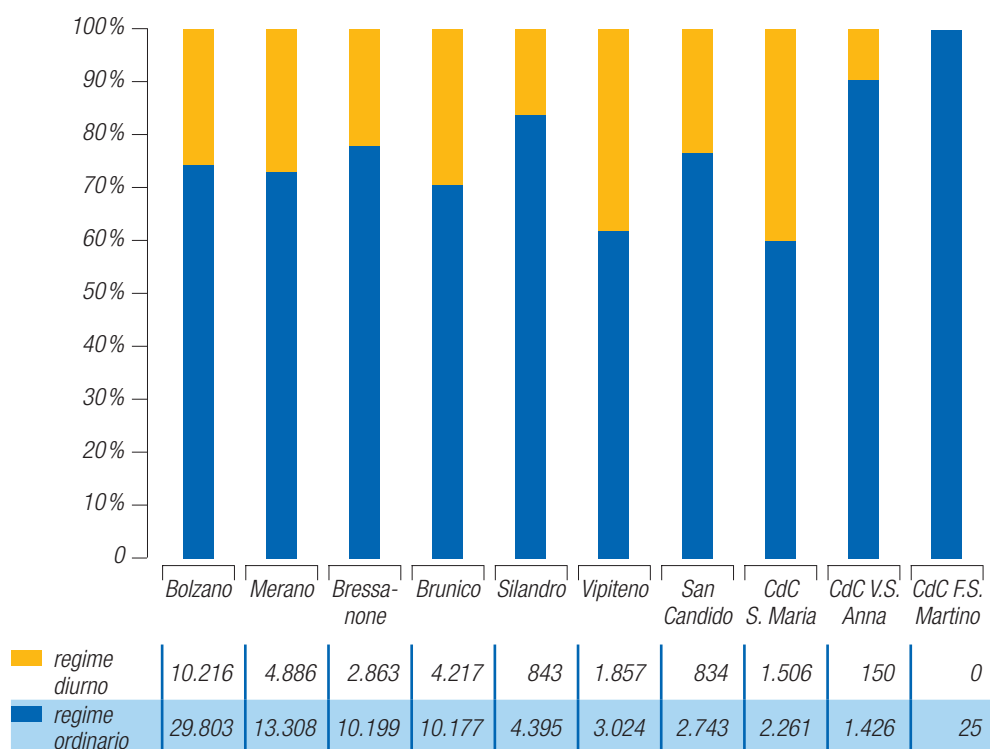
In questo capitolo viene descritta l'attività assistenziale degli ospedali pubblici e delle case di cura private della Provincia Autonoma di Bolzano, rivolta ad acuti in regime ordinario e in regime diurno.

Nel 2007 la produzione dei ricoveri in regime ordinario e diurno è stata di 104.733, 99.365 (94,9%) dei quali sono stati effettuati negli ospedali pubblici provinciali.

Rispetto al 2006, il numero di ricoveri in regime ordinario e diurno è rimasto pressoché stabile. Fanno eccezione relativamente al regime ordinario gli ospedali di Bolzano e Bressanone e relativamente al regime diurno gli ospedali di Bolzano, Merano e Vipiteno, per i quali c'è stato un leggero aumento del numero di ricoveri; si è osservata, invece, una diminuzione della produzione di ricoveri, in regime ordinario, per l'Ospedale di Merano e la Casa di Cura Santa Maria e in regime diurno per l'Ospedale di Brunico.

I ricoveri in regime diurno effettuati dagli istituti di cura provinciali coprono il 26,1% della produzione totale; percentuali più elevate si riscontrano negli ospedali di Brunico e di Vipiteno (rispettivamente con il 29,3% e il 38,0% di ricoveri in regime diurno sul totale) e nella Casa di Cura Santa Maria (40,0%).

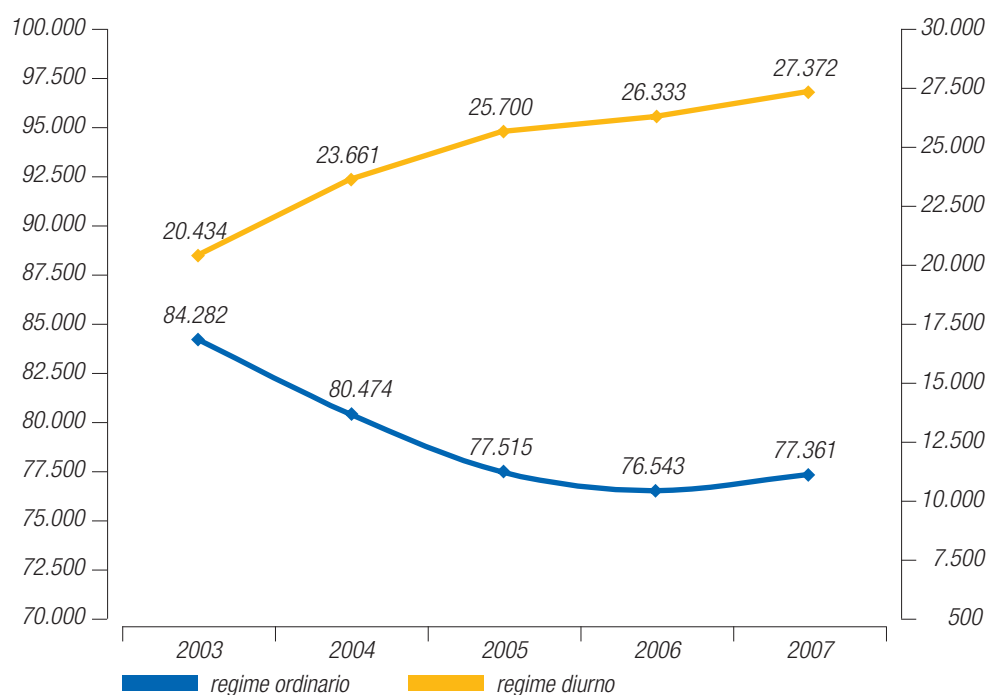
Figura 4: **Ricoveri (esclusi neonati sani) per acuti in regime ordinario e diurno negli istituti di cura provinciali – Anno 2007**



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

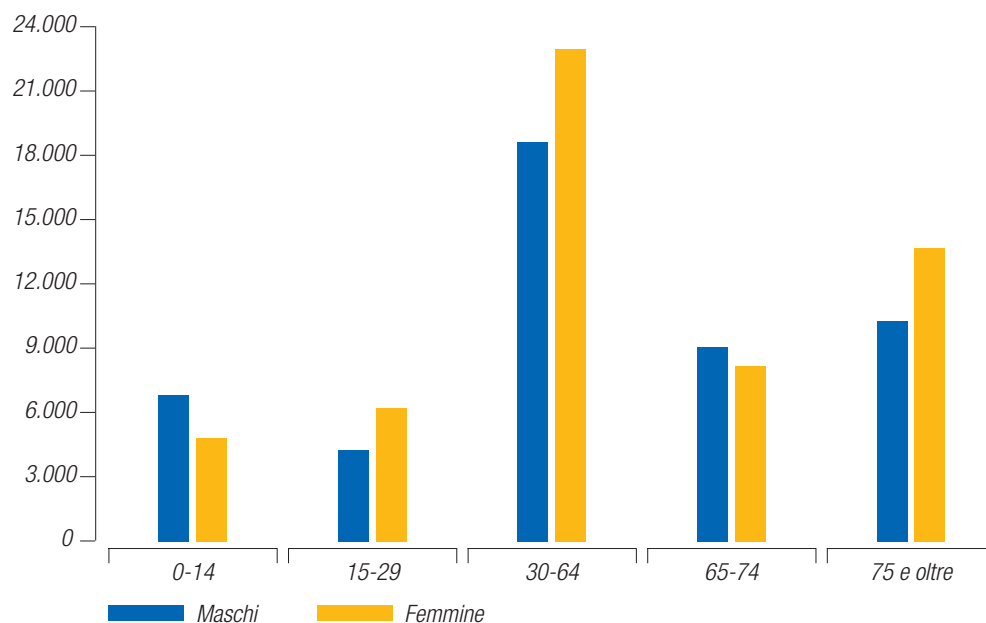
Osservando il trend dei ricoveri nell'ultimo quinquennio, si nota che dopo una evidente diminuzione nel primo triennio, la produzione di ricoveri in regime ordinario si è stabilizzata attorno ai 77.000 ricoveri/anno. In regime diurno, invece, la produzione di ricoveri risulta da sempre in crescita e nell'ultimo triennio in regime diurno vengono prodotti più di 25.000 ricoveri/anno.

Figura 5: Ricoveri per acuti (esclusi neonati sani) in regime ordinario e diurno negli istituti di cura provinciali – Anni 2003-2007



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

Figura 6: Ricoveri per acuti in regime ordinario e diurno per sesso e classe d'età – Anno 2007



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

**RICOVERI IN
REGIME ORDINARIO**
**RICOVERO OSPEDALE
E RICOVERO REPARTO**
DEGENZA MEDIA
**TASSO DI UTILIZZO
DEI POSTI LETTO**
**INTERVALLO DI
TURN-OVER
INDICE DI ROTAZIONE**
**PRODUZIONE DRG
E DEGENZA
MEDIA EQUIVALENTE**
PESO MEDIO DRG

3.2.1. Ricoveri per acuti in regime ordinario

Nella presente pubblicazione, per descrivere l'attività assistenziale in regime ordinario degli ospedali pubblici e delle case di cura private della Provincia Autonoma di Bolzano, 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:

- 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 in un reparto, dal momento dell'entrata del soggetto in quel reparto, per accettazione o per trasferimento da altro reparto, all'uscita dallo stesso 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).

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.

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.

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.

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.

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 tariffe definiti per l'unità ricovero ospedale (dimissione). Tali indicatori sono perciò sempre riferiti ai ricoveri ospedale.

Pesando i ricoveri ospedale prodotti ciascuno con il peso² corrispondente al DRG di appartenenza si ottiene la produzione dei ricoveri ospedale DRG equivalente.

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.

Dividendo la produzione DRG equivalente di ricoveri per il numero effettivo di ricoveri prodotti si ottiene il peso medio DRG per ricovero ospedale.

² Il sistema dei pesi è quello adottato ufficialmente dal tariffario provinciale (deliberazione della G.P. n. 2797 del 27.08.01 e successivi aggiornamenti)

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.

Nel corso del 2007, sono stati effettuati 77.361 ricoveri ospedale in regime ordinario dagli istituti di cura della Provincia Autonoma di Bolzano, per un consumo complessivo di 507.633 giornate di degenza. Il 95,2% dei ricoveri ordinari è avvenuto in ospedali pubblici, per un consumo di giornate di degenza pari al 94,3% del totale. Il 38,5% dei ricoveri ospedale complessivi è stato effettuato presso l'Ospedale Centrale di Bolzano. Il 24,4% dei ricoveri in regime ordinario è relativo a pazienti di 75 anni ed oltre.

Tabella 5: **Ricoveri ospedale (esclusi neonati sani), giornate di degenza in regime ordinario per istituto di cura provinciale – Anno 2007**

Istituti di cura	Ricoveri ospedale	Giornate di degenza	% ricoveri urgenti
<i>Ospedale di Bolzano</i>	29.803	213.662	71,2
<i>Ospedale di Merano</i>	13.308	88.207	58,6
<i>Ospedale di Bressanone</i>	10.199	60.802	48,8
<i>Ospedale di Brunico</i>	10.177	59.185	71,7
<i>Ospedale di Silandro</i>	4.395	28.386	76,4
<i>Ospedale di Vipiteno</i>	3.024	14.797	57,9
<i>Ospedale di San Candido</i>	2.743	13.857	72,5
Totale ospedali pubblici	73.649	478.896	65,7
<i>Casa di Cura S. Maria</i>	2.261	13.671	21,0
<i>Casa di Cura Villa S. Anna</i>	1.426	14.608	10,9
<i>Casa di Cura Fonte S. Martino</i>	25	458	–
Totale istituti privati	3.712	28.737	17,0
Totale istituti di cura	77.361	507.633	63,4

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

Ai 77.361 ricoveri ospedale corrispondono 82.782 ricoveri reparto, in regime ordinario. La differenza è costituita dai 5.421 trasferimenti di reparto effettuati negli ospedali pubblici. In 3.759 ricoveri ospedale, corrispondente al 5% dei ricoveri totali, si è quindi verificato almeno 1 trasferimento di reparto.

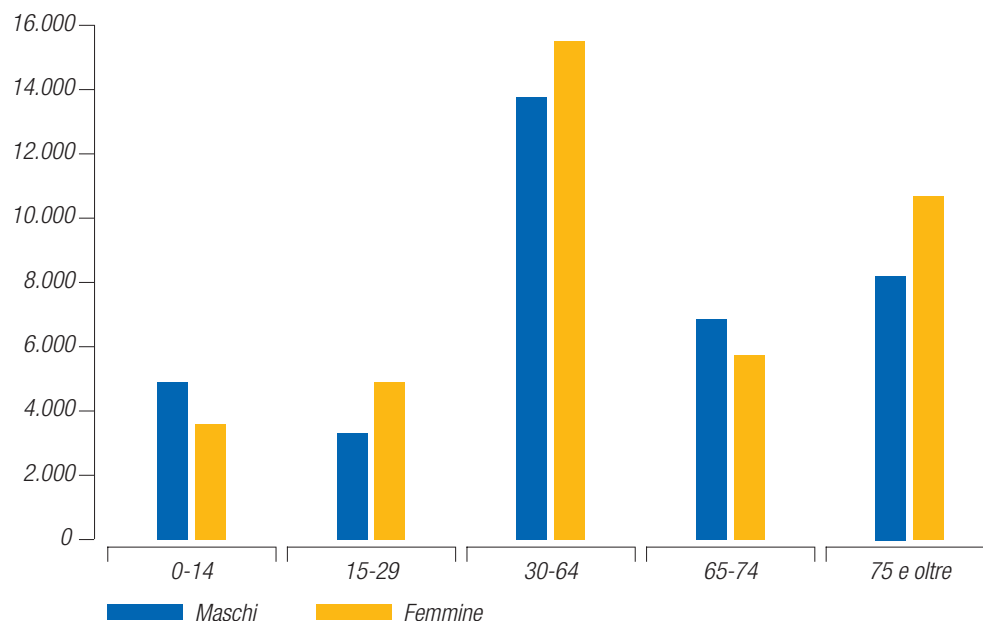
VALORE TARIFFARIO

TRASFERIMENTI DI REPARTO

INDICATORI
DI EFFICIENZA

254

Figura 7: Ricoveri per acuti in regime ordinario per sesso e classe d'età – Anno 2007



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

Complessivamente sono stati utilizzati posti letto per il 78,2% del tempo disponibile; ciascun letto, infatti, nel corso dell'anno è stato occupato da 44,5 pazienti diversi, mediamente quindi sono passati 1,8 giorni durante i quali il singolo letto è rimasto libero tra la dimissione di un paziente ed il ricovero del successivo.

La Casa di Cura Fonte San Martino presenta un tasso di utilizzo dei posti letto estremamente basso, determinato probabilmente da un utilizzo dei posti letto per acuti per l'attività post-acuzie.

Tabella 6: Indicatori di efficienza dell'attività in regime ordinario negli istituti di cura provinciali. Ricoveri ospedale – Anno 2007

Istituti di cura	Degenza media	Tasso di utilizzo%*	Intervallo di turn over*	Indice di rotazione*
Ospedale di Bolzano	7,2	82,8	1,5	43,0
Ospedale di Merano	6,6	78,1	1,8	44,3
Ospedale di Bressanone	6,0	80,9	1,4	50,3
Ospedale di Brunico	5,8	84,3	1,1	53,5
Ospedale di Silandro	6,5	76,5	1,9	44,2
Ospedale di Vipiteno	4,9	71,5	1,9	55,0
Ospedale di San Candido	5,1	79,0	1,3	57,1
Totale ospedali pubblici	6,5	80,9	1,5	46,4
Casa di Cura S. Maria	6,0	46,2	6,9	28,3
Casa di Cura Villa S. Anna	10,2	71,5	4,1	25,5
Casa di Cura Fonte S. Martino	18,3	7,0	244,5	1,4
Totale istituti privati	7,7	50,6	7,4	24,3
Totale istituti di cura	6,6	78,2	1,8	44,5

* 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

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

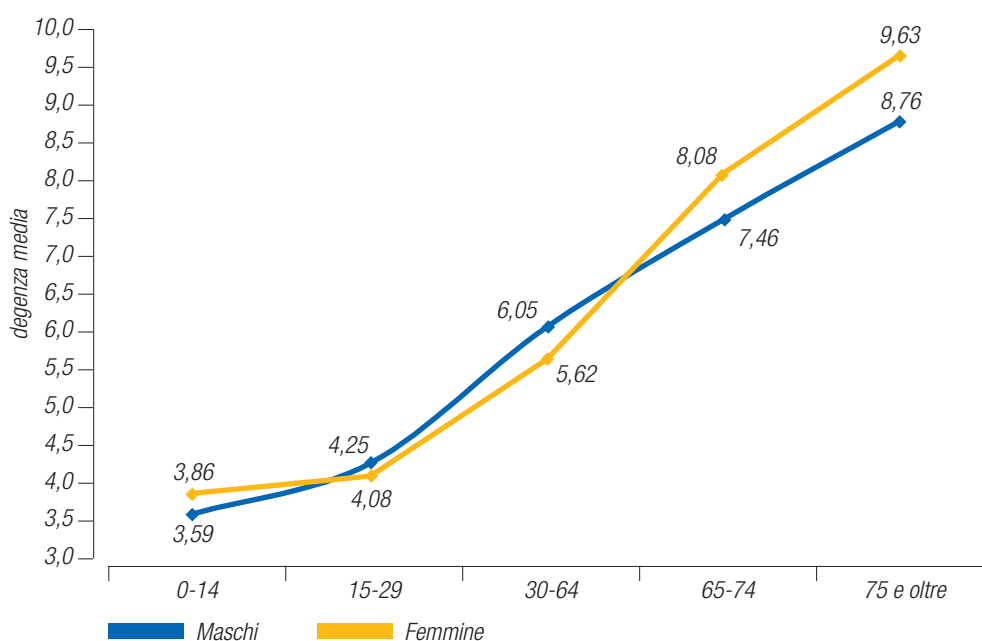
La degenza media negli istituti pubblici provinciali è pressoché costante negli ultimi quattro anni (valore del 2007 pari a 6,6), quindi, in linea anche con i valori nazionali del 2005 (6,7 giorni).

La degenza media aumenta al crescere dell'età; molto bassa risulta, infatti, per la classe d'età 0-14 anni (3,7 giorni) e più elevata per la classe d'età 75 anni e oltre (9,3 giorni), in particolare per la popolazione femminile.

In tutti i Paesi dell'OCSE la degenza media è diminuita da 8,7 giorni del 1990 a 6,3 giorni del 2005. La diminuzione è più rilevante nei paesi, quali la Germania, in cui la degenza risultava negli anni '90 piuttosto elevata.

Molteplici sono i fattori esplicativi di questa diminuzione quali l'uso di procedure chirurgiche meno invasive, cambiamenti nel sistema di pagamento e lo sviluppo di programmi assistenziali per il follow-up dopo la dimissione.

Figura 8: **Degenza media dei ricoveri in regime ordinario negli istituti di cura provinciali, per sesso e classe d'età – Anno 2007**



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

L'indice di case-mix esprime la complessità della casistica trattata da un determinato ospedale rispetto allo standard di riferimento. Esso 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 nazionale³. 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.

INDICE DI CASE-MIX

³ Il sistema dei 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.

Tabella 7: Indicatori basati sul criterio DRG di classificazione dei ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) negli ospedali pubblici provinciali – Anno 2007

Istituti di cura	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	36.756	5,8	1,23	3.456,74	0,98	1,09
Ospedale di Merano	15.133	5,8	1,14	2.917,52	0,90	1,09
Ospedale di Bressanone	11.226	5,4	1,10	2.813,94	0,87	1,01
Ospedale di Brunico	10.050	5,9	0,99	2.513,72	0,78	1,10
Ospedale di Silandro	4.586	6,2	1,04	2.521,47	0,83	1,16
Ospedale di Vipiteno	2.871	5,2	0,95	2.297,33	0,75	0,96
Ospedale di San Candido	2.491	5,6	0,91	2.189,79	0,72	1,04
Totale ospedali pubblici	83.113	5,8	1,13	2.989,38	0,90	1,08

* Calcolato considerando il valore del peso medio dell'Italia nel 2005 pari a 1,26

** Calcolato considerando la degenza media equivalente dell'Italia nel 2005 pari a 5,3

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

INDICE COMPARATIVO DI PERFORMANCE

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 1,13) più basso rispetto allo standard nazionale⁴; infatti, nel 2007, l'indice di case-mix è pari a 0,90 per gli ospedali pubblici, assumendo valori molto bassi negli ospedali di Brunico, San Candido e Vipiteno.

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.

L'indice comparativo di performance è definito come rapporto tra degenza media DRG equivalente di una unità produttiva e il corrispondente valore di degenza media DRG equivalente di una popolazione tipo di ricoveri; anche in questo caso, lo standard di riferimento adottato è costituito dall'insieme delle dimissioni da tutti gli istituti nazionali nel 2005 (degenza media per unità di peso pari a 5,3 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.

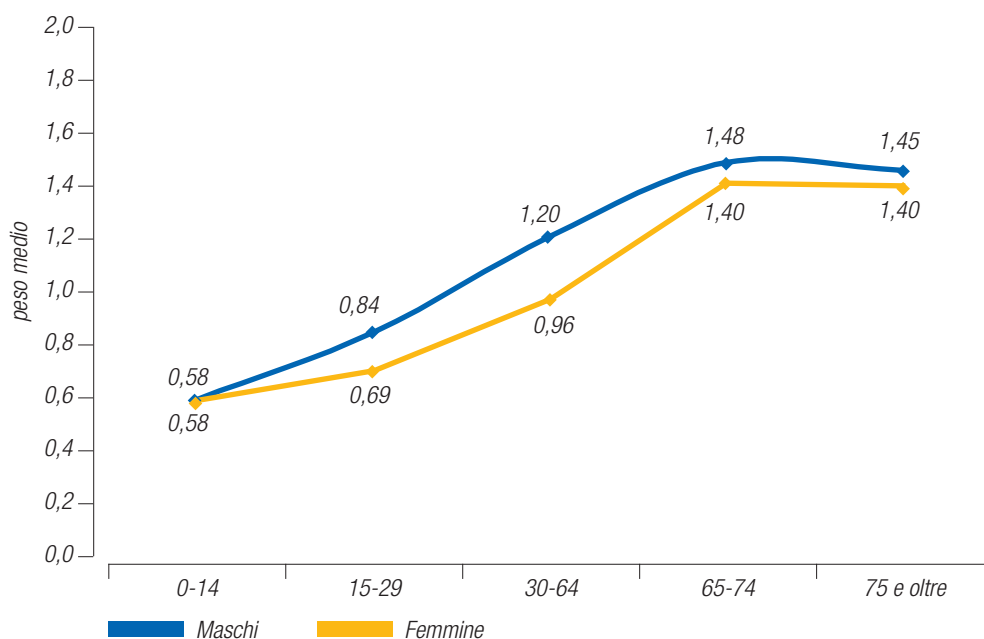
Nel complesso, gli ospedali pubblici della Provincia mostrano una performance più bassa rispetto allo standard nazionale, in particolare l'Ospedale di Silandro (indice comparativo di performance = 1,16).

PESO DEI RICOVERI

Anche il peso medio del ricovero, come la degenza media, aumenta con il crescere dell'età, passando da 0,58 della classe d'età 0-14 anni, a 1,44 per la classe d'età 65-74 e rimanendo poi pressoché costante per la classe d'età superiore; in particolare, il peso medio del ricovero risulta più elevato nella popolazione maschile anziana.

4 Il peso medio della Provincia Autonoma di Bolzano nel 2005, secondo quanto pubblicato nel Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – Ministero della Salute, era pari a 1,16. Sempre nel 2005 il peso medio nazionale (tutti gli istituti di ricovero) era pari a 1,26

Figura 9: **Peso medio dei ricoveri in regime ordinario negli istituti di cura pubblici, per sesso e classe d'età del paziente – Anno 2007**



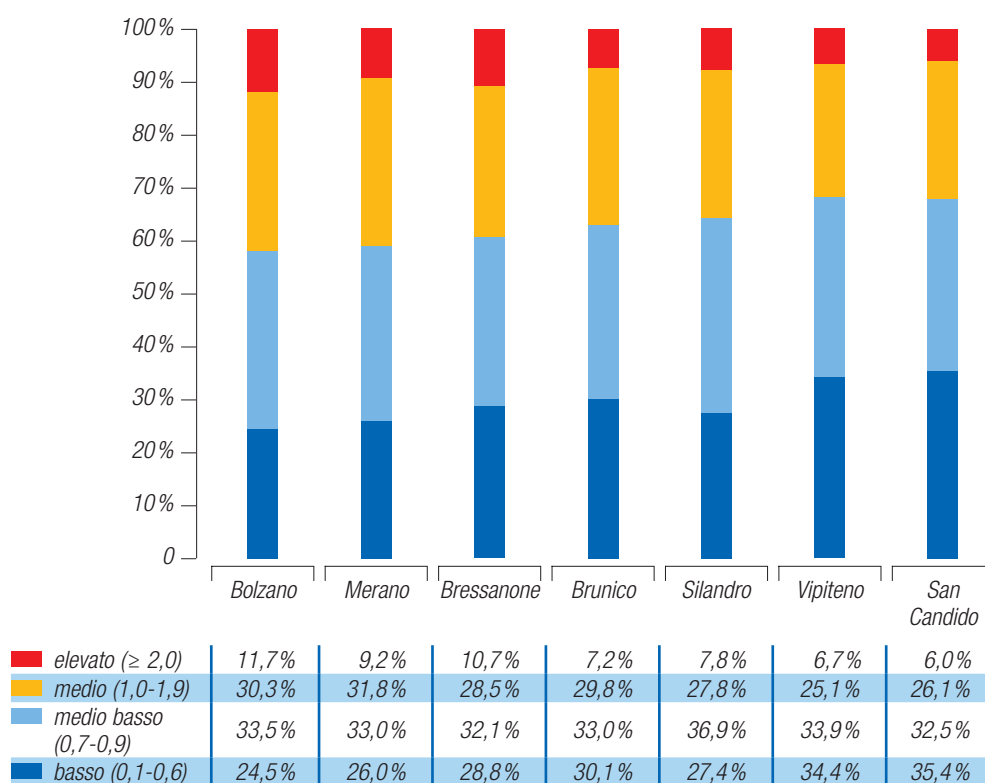
I ricoveri ai quali viene attribuito un DRG con peso medio basso (maggiore o uguale a 0,7 ed inferiore a 1,0) sono quelli maggiormente frequenti, e rappresentano il 33,5% del totale di ricoveri negli istituti di cura. Il 26,7% dei ricoveri sono caratterizzati da un peso del DRG basso (inferiore a 0,7) e il 30,2% hanno invece un peso medio (compreso tra 1,0 e 1,9). Solo il 9,7% ha un peso elevato (maggiore o uguale a 2,0).

Il confronto tra gli ospedali pubblici rispetto alla composizione dei ricoveri per complessità della casistica evidenzia la maggior quota di ricoveri con DRGs di peso basso per gli ospedali di Vipiteno e di San Candido (rispettivamente 34,4% e 35,4% dei casi), e di DRGs con peso elevato per gli ospedali di Bolzano e di Bressanone (rispettivamente 11,7% e 10,7% dei casi).

**DRGS PER
CLASSE DI PESO**

DRG MEDICI E
CHIRURGICI

Figura 10: Ricoveri per classe di peso DRG negli ospedali pubblici in regime ordinario – Anno 2007



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

Al 65,9% dei ricoveri ordinari effettuati negli istituti di cura provinciali è stato attribuito un DRG medico e al 32,5% un DRG di tipo chirurgico.

Tabella 8: Ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) negli istituti di cura provinciali per tipo di DRG – Anno 2007

Istituti di cura	DRG medico	DRG non classificabili ⁵	DRG chirurgico	Totale
Ospedale di Bolzano	20.332	571	8.900	29.803
Ospedale di Merano	8.320	119	4.869	13.308
Ospedale di Bressanone	6.098	205	3.896	10.199
Ospedale di Brunico	7.005	170	3.002	10.177
Ospedale di Silandro	3.239	69	1.087	4.395
Ospedale di Vipiteno	1.887	10	1.127	3.024
Ospedale di San Candido	1.816	78	849	2.743
Totale ospedali pubblici	48.697	1.222	23.730	73.649
Casa di Cura S. Maria	1.046	8	1.207	2.261
Casa di Cura Villa S. Anna	1.241	–	185	1.426
Casa di Cura Fonte S. Martino	25	–	–	25
Totale istituti privati	2.312	8	1.392	3.712
Totale istituti di cura	51.009	1.230	25.122	77.361

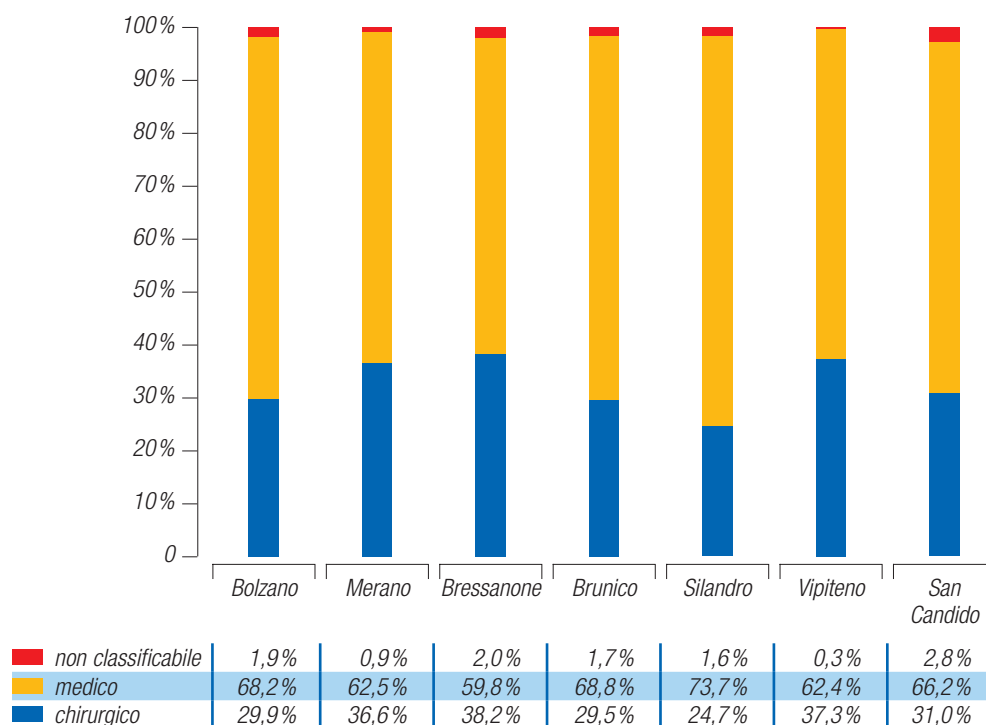
Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

5 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) e ai DRG anomali (DRG 469 e 470).

Negli ospedali pubblici i ricoveri ordinari con DRG medico rappresentano una quota tra il 59,8% ed il 73,7% di tutti i ricoveri, mentre la quota di DRG chirurgici varia tra il 24,7% e il 38,2%. Nella Casa di Cura Santa Maria il 53,4% dei ricoveri è di tipo chirurgico, mentre nella Casa di Cura Sant'Anna l'87,0% è di tipo medico.

La distribuzione dei ricoveri ordinari per tipo di DRG (medico o non classificabile e chirurgico) è in linea con i valori nazionali del 2005, rispettivamente pari a 63,3% e 36,7%, tuttavia si osserva nelle regioni del Nord Italia una quota percentuale di DRGs chirurgici più elevata (41,2%).

Figura 11: Ricoveri per tipo di DRG negli ospedali pubblici in regime ordinario – Anno 2007



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

Complessivamente la quota di ricoveri ordinari di 1 giorno è pari al 14,2% di tutti i ricoveri ordinari (percentuale in linea con l'anno precedente) con punte massime del 19,8% nell'Ospedale di San Candido, del 19,3% nell'Ospedale di Vipiteno e del 18,7% 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 linea con gli anni precedenti e pari a 1,3% a livello provinciale.

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 9: **Ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) di 1 giorno, urgenti e non urgenti, negli istituti di cura provinciali – Anno 2007**

Istituti di cura	Ricoveri di 1 giorno		% ricoveri di 1 giorno sul totale
	urgenti	non urgenti	
Ospedale di Bolzano	831	3.032	13,0
Ospedale di Merano	420	1.210	12,2
Ospedale di Bressanone	394	1.031	14,0
Ospedale di Brunico	343	1.563	18,7
Ospedale di Silandro	90	495	13,3
Ospedale di Vipiteno	92	491	19,3
Ospedale di San Candido	113	430	19,8
Totale ospedali pubblici	2.283	8.252	14,3
Casa di Cura S. Maria	263	75	14,9
Casa di Cura Villa S. Anna	129	10	9,7
Casa di Cura Fonte S. Martino	1	–	4,0
Totale istituti privati	393	85	12,9
Totale istituti di cura	2.676	8.337	14,2

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

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 10: **Ricoveri ospedale oltre soglia, degenza media dei ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) entro soglia e degenza media complessiva negli istituti di cura provinciali – Anno 2007**

Istituti di cura	Ricoveri oltre soglia	% ricoveri oltre soglia sul totale	DM ricoveri entro soglia	DM complessiva
Ospedale di Bolzano	499	1,7	7,5	7,2
Ospedale di Merano	137	1,0	7,1	6,6
Ospedale di Bressanone	126	1,2	6,4	6,0
Ospedale di Brunico	113	1,1	6,6	5,8
Ospedale di Silandro	59	1,3	7,1	6,5
Ospedale di Vipiteno	15	0,5	5,7	4,9
Ospedale di San Candido	37	1,3	5,9	5,1
Totale ospedali pubblici	986	1,3	7,0	6,5
Casa di Cura S. Maria	20	0,9	6,8	6,0
Casa di Cura Villa S. Anna	33	2,3	10,4	10,2
Casa di Cura Fonte S. Martino	2	8,0	16,8	18,3
Totale istituti privati	55	1,5	8,3	7,7
Totale istituti di cura	1.041	1,3	7,1	6,6

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

DRGS PIÙ FREQUENTI

Sono sufficienti 19 DRGs per spiegare circa il 30,3% dei ricoveri ospedale effettuati in Provincia.

Il motivo principale del ricovero per le donne è rappresentato dal DRG 373 “Parto vaginale senza diagnosi complicanti” (9,7% del totale dei ricoveri relativi alla popolazione femminile); per gli uomini, invece, è rappresentato dal DRG 243 “Afezioni mediche del dorso” (2,4% del totale dei ricoveri relativi alla popolazione maschile).

La frequenza di episodi di ricovero oltre soglia è molto elevata per i DRGs 467, 373, 371 e 430 con quote rispettivamente del 10,4%, 2,9%, 2,2% e del 1,7%.

Tabella 11: **Ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) per i DRGs più frequenti, % cumulata di ricoveri e % di ricoveri oltre soglia negli istituti di cura provinciali – Anno 2007**

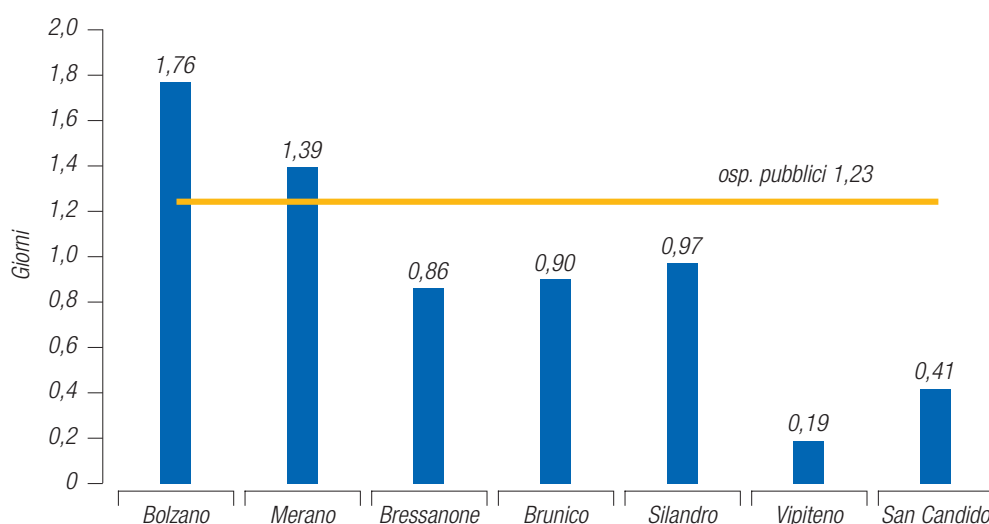
DRG	Descrizione DRGs più frequenti	Ricoveri	% cum. ricoveri	% ricoveri oltre soglia
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	3.924	5,1	2,9
243	Affezioni mediche del dorso	1.830	7,4	0,5
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	1.738	9,7	0,3
127	Insufficienza cardiaca e shock	1.524	11,7	1,5
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 senza cc	1.498	13,6	0,0
430	Psicosi	1.393	15,4	1,7
371	Parto cesareo senza cc	1.197	16,9	2,2
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18	1.053	18,3	0,3
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età >17 senza cc	1.039	19,6	0,1
14	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	1.024	21,0	0,4
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	1.016	22,3	0,2
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza cc	998	23,6	0,0
89	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 con cc	949	24,8	0,8
33	Commozione cerebrale, età < 18	762	25,8	0,1
503	Interventi su ginocchio senza diagnosi principale di infezione	746	26,7	0,0
143	Dolore toracico	741	27,7	0,1
88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	705	28,6	1,3
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	685	29,5	10,4
142	Sincope e collasso, senza cc	650	30,3	0,5
Totale ricoveri		77.361		1,3

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

La degenza media pre operatoria⁶ dei ricoveri (programmati e con preospedalizzazione) con DRG chirurgico e almeno un intervento chirurgico, effettuati negli istituti di cura provinciali è pari a 1,14 giorni (negli ospedali pubblici: 1,23 giorni; negli istituti di cura privati: 0,05 giorni).

DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA

Figura 12: **Degenza media pre-operatoria (solo ricoveri programmati e con preospedalizzazione) in regime ordinario negli ospedali pubblici – Anno 2007**



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

⁶ Nel calcolo della degenza media preoperatoria sono stati considerati solo i ricoveri programmati e con preospedalizzazione e come data di intervento è stata selezionata la data relativa all'intervento chirurgico (codice < '8700') di sala operatoria segnato per primo negli spazi riservati agli interventi/procedure nella SDO

Tabella 12: **Ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) per i DRGs chirurgici più frequenti, % cumulata di ricoveri, degenza media e degenza media pre-operatoria – Anno 2007**

DRG	Descrizione DRGs più frequenti	Ricoveri	% cum. ricoveri	Degenza media	Degenza media preop.*
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	1.738	7,3	11,8	1,4
371	Parto cesareo senza cc	1.197	12,3	6,1	1,0
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 senza cc	1.039	16,7	6,3	0,6
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	1.016	21,0	5,1	1,0
503	Interventi su ginocchio senza diagnosi principale di infezione	746	24,1	4,1	0,5
167	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata, senza cc	596	26,6	3,4	0,2
225	Interventi sul piede	586	29,0	4,3	0,6
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18	533	31,3	2,7	0,7
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	519	33,5	3,1	0,7
231	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore	476	35,5	3,6	0,7
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc	475	37,5	2,5	0,8
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto comune senza cc	458	39,4	4,3	0,5
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza cc	445	41,3	4,1	0,7
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 senza cc	435	43,1	8,6	0,7
311	Interventi per via transuretrale, senza cc	363	44,6	3,6	0,9
500	Interventi su dorso e collo eccetto artrodesi vertebrale senza cc	318	45,9	5,2	1,1
337	Prostatectomia transuretrale senza cc	316	47,3	5,3	1,0
227	Interventi sui tessuti molli senza cc	311	48,6	3,7	0,4
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	278	49,7	2,4	0,9
53	Interventi su seni e mastoide, età > 17	265	50,9	3,3	0,6
59	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17	265	52,0	3,7	0,7
Totale ricoveri		23.815		7,1	1,1

* Nel calcolo della degenza media preoperatoria sono stati considerati solo i ricoveri programmati e con preospedalizzazione e come data di intervento è stata selezionata la data relativa all'intervento chirurgico (codice < '8700') di sala operatoria segnato per primo negli spazi riservati agli interventi/procedure nella SDO

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

DRGS CHIRURGICI

Occorrono 21 DRGs per spiegare circa il 50% dell'attività complessiva chirurgica a livello provinciale. Il DRG chirurgico, con intervento chirurgico (codice ICD9CM versione 2002 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 1.738 casi, con degenza media di 11,8 giorni.

Tra i DRGs chirurgici con intervento chirurgico più frequenti, la degenza media del ricovero più bassa è pari a 2,4 giorni ed è relativa al DRG 39 "Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia".

Relativamente ai DRGs chirurgici più frequenti, 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" (1,4 giorni) e più bassa per il DRG 167 "Appendicectomia con diagnosi principale non complicata, senza cc" (pari a 0,2 giorni).

Sono considerati trasferimenti tra gli istituti provinciali i casi nei quali il paziente è stato dimesso da un istituto e riammesso in un altro diverso dal primo, lo stesso giorno o il giorno successivo a quello della sua dimissione.

Sono stati 1.489 gli eventi che nel 2007 sono risultati come trasferimenti tra gli istituti di cura della Provincia Autonoma di Bolzano. Nel 95,8% dei casi l'ammissione presso il secondo istituto è stata registrata nella giornata di dimissione dal primo ospedale, mentre nel rimanente 4,2% (pari a 63 casi) il ricovero è avvenuto il giorno successivo.

Dall'Ospedale Centrale di Bolzano il 70,7% dei trasferimenti è avvenuto verso un ospedale aziendale; verso l'Ospedale di Bolzano, invece, sono stati indirizzati il 55,9% dei trasferimenti effettuati da ospedali aziendali, il 51,6% di quelli da ospedali di base e il 52,2% dei trasferimenti da istituti privati.

Tabella 13: **Trasferimenti tra istituti di cura per tipo di istituto di destinazione e provenienza del paziente – Anno 2007**

Tipo istituto di provenienza	Tipo istituto di destinazione				Totale
	Ospedale centrale	Ospedale aziendale	Ospedale di base	Casa di Cura privata	
Ospedale centrale	–	371	121	33	525
Ospedale aziendale	327	83	108	67	585
Ospedale di base	161	148	1	2	312
Casa di Cura privata	35	30	–	2	67
Totale	523	632	230	104	1.489

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

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 presente pubblicazione.

3.2.2. Ricoveri per acuti in regime diurno

L'attività assistenziale in regime diurno degli ospedali pubblici e delle case di cura private della Provincia Autonoma di Bolzano, viene descritta, invece, 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 DRGs 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 2007 la produzione dei ricoveri in regime diurno è stata di 27.372, il 94,0% dei quali sono stati effettuati negli ospedali pubblici provinciali.

**TRASFERIMENTI
TRA ISTITUTI DI CURA
PROVINCIALI**

**DATI DI ATTIVITÀ PER
SINGOLO ISTITUTO
DI CURA IN REGIME
ORDINARIO**

**RICOVERI IN
REGIME DIURNO**

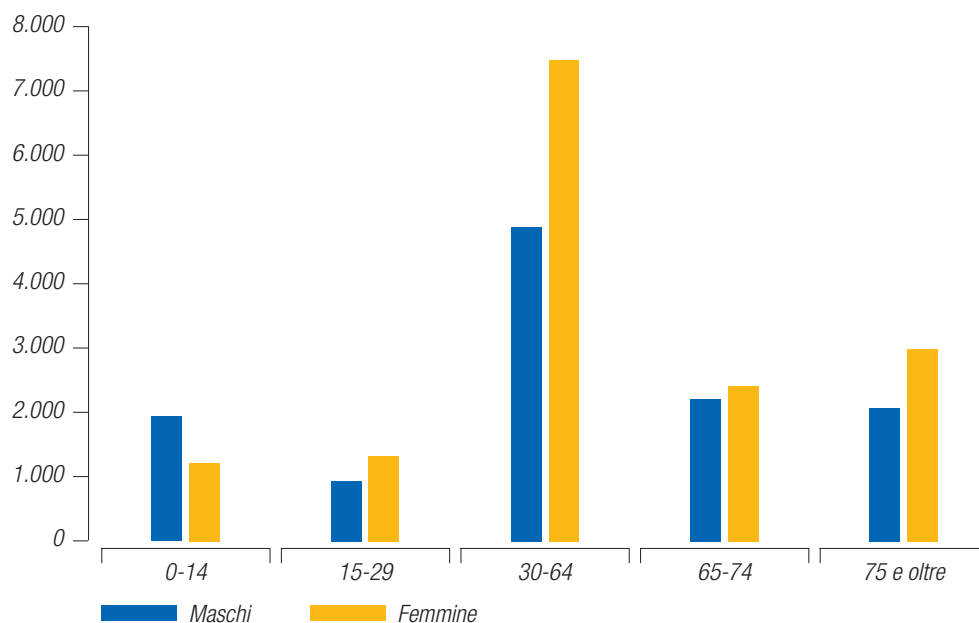
Tabella 14: Ricoveri, giornate, numero medio di accessi ed indicatori classici dell'attività in regime diurno negli istituti di cura provinciali – Anno 2007

Istituti di cura	Posti letto	Ricoveri	Giornate complessive	N. medio accessi DRG medico	Tasso di utilizzo % **	Indice di rotazione **	
						annuo	giornaliero
Ospedale di Bolzano	80	10.216	25.759	3,3	128,8	127,7	1,29
Ospedale di Merano	26	4.886	8.348	3,1	128,4	187,9	1,28
Ospedale di Bressanone	23	2.863	5.260	3,3	91,5	124,5	0,91
Ospedale di Brunico	24	4.217	7.155	3,9	109,4	161,3	1,09
Ospedale di Silandro	6	843	1.479	4,0	98,6	140,5	0,99
Ospedale di Vipiteno	11	1.857	2.546	2,0	92,6	168,8	0,93
Ospedale di San Candido	8	834	2.485	8,4	119,3	100,1	1,19
Totale ospedali pubblici	178	25.716	53.032	3,4	117,5	142,5	1,18
Casa di Cura S. Maria	14	1.506	1.506	1,0	43,0	107,6	0,43
Casa di Cura Villa S. Anna	–	150	150	1,0	–	–	–
Casa di Cura Fonte S. Martino	–	–	–	–	–	–	–
Totale istituti privati	14	1.656	1.656	1,0	47,3	118,3	0,47
Totale istituti di cura	192	27.372	54.688	3,3	112,5	140,7	1,12

** 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: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

Figura 13: Ricoveri per acuti in regime diurno per sesso e classe d'età – Anno 2007



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

Del totale dei ricoveri in regime diurno, 10.892 presentano un DRG medico o non classificabile per un numero complessivo di 36.470 accessi. Il numero medio di accessi per ricovero in regime diurno con DRG medico nel complesso degli ospedali pubblici è di 3,4, variando da 2,0 dell'Ospedale di Vipiteno a 8,4 dell'Ospedale di San Candido. I ricoveri in regime diurno con DRG chirurgico, invece, sono stati 16.480 per 18.218 giornate complessive.

Tabella 15: Ricoveri e giornate in regime diurno per tipo di DRG negli istituti di cura provinciali – Anno 2007

Istituti di cura	DRG medico o non classificabile			DRG chirurgico		
	Ricoveri	%	Giornate complessive	Ricoveri	%	Giornate complessive
Ospedale di Bolzano	6.142	60,1	20.504	4.074	39,9	5.255
Ospedale di Merano	1.664	34,1	5.106	3.222	65,9	3.242
Ospedale di Bressanone	1.050	36,7	3.446	1.813	63,3	1.814
Ospedale di Brunico	818	19,4	3.220	3.399	80,6	3.935
Ospedale di Silandro	209	24,8	845	634	75,2	634
Ospedale di Vipiteno	687	37,0	1.376	1.170	63,0	1.170
Ospedale di San Candido	224	26,9	1.875	610	73,1	610
Totale ospedali pubblici	10.794	42,0	36.372	14.922	58,0	16.660
Casa di Cura S. Maria	93	6,2	93	1.413	93,8	1.413
Casa di Cura Villa S. Anna	5	3,3	5	145	96,7	145
Casa di Cura Fonte S. Martino	–	–	–	–	–	–
Totale istituti privati	98	5,9	98	1.558	94,1	1.558
Totale istituti di cura	10.892	39,8	36.470	16.480	60,2	18.218

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

Nel 2007, tra i DRGs medici e non classificabili, il DRG più frequente è stato il DRG 410 “Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta”, con il 12,1 % dei ricoveri.

DRGS MEDICI

Tabella 16: DRGs più frequenti dei ricoveri in regime diurno con DRG medico o non classificabile negli istituti di cura provinciali – Anno 2007

DRG	Descrizione DRGs più frequenti	Ricoveri	% cumulata
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.317	12,1
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	630	17,9
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	568	23,1
35	Altre malattie del sistema nervoso, senza cc	386	26,6
187	Estrazioni e riparazioni dentali	367	30,0
47	Altre malattie dell'occhio, età > 17 senza cc	315	32,9
13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	279	35,5
301	Malattie endocrine, senza cc	225	37,5
131	Malattie vascolari periferiche, senza cc	212	39,5
26	Convulsioni e cefalea età < 18	208	41,4
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza cc	207	43,3
429	Disturbi organici e ritardo mentale	179	44,9
243	Affezioni mediche del dorso	177	46,5
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17	174	48,1
73	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17	156	49,6
Totale ricoveri con DRG medico o non classificabile		10.892	

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

Relativamente ai ricoveri diurni chirurgici si osserva che gli “Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia” (DRG 039) costituiscono il motivo di ricorso più frequente (21,9%).

DRGS CHIRURGICI

**DATI DI ATTIVITÀ
PER SINGOLO ISTITUTO
DI CURA IN REGIME
DIURNO**

RICOVERI RIPETUTI

Tabella 17: **DRGs più frequenti dei ricoveri in regime diurno con DRG chirurgico negli istituti di cura provinciali – Anno 2007**

DRG	Descrizione DRGs più frequenti	Ricoveri	% cumulata
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	3.602	21,9
503	Interventi su ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.371	30,2
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1.146	37,1
119	Legatura e stripping di vene	1.054	43,5
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	1.002	49,6
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	921	55,2
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc	786	60,0
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	680	64,1
231	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore	594	67,7
6	Decompressione del tunnel carpale	569	71,1
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc	443	73,8
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc	424	76,4
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	279	78,1
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18	260	79,7
Totale ricoveri con drg chirurgico		16.480	

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

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.

3.2.3. Indicatori di qualità ed appropriatezza

3.2.3.1. 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 tra gli ospedali. 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".

Nel 2007 sono stati rilevati 16.127 ricoveri ripetuti, di cui il 62,1% urgenti; il 44,1% ha come ospedale di provenienza l'Ospedale di Bolzano, il 39,6% un ospedale aziendale, l'11,5% un ospedale di base ed il 4,9% una casa di cura privata. Il tipo di istituto di cura di provenienza e di destinazione coincidono per 14.054 ricoveri pari all'87,1% dei casi.

Tabella 18: **Ricoveri ripetuti in regime ordinario per tipo di istituto di cura di destinazione e di provenienza del paziente – Anno 2007**

Tipo istituto di provenienza	Tipo istituto di destinazione				Totale
	Ospedale centrale	Ospedale aziendale	Ospedale di base	Casa di Cura privata	
Ospedale centrale	6.560	268	75	201	7.104
Ospedale aziendale	354	5.646	201	180	6.381
Ospedale di base	109	242	1.490	18	1.859
Casa di Cura privata	193	216	16	358	783
Totale	7.216	6.372	1.782	757	16.127

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

Nel 2007 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 2.850 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 3,8% del totale ricoveri.

L'82,1% dei ricoveri ripetuti nello stesso istituto e per lo stesso DRG si sono conclusi con la dimissione del paziente a domicilio, il 5,8% con il decesso del paziente e il rimanente 12,1% con altra modalità di dimissione; il 65,4% dei ricoveri ripetuti per lo stesso DRG nello stesso istituto risulta urgente.

Relativamente ai ricoveri ripetuti con dimissione a domicilio si osserva che il 3,4% rientra dopo 1 giorno, e per il 5,0% l'intervallo di tempo trascorso tra i due ricoveri è risultato superiore ai 30 giorni, mentre nel 33,0% è risultato compreso tra i 4 e i 30 giorni.

Tabella 19: **Ricoveri ripetuti in regime ordinario nello stesso istituto, con lo stesso DRG, per modalità di dimissione e intervallo di tempo trascorso tra i ricoveri e percentuale di ricoveri urgenti negli istituti di cura provinciali – Anno 2007**

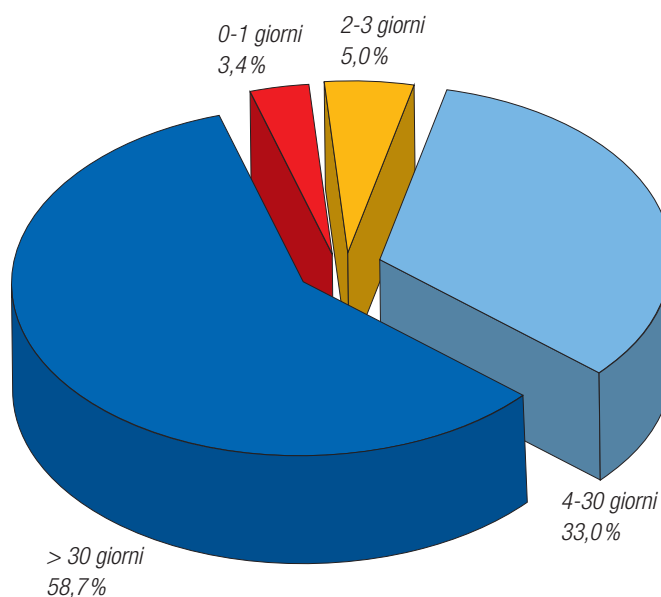
Intervallo di tempo tra i ricoveri	Dimissione a domicilio del paziente	Altra modalità di dimissione	Totale	% ricoveri urgenti
0-1 giorni	80	20	100	80,0
2-3 giorni	116	21	137	73,0
4-30 giorni	772	187	959	68,1
>30 giorni	1.373	281	1.654	62,3
Totale	2.341	509	2.850	65,4

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

**INTERVALLO
DI TEMPO TRA
I RICOVERI**

**RICOVERI RIPETUTI PER
SINGOLO ISTITUTO DI
CURA**
**RICOVERI BREVI PER
MODALITA' DI DIMISSIO-
NE E TIPO DI DRG**

Figura 14: Ricoveri ripetuti in regime ordinario nello stesso istituto, con lo stesso DRG, dimessi a domicilio per intervallo di tempo trascorso tra i ricoveri – Anno 2007



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

In riferimento ai ricoveri ripetuti nello stesso istituto, con 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.

3.2.3.2. Ricoveri brevi di durata di 2 o 3 giorni

Nel 2007 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 21.180 ricoveri ordinari di durata di 2 o 3 giorni, pari al 28,0% dei 75.708 ricoveri acuti ordinari effettuati, con esclusione di quelli effettuati in Psichiatria, il 55,2% di tali ricoveri è risultato urgente.

Tabella 20: Ricoveri brevi di durata di 2 o 3 giorni in regime ordinario per tipo di ricovero e tipo di DRG negli istituti di cura provinciali – Anno 2007

Tipo di ricovero	DRG medico	DRG non classificabile	DRG chirurgico	Totale	%
Urgenti	9.917	24	1.760	11.701	55,2
Non urgenti	3.103	231	6.145	9.479	44,8
Totale	13.020	255	7.905	21.180	100,0

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

Nel 94,4% dei casi (20.004 ricoveri) il paziente è stato dimesso al proprio domicilio. Al 61,5% circa dei ricoveri brevi è stato attribuito un DRG di tipo medico e al 37,3% un DRG di tipo chirurgico.

Tabella 21: **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 2007**

Modalità di dimissione	DRG medico	DRG non classificabile	DRG chirurgico	Totale	%
Dimissione a domicilio	12.072	244	7.688	20.004	94,4
Deceduto	219	6	24	249	1,2
Altra modalità di dimissione	729	5	193	927	4,4
Totale	13.020	255	7.905	21.180	100,0

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

I ricoveri brevi con modalità di dimissione a domicilio del paziente e con DRG di tipo medico sono risultati 12.072 (57,0% del totale). Il 97,9% di essi sono stati effettuati negli ospedali pubblici (il 42,1% nell'Ospedale di Bolzano), il rimanente 2,1% presso gli istituti privati, in particolare nella Casa di Cura Santa Maria.

1.488 ricoveri, pari al 12,3% dei 12.072 ricoveri brevi con dimissione a domicilio del paziente e DRG di tipo medico, sono stati effettuati da pazienti non residenti in Provincia; nel 38,5% dei casi il ricovero è avvenuto presso l'Ospedale di Bolzano e nel 18,1% presso l'Ospedale di Brunico.

Relativamente ai ricoveri di altoatesini effettuati in altre regioni italiane, la durata della degenza è risultata di 2 o 3 giorni in 1.117 casi, pari al 26,1% dei ricoveri effettuati fuori Provincia. Si rinvia al paragrafo dei ricoveri di 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.

3.2.3.3. 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 essenziali 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 rimodulazione 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.

Di seguito, vengono presentati i valori assunti per la Provincia Autonoma di Bolzano da alcuni indicatori "di appropriatezza" ritenuti di particolare interesse e che possono essere calcolati dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera, e precisamente:

- quota di parti cesarei sul totale parti,
- quota di dimissioni da u.o. chirurgiche con DRG medico sul totale dimissioni da u.o. chirurgiche,
- tasso di ospedalizzazione per diabete,

**RICOVERI BREVI
CON DIMISSIONE A
DOMICILIO E DRG
MEDICO**

**RICOVERI BREVI
PER SINGOLO ISTITUTO
DI CURA**

**INDICATORI
DI APPROPRIATEZZA**

PARTI CESAREI

- tasso di ospedalizzazione per asma,
- tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco,
- tasso di ospedalizzazione per prostatectomia turp (maschi > 49 anni),
- tasso di ospedalizzazione per appendicectomia,
- tasso di ospedalizzazione per isterectomia (femmine > 45 anni),
- tasso di ospedalizzazione per tonsillectomia,
- tasso di ospedalizzazione per angioplastica coronarica (età ≥ 65 anni),
- tasso di ospedalizzazione per by-pass coronarico (età ≥ 65 anni),
- tasso di ospedalizzazione per sostituzione d'anca (età ≥ 65 anni).

Nelle tabelle seguenti per ciascun indicatore sopraindicato vengono riportati i valori per gli anni 2004-2007 per la Provincia, calcolati considerando l'archivio SDO provinciale e l'archivio della mobilità nel resto d'Italia, e vengono riportati i valori per l'Italia, pubblicati dal Ministero della Salute nel "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – Anno 2005". I valori di tali indicatori vengono confrontati, dove disponibili, con quelli dei Paesi dell'OCSE⁷.

Si precisa che i tassi di ospedalizzazione per interventi specifici sono stati calcolati considerando i ricoveri di pazienti altoatesini con lo specifico intervento (indipendentemente dalla posizione negli spazi della SDO riservati agli interventi/procedure, in cui lo specifico intervento è stato registrato).

I valori di tali indicatori nelle altre regioni italiane, pubblicati dal Ministero della Salute, sono riportati nel CD Rom allegato alla presente pubblicazione e si riferiscono all'attività di tutti gli istituti di cura nazionali relativa all'anno 2005.

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 23,8% già vicino allo standard nazionale⁸.

Tabella 22: **Percentuale di parti cesarei sul totale parti (DRG da 370 a 375) nelle strutture pubbliche e private della Provincia – Anni 2004-2007**

	2004	2005	2006	2007
<i>Italia</i>	37,8	38,3	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>
<i>P.A. Bolzano</i>	22,7	23,4	24,9	23,8

Fonte: Archivio SDO, Ministero della Salute – Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero

Relativamente alla situazione provinciale, si osserva una leggera diminuzione rispetto ai valori dell'anno precedente, nonostante l'aumento della quota di parti cesarei registrata nella Casa di Cura Santa Maria.

Si rileva, inoltre, che non si sono verificati nel corso dell'anno eventi di mortalità materna. Il lieve aumento registrato, in questi ultimi anni, del numero di parti con taglio cesareo può riflettere alcuni cambiamenti non solo nella pratica dei clinici ma anche nei fattori di rischio (ad esempio l'elevata età della madre, le nascite multiple, la presenza di precedenti parti cesarei o il periodo gestazionale oltre il termine) e nelle preferenze delle donne.

La percentuale di parti cesarei è aumentata, infatti, nel tempo in tutti i Paesi dell'OCSE; la crescita è stata particolarmente rapida per l'Irlanda, la Repubblica Slovacca e la Repubblica Ceca, mentre il tasso di crescita è stato molto più lento nei paesi nordici. Secondo i dati dell'OCSE, nel 2004, il tasso di parti con taglio cesareo (calcolato come percentuale su tutti i nati vivi), varia significativamente nei diversi Paesi dell'OCSE, assumendo valori

⁷ "Health at a Glance 2007: OECD Indicator" – OECD 2007

⁸ La quota massima raccomandata dall'OMS già nel 1985 è pari al 15%

inferiori ad un quinto nei Paesi Bassi, nella Repubblica Ceca, nei Paesi nordici, in Francia, in Belgio e nella Repubblica Slovacca.

In Italia, nel 2005, la percentuale di parti cesarei rispetto al totale dei parti è di 38,3%, ancora in aumento rispetto agli anni precedenti; l'intervallo di variazione è compreso tra il 23,4% della Provincia di Bolzano ed il 60,0% della Campania.

La situazione della Provincia Autonoma di Bolzano nel 2007 relativamente all'indicatore "DRGs medici nelle unità operative chirurgiche"⁹, che rappresenta un indicatore "proxy" dell'inappropriato ricorso al ricovero in ambiente chirurgico o del verificarsi di problemi organizzativi legati alle sale operatorie, rimane in linea con quella dell'anno precedente.

Tale indicatore assume un valore pari al 44,0% nel 2007, nel complesso della Provincia, superiore al valore nazionale pari a 36,8% del 2005.

Tabella 23: **Quota di dimissioni da u.o. chirurgiche con DRG medico sul totale dimissioni da u.o. chirurgiche negli ospedali pubblici – Anni 2004-2007**

	2004	2005	2006	2007
Italia	37,4	36,8	n.d.	n.d.
P.A. Bolzano	39,8	43,7	42,9	44,0

Fonte: Archivio SDO, Ministero della Salute – Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero

Nel 2007, il tasso di ospedalizzazione dei residenti in Alto Adige per diabete è stato pari a 149,6 per 100mila abitanti evidenziando un aumento rispetto all'anno precedente; valori alti di questo tasso indicano una possibile inefficacia dell'assistenza primaria e specialistica territoriale. Nel 2005, si osserva che la Provincia era già sopra al livello della media nazionale (Italia 104,2).

Tabella 24: **Tasso di ospedalizzazione per diabete (cod. diag. princ. 250.xx) per 100mila abitanti – Anni 2004-2007**

	2004	2005	2006	2007
Italia	110,3	104,2	n.d.	n.d.
P.A. Bolzano	142,8	149,0	148,7	149,6

Fonte: Archivio SDO, Ministero della Salute – Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero

Il tasso di ospedalizzazione relativo ai ricoveri di altoatesini per asma, nel 2007, è stato pari a 28,8 per 100mila abitanti, mettendo in evidenza una diminuzione rispetto al 2006. La Provincia, nel 2005, relativamente a tale indicatore, si poneva ad un livello superiore ai valori nazionali (Italia 39,8); si osserva comunque che a livello nazionale si è registrata negli ultimi anni una diminuzione, piuttosto evidente per alcune regioni italiane.

I tassi di ospedalizzazione per asma per pazienti con età superiore di 18 anni variano in modo consistente nei diversi paesi dell'OCSE. Tassi relativamente elevati vengono osservati in Finlandia e negli Stati Uniti, mentre tassi più bassi vengono registrati in Messico e in Svezia. La media del tasso di ospedalizzazione per asma negli adulti nei Paesi europei è di 5,82 per 10mila abitanti, rispetto la quale l'Italia si colloca al di sotto (3,82 per 10mila abitanti).

DRGS MEDICI DA U.O. CHIRURGICHE

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER DIABETE

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER ASMA

⁹ Chirurgia generale, Chirurgia pediatrica, Chirurgia vascolare e toracica, Neurochirurgia, Oculistica, Odontoiatria e Stomatologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorinolaringoiatria, Ostetricia e Ginecologia e Urologia

**TASSO DI
OSPEDALIZZAZIONE PER
SCOMPENSO CARDIACO**

Tabella 25: Tasso di ospedalizzazione per asma (cod. diag. princ. 493.xx) per 100mila abitanti – Anni 2004-2007

	2004	2005	2006	2007
Italia	41,6	39,8	n.d.	n.d.
P.A. Bolzano	44,6	41,9	33,6	28,8

Fonte: Archivio SDO, Ministero della Salute – Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero

Il tasso di ospedalizzazione dei residenti in Alto Adige per scompenso cardiaco, nel 2007, è stato pari a 309,0 ricoveri per 100mila abitanti, evidenziando un trend in aumento rispetto al valore del 2004. Nel 2005, si registrava un valore per la Provincia più basso rispetto alla media nazionale (Italia 322,6).

Tabella 26: Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco (cod. diag. princ. 428.xx) per 100mila abitanti – Anni 2004-2007

	2004	2005	2006	2007
Italia	321,6	322,6	n.d.	n.d.
P.A. Bolzano	296,3	287,3	312,6	309,0

Fonte: Archivio SDO, Ministero della Salute – Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero

Nella Provincia Autonoma di Bolzano le prostatectomie associate a diagnosi di iperplasia sono complessivamente 371, di cui 335 (90,3%) effettuate per via transuretrale (turp) evidenziando un ricorso appropriato ad una tecnica di provata efficacia, quando necessaria. Nel complesso delle diagnosi, nella Provincia Autonoma di Bolzano, il tasso di ospedalizzazione per prostatectomia turp, nei maschi di età superiore a 49 anni, risultato pari a 520,8 ricoveri per 100.000 abitanti, mettendo in evidenza un aumento rispetto al biennio precedente.

Nel 2005, secondo quanto indicato dal Ministero della Salute, il tasso di ospedalizzazione provinciale per prostatectomia turp per maschi di età superiore a 49 anni e si poneva ad un livello superiore rispetto al valore nazionale, pari a 352,3.

Tabella 27: Tasso di ospedalizzazione per prostatectomia turp (cod. int. 60.2x), maschi età > 49 anni, per 100mila abitanti – Anni 2004-2007

	2004	2005	2006	2007
Italia	340,9	352,3	n.d.	n.d.
P.A. Bolzano	472,9	429,3	441,3	520,8

Fonte: Archivio SDO, Ministero della Salute – Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero

Nel 2007, sono state effettuate complessivamente 942 appendicectomie dalle strutture della Provincia, di cui 125 su non residenti; altre 22 sono state effettuate su pazienti altoatesini in strutture presenti nel resto d'Italia.

Il tasso di ospedalizzazione per appendicectomia è risultato pari a 167,0 ricoveri per 100mila abitanti, nel 2007, in diminuzione rispetto al 2006. Tale indicatore, calcolato considerando solo l'intervento principale, risultava nel 2005 superiore al livello nazionale (Italia 93,6), secondo quanto pubblicato dal Ministero della Salute.

**TASSO DI
OSPEDALIZZAZIONE PER
APPENDICECTOMIA**

Tabella 28: **Tasso di ospedalizzazione per appendicectomia (cod. int. 47.0x, 47.1x) per 100mila abitanti – Anni 2004-2007**

	2004	2005	2006	2007
Italia	98,5	93,6	n.d.	n.d.
P.A. Bolzano	188,2	167,9	175,3	167,0

Fonte: Archivio SDO, Ministero della Salute – Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero

Il tasso di ospedalizzazione per isterectomia in donne con età superiore a 45 anni è risultato pari a 417,1 ricoveri per 100mila abitanti ed è diminuito rispetto al valore del 2006. Nel 2005, secondo quanto indicato dal Ministero della Salute, il tasso di ospedalizzazione per isterectomia in donne altoatesine con età superiore a 45 anni, calcolato considerando solo l'intervento principale, si poneva ad un livello superiore rispetto al valore nazionale del 2005 (Italia 352,5).

Tabella 29: **Tasso di ospedalizzazione per isterectomia (cod. int. 68.3, 68.4, 68.5x, 68.6, 68.7, 68.9), femmine età>45 anni, per 100mila abitanti – Anni 2004-2007**

	2004	2005	2006	2007
Italia	373,8	352,5	n.d.	n.d.
P.A. Bolzano	467,6	492,3	443,7	417,1

Fonte: Archivio SDO, Ministero della Salute – Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero

Il tasso di ospedalizzazione per tonsillectomia, nel 2007, è stato pari a 246,7 ricoveri per 100mila abitanti. Nel 2005, secondo quanto indicato dal Ministero della Salute, tale indicatore risultava molto elevato rispetto al valore nazionale del 2005 (Italia 125,6).

La Provincia di Bolzano nel 2005 ha infatti registrato il tasso di ospedalizzazione più elevato fra le regioni italiane, seguita dal Veneto e dal Piemonte.

Relativamente agli interventi di chirurgia tonsillare, si osserva una marcata variabilità geografica, che comunque caratterizza anche il contesto europeo.

In Italia, si è registrata una significativa diminuzione del numero di interventi dal 2003 (il T.O. passa da 154,8 del 2002 al 134,8 del 2003), dovuta anche alla diffusione del documento di indirizzo PNLG, a cui si è accompagnata una maggior appropriatezza nell'utilizzo di tale procedura.

Secondo il recente aggiornamento delle linee guida sull'appropriatezza e sulla sicurezza degli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia (Marzo 2008), le variazioni geografiche sono di solito attribuite all'eterogeneità della pratica medica e della formazione degli specialisti, più che a differenze di morbosità.

Tabella 30: **Tasso di ospedalizzazione per tonsillectomia (cod. int. 28.2, 28.3, 28.6, 28.7) per 100mila abitanti – Anni 2004-2007**

	2004	2005	2006	2007
Italia	135,8	125,6	n.d.	n.d.
P.A. Bolzano	276,8	274,2	283,3	246,7

Fonte: Archivio SDO, Ministero della Salute – Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero

Relativamente alle procedure di rivascolarizzazione, quali il by-pass coronarico e l'angioplastica coronarica, si osserva una considerevole variazione fra le diverse regioni italiane. Il tasso di ospedalizzazione per by-pass coronarico, nella popolazione di età superiore a 64 anni, risulta molto basso per la Provincia di Bolzano (70,6), rispetto ai valori delle altre regioni italiane (Italia 131,4), anche nel 2005. Va specificato che tale intervento non è ero-

**TASSO DI
OSPEDALIZZAZIONE PER
ISTERECTOMIA**

**TASSO DI
OSPEDALIZZAZIONE PER
TONSILLECTOMIA**

273

**TASSO DI
OSPEDALIZZAZIONE PER
BY-PASS CORONARICO**

**TASSO DI
OSPEDALIZZAZIONE PER
ANGIOPLASTICA
CORONARICA**

gabile in Provincia ed è, pertanto, effettuabile solo in strutture presenti nel resto d'Italia o all'estero.

Relativamente all'angioplastica coronarica, si osserva che, nel 2007, nella Provincia Autonoma di Bolzano ne sono state eseguite complessivamente 551 in pazienti di età superiore a 64 anni, di cui 67 effettuate a non residenti; 13 pazienti altoatesini si sono, invece, rivolti in strutture nel resto d'Italia.

Il tasso di ospedalizzazione di residenti per angioplastica coronarica, nella popolazione di età superiore a 64 anni, risulta, quindi, nel 2007 pari a 547,4 ricoveri per 100mila abitanti; valore molto elevato considerata la media nazionale registrata nel 2005 pari a 337,8 per 100mila abitanti di età superiore a 64 anni.

Tassi di ospedalizzazione per angioplastica coronarica molto elevati, comunque inferiori a quello della Provincia, si registrano per le regioni Emilia Romagna e Lazio; valori molto bassi, invece, caratterizzano la Valle d'Aosta e il Friuli-Venezia Giulia.

Notevole variabilità nell'utilizzo delle due procedure si rileva anche fra i Paesi dell'OCSE. Il tasso medio di ospedalizzazione per angioplastica coronarica per 100mila abitanti (indipendentemente dall'età) è di 179,8; il valore dell'Italia relativo a tutta la popolazione, secondo i dati OCSE, è di 111,6 per 100mila abitanti, mentre per la Provincia di Bolzano è di 162,9 per 100mila abitanti (dato 2007).

Apprezzabili differenze si riscontrano fra i diversi paesi dell'OCSE nella composizione percentuale di queste due procedure di rivascolarizzazione; nella maggior parte dei paesi l'angioplastica coronarica costituisce dal 65% all'80% del totale delle procedure di rivascolarizzazione; l'intervento chirurgico di by-pass coronarico rimane comunque la tecnica preferita nel trattamento di ostruzioni di vaso multiple.

Tabella 31: Tasso di ospedalizzazione per angioplastica coronarica (cod. int. 36.0x), età ≥ 65 anni, per 100mila abitanti – Anni 2004-2007

	2004	2005	2006	2007
Italia	309,8	337,8	n.d.	n.d.
P.A. Bolzano	683,4	688,4	639,9	547,4

Fonte: Archivio SDO, Ministero della Salute – Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero

**TASSO DI
OSPEDALIZZAZIONE PER
SOSTITUZIONE D'ANCA**

Il tasso di ospedalizzazione per sostituzione dell'anca, nella popolazione di età superiore a 64 anni, pari a 907,1 ricoveri per 100mila abitanti nel 2007, risulta molto elevato per la Provincia di Bolzano.

Nel 2005 il valore provinciale di tale indicatore era molto superiore rispetto ai valori delle altre regioni italiane (la media nazionale nel 2005 era pari a 559,0). La Provincia Autonoma di Bolzano si colloca, quindi, per quest'ultima tipologia di intervento chirurgico, in linea con le regioni settentrionali dove si riscontrano generalmente i valori più elevati.

Tabella 32: Tasso di ospedalizzazione per sostituzione d'anca (cod. int. 81.51, 81.52, 81.53), età ≥ 65 anni, per 100mila abitanti – Anni 2004-2007

	2004	2005	2006	2007
Italia	552,6	559,0	n.d.	n.d.
P.A. Bolzano	912,8	856,6	929,1	907,1

Fonte: Archivio SDO, Ministero della Salute – Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero

I pazienti deceduti in ospedale sono stati complessivamente 1.654 (pari al 2,1 % del totale dei ricoveri ospedale) e in 1.512 casi il decesso è avvenuto entro 30 giorni dalla data del ricovero, pari al 91,4 % dei deceduti, quota che risulta costante negli ospedali pubblici.

Tabella 33: **Ricoveri ospedale con decesso del paziente, complessivamente ed entro 30 giorni dal ricovero per istituto di cura provinciale – Anno 2007**

Istituti di cura	Decessi	Decessi entro 30 giorni dal ricovero	% decessi entro 30 giorni sul totale dei decessi
Ospedale di Bolzano	931	831	89,3
Ospedale di Merano	258	239	92,6
Ospedale di Bressanone	119	116	97,5
Ospedale di Brunico	151	141	93,4
Ospedale di Silandro	63	56	88,9
Ospedale di Vipiteno	34	34	100,0
Ospedale di San Candido	35	34	97,1
Totale ospedali pubblici	1.591	1.451	91,2
Casa di Cura S. Maria	29	27	93,1
Casa di Cura Villa S. Anna	32	32	100,0
Casa di Cura Fonte S. Martino	2	2	100,0
Totale istituti privati	63	61	96,8
Totale istituti di cura	1.654	1.512	91,4

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

I ricoveri ospedale per infarto miocardico acuto sono stati complessivamente 875 ed in 119 casi (pari al 13,6%) si è verificato il decesso del paziente; per 43 pazienti il decesso è avvenuto entro due giorni dalla data di ricovero.

Tabella 34: **Decessi per infarto miocardico acuto complessivi ed entro 2 giorni dal ricovero e ricoveri ospedale per infarto per istituto di cura provinciale – Anno 2007**

Istituti di cura	Decessi complessivi per infarto	Decessi per infarto entro 2 giorni dal ricovero	Ricoveri ospedale complessivi per infarto
Ospedale di Bolzano	82	27	495
Ospedale di Merano	18	9	145
Ospedale di Bressanone	7	3	62
Ospedale di Brunico	6	3	69
Ospedale di Silandro	1	–	47
Ospedale di Vipiteno	1	–	22
Ospedale di San Candido	2	–	29
Totale ospedali pubblici	117	42	869
Casa di Cura S. Maria	1	1	5
Casa di Cura Villa S. Anna	1	–	1
Casa di Cura Fonte S. Martino	–	–	–
Totale istituti privati	2	1	6
Totale istituti di cura	119	43	875

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

I decessi per infarto miocardico acuto rappresentano il 7,2% dei decessi in ospedale. Nei Paesi dell'OCSE le percentuali di decessi per infarto miocardico acuto entro 30 giorni dall'ammissione in ospedale erano nel 2004 attorno al 10%.

DECESSI IN OSPEDALE

INFARTO MIOCARDICO ACUTO

COLECISTECTOMIA

I ricoveri ospedale per colecistectomia¹⁰ sono stati complessivamente 698, ed in 585 casi (pari al 83,8%) è stata effettuata una colecistectomia per via laparoscopica.

Tabella 35: **Quota di colecistectomie per via laparoscopica sul totale colecistectomie per istituto di cura provinciale – Anno 2007**

Istituti di cura	Colecistectomie per via laparoscopica	Totale colecistectomie	% colecistectomie per via laparoscopica sul totale
Ospedale di Bolzano	219	278	78,8
Ospedale di Merano	91	107	85,0
Ospedale di Bressanone	93	106	87,7
Ospedale di Brunico	61	73	83,6
Ospedale di Silandro	34	39	87,2
Ospedale di Vipiteno	34	35	97,1
Ospedale di San Candido	30	36	83,3
Totale ospedali pubblici	562	674	83,4
Casa di Cura S. Maria	21	22	95,5
Casa di Cura Villa S. Anna	2	2	100,0
Casa di Cura Fonte S. Martino	–	–	–
Totale istituti privati	23	24	95,8
Totale istituti di cura	585	698	83,8

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

DRGS A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA

Su indicazione ministeriale (d.P.C.M. 29/11/01) l'eventuale inappropriata organizzazione 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 "giustificate" in relazione alla particolare gravità delle condizioni cliniche e al livello di autosufficienza o a fattori sociali, quali condizioni familiari e supporto di caregivers, nonché 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, successivamente aggiornata con la deliberazione della G.P. n. 4053 del 06/11/2007, 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 inappropriata secondo l'Allegato 2C del d.P.C.M. n. 26 del 29/11/2001.

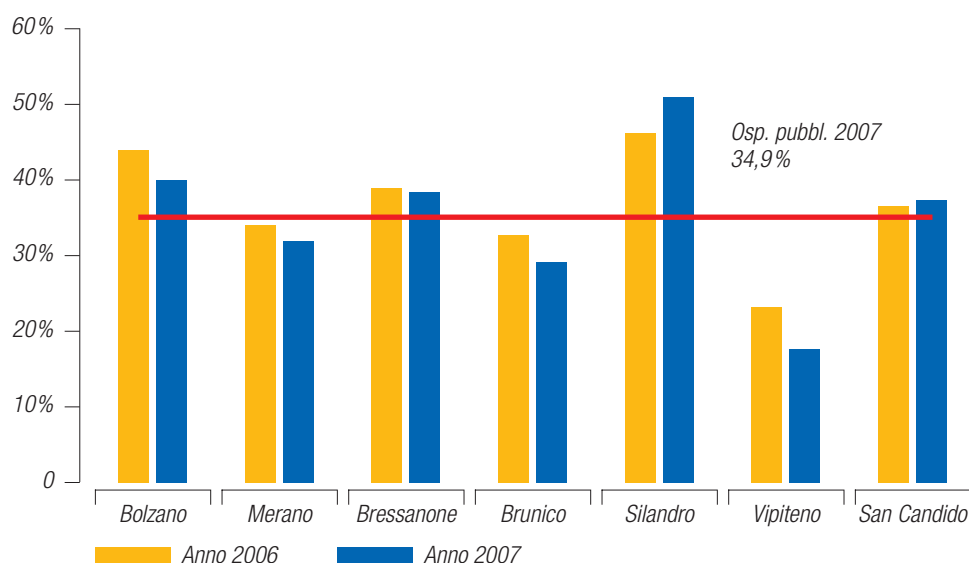
I dati riportati di seguito costituiscono, quindi, il risultato dell'analisi sulle "aree a rischio di inappropriata" con selezione della casistica secondo i criteri del d.P.C.M. 29/11/01 e hanno lo scopo di segnalare le zone di maggiore criticità in relazione alle soglie provinciali e anche alla situazione nel resto d'Italia. Tale analisi ha l'obiettivo di promuovere localmente la valutazione della performance in termini di appropriatezza utile a contenere il

10 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

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 2007, i ricoveri di residenti in regime ordinario e in day hospital appartenenti ai 43 DRGs considerati "aree a rischio" sono stati 16.900 e rappresentano il 16,1% dei ricoveri totali. Di questi il 65,1% è stato trattato in regime diurno.

Figura 15: **Percentuale di ricoveri di residenti in regime ordinario attribuiti a DRGs a "rischio di inappropriatezza" negli ospedali pubblici – Anni 2006-2007**



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

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 (51,0%) e per l'Ospedale di Bolzano (40,0%), mentre il valore più basso è stato riscontrato per l'Ospedale di Vipiteno (17,6%). 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".

Il tasso di ospedalizzazione calcolato relativamente ai ricoveri negli ospedali pubblici rispetto ai 43 DRGs "a rischio" è stato nel complesso nel 2007 pari a 345,4 in linea con il valore del 2006 (336,8).

A livello provinciale, negli ospedali pubblici, il valore della percentuale dei ricoveri ordinari oltre le soglie di ammissibilità è risultata pari nel 2007 a 11,2%; in modo particolare si osserva che gli ospedali di Silandro, Merano e Bressanone hanno registrato un valore superiore alla media degli ospedali pubblici.

**DRGS A RISCHIO DI
INAPPROPRIATEZZA PER
SINGOLO ISTITUTO
DI CURA**
**DRGS ATIPICI
E ANOMALI**

Tabella 36: Ricoveri di residenti relativi a DRGs a “rischio di inappropriatezza” negli ospedali pubblici – Anno 2007

Istituto di cura	Regime ordinario	Regime diurno	% ricoveri ordinari	% ricoveri oltre soglia sul totale ordinari	var. della % ricoveri oltre soglia rispetto 2006
Ospedale di Bolzano	2.326	3.491	40,0	6,3	-1,6
Ospedale di Merano	1.083	2.304	32,0	18,6	1,4
Ospedale di Bressanone	793	1.271	38,4	14,9	-2,9
Ospedale di Brunico	923	2.241	29,2	10,8	-1,9
Ospedale di Silandro	380	365	51,0	18,7	-0,1
Ospedale di Vipiteno	224	1.047	17,6	3,6	-2,5
Ospedale di San Candido	169	283	37,4	11,2	4,8
Totale ospedali pubblici	5.898	11.002	34,9	11,2	-0,9

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

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 seguente pubblicazione.

Si presenta, infine, un altro indicatore calcolabile dai dati contenuti nella SDO, costituito dalla quota parte dei DRGs atipici e anomali sul totale dei ricoveri che, sebbene fornisca indicazioni più sulla qualità delle informazioni che sulla qualità delle prestazioni, rappresenta comunque un indicatore che deve essere monitorato.

Tabella 37: DRGs atipici e anomali (regime ordinario e diurno) per istituto di cura provinciale – Anno 2007

Istituti di cura	DRGs ATIPICI (DRGs 468, 476, 477)		DRGs ANOMALI (DRGs 469, 470)	
	ricoveri	% ricoveri	ricoveri	% ricoveri
Ospedale di Bolzano	21	0,05	–	–
Ospedale di Merano	58	0,32	3	0,02
Ospedale di Bressanone	43	0,33	–	–
Ospedale di Brunico	10	0,07	–	–
Ospedale di Silandro	1	0,02	–	–
Ospedale di Vipiteno	9	0,18	–	–
Ospedale di San Candido	8	0,22	2	0,06
Totale ospedali pubblici	150	0,15	5	0,01
Casa di Cura S. Maria	–	–	–	–
Casa di Cura Villa S. Anna	1	0,06	–	–
Casa di Cura Fonte S. Martino	–	–	–	–
Totale istituti privati	1	0,02	–	–
Totale istituti di cura	151	0,14	5	0,00

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

Dei DRGs atipici fanno parte il DRG 468 “Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale”, il DRG 476 “Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale” e il DRG 477 “Intervento chirurgico non esteso, non correlato con la diagnosi principale”, degli anomali, invece, il DRG 469 “Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione” e il DRG 470 “Non attribuibile ad altro DRG”.

I ricoveri classificati in DRGs atipici e DRGs anomali sono pari complessivamente a circa 0,15% (156 casi) dei ricoveri ordinari e diurni negli istituti di cura provinciali, valore più basso rispetto a quello nazionale del 2005 (Italia 0,28).

Quote relativamente più elevate, comunque contenute nei valori assoluti, di DRGs atipici e anomali rispetto al totale dei ricoveri ordinari e diurni si registrano nell'Ospedale di Bressanone e nell'Ospedale di Merano.

Una dimensione importante nella valutazione dell'appropriatezza organizzativa è rappresentata dall'accessibilità delle prestazioni sanitarie secondo criteri di equità, fruibilità e trasparenza delle prestazioni sanitarie, aspetto migliorabile anche attraverso una riduzione dei tempi d'attesa.

Assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse significa, infatti, ottimizzare l'uso dell'ospedale per il soddisfacimento di specifici bisogni di salute in relazione alle priorità del problema di salute del cittadino.

Rappresentando una delle maggiori criticità del sistema sanitario, in questi ultimi anni è stata sviluppata una consistente normativa in tema di liste d'attesa, anche in risposta alla forte percezione del problema da parte del cittadino.

A livello provinciale, la deliberazione della G.P. n. 2360 del 09/07/2007 rappresenta il recepimento degli indirizzi definiti a livello nazionale. Relativamente ai ricoveri programmati, vengono stabiliti i tempi massimi di attesa per il 90% dei cittadini residenti/iscritti al SSP che richiedono la prestazione per 12 tipologie di ricovero in regime ordinario e 9 in regime diurno. Vengono, inoltre, definiti degli obiettivi programmatori relativamente ad alcune prestazioni di ricovero per i cittadini residenti/iscritti al SSP quali: intervento di cataratta, intervento di protesi d'anca e la coronarografia.

Dalle prime analisi di monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri è emerso che possono essere attivate strategie migliorative soprattutto relativamente all'intervento per la legatura e lo stripping di vene.

3.2.4. 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 2007.

3.2.4.1. Ricoveri per acuti in strutture nazionali

Nell'anno 2007 i ricoveri acuti, in regime ordinario e diurno, effettuati da altoatesini in strutture nazionali extraprovinciali sono stati 4.277, in diminuzione rispetto all'anno precedente (4.348 ricoveri); 74 ricoveri sono relativi ai neonati sani (DRG 391). In particolare, i ricoveri in regime ordinario sono stati 3.158 (6,5 ogni 1.000 abitanti), per un consumo complessivo di 20.905 giornate di degenza e una degenza media pari a 6,6 giorni. I ricoveri in regime diurno sono stati 1.119, per un numero di accessi pari a 2.321.

TEMPI DI ATTESA

PER I RICOVERI

**RICOVERI IN STRUTTURE
NAZIONALI**

Tabella 38: **Ricoveri acuti, giornate di degenza, degenza media, tariffa media (Euro) e importo totale (Euro) per regime di ricovero nelle strutture nazionali extraprovinciali – Anno 2007**

Regime di ricovero	Ricoveri	Giornate di degenza/ Accessi	Degenza/ Accessi medi	Tariffa media (Euro)	Importo totale (Euro)
Regime ordinario	3.158	20.905	6,6	4.603,74	14.538.610,92
Regime diurno	1.119	2.321	2,1	1.486,52	1.663.414,16
Totale ricoveri strutture nazionali	4.277			3.788,18	16.202.025,08

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

SPESA PER I RICOVERI NEL RESTO D'ITALIA

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. Nel 2007, l'importo complessivo per ricoveri, in regime ordinario e diurno, in altre regioni italiane è stato pari a 16,2 milioni di Euro.

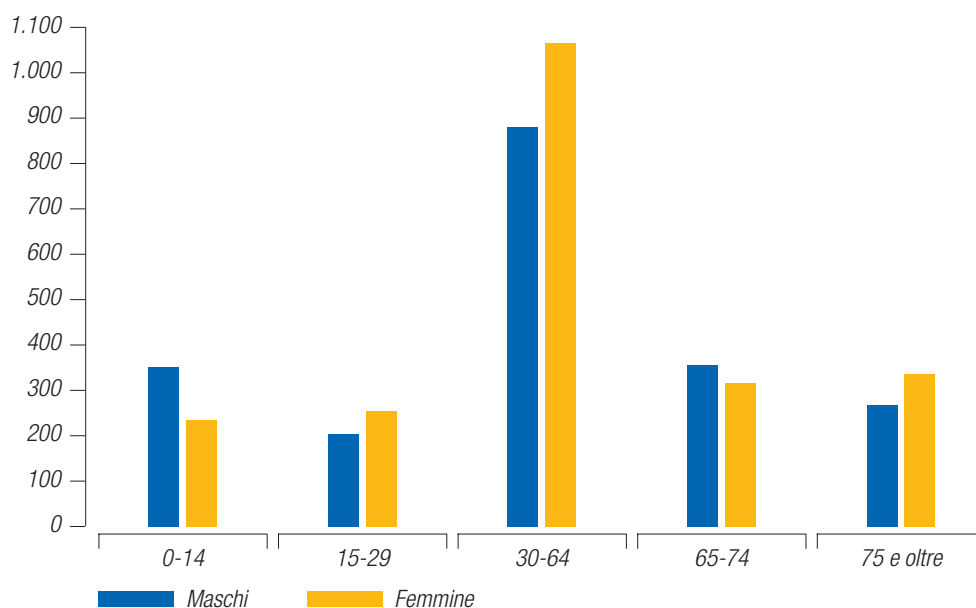
Il 51,8% dei ricoveri per acuti in strutture nazionali extraprovinciali è stato effettuato dalla popolazione femminile. La classe d'età 0-14 anni presenta un ricorso alle strutture nazionali presenti nel resto d'Italia più elevato da parte della popolazione maschile (60,0%).

Il Veneto (34,9%) e la Provincia Autonoma di Trento (26,1%) sono le destinazioni più frequenti. Rispetto all'anno 2006, c'è stata una lieve diminuzione dei ricoveri sia in regime ordinario (–26 ricoveri) che in regime diurno (–45 ricoveri).

Il motivo principale per il quale i residenti della Provincia Autonoma di Bolzano si rivolgono presso le strutture presenti nel resto d'Italia per i ricoveri ordinari è rappresentato da “Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo” (23,1%) e da “Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio” (16,4%).

In particolare si osserva che il 3,3% dei pazienti viene dimesso con DRG 209 “Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori”, il 3,0% con il DRG 105 “Interventi sulle valvole cardiache” e il 2,8% con il DRG 503 “Interventi su ginocchio senza diagnosi principale di infezione”.

Figura 16: Ricoveri per acuti in istituti di cura nel resto d'Italia per sesso e classe d'età – Anno 2007



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

Tabella 39: Ricoveri in regime ordinario e diurno di residenti in Provincia di Bolzano e ricoveri ordinari brevi effettuati in istituti di cura presenti nel resto d'Italia per regione di ricovero – Anno 2007

Regioni di ricovero	Regime ordinario	Regime diurno	Totale			Ricoveri brevi (2/3 giorni)	
			ricoveri	variazione rispetto 2006	%	Domicilio	Altra dimissione
Veneto	1.242	249	1.491	-16	34,86	391	12
Trento	648	468	1.116	-51	26,09	231	20
Lombardia	395	122	517	-31	12,09	142	1
Emilia Romagna	354	99	453	-11	10,59	129	6
Friuli-Venezia Giulia	75	35	110	43	2,57	20	1
Toscana	67	33	100	9	2,34	23	1
Lazio	72	12	84	-39	1,96	25	3
Campania	47	14	61	-11	1,43	13	3
Puglia	51	8	59	-1	1,38	19	-
Piemonte	31	17	48	9	1,12	13	-
Sicilia	27	16	43	7	1,01	16	-
Calabria	29	8	37	-1	0,87	-	-
Marche	34	2	36	14	0,84	8	1
Sardegna	30	4	34	11	0,79	5	2
Liguria	14	13	27	-11	0,63	4	-
Umbria	13	8	21	9	0,49	7	-
Abruzzo	21	-	21	-1	0,49	5	2
Ospedale Bambin Gesù	3	9	12	-	0,28	3	-
Molise	3	-	3	-1	0,07	1	-
Basilicata	1	2	3	1	0,07	9	1
Valle d'Aosta	1	-	1	-	0,02	-	-
Totale	3.158	1.119	4.277	-71	100,00	1.064	53

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

Tabella 40: **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 2007**

MDC	Descrizione MDC	N. ricoveri	% ricoveri	Importo (Euro)
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	730	23,1	2.973.134,60
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	518	16,4	4.713.123,73
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	210	6,6	883.589,23
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	179	5,7	536.124,33
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	172	5,4	711.250,46
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	168	5,3	758.740,92
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	148	4,7	432.421,62
14	Gravidanza, parto e puerperio	135	4,3	224.872,63
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	106	3,4	309.928,51
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	95	3,0	111.439,97
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	93	2,9	221.130,55
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	87	2,8	403.817,31
19	Malattie e disturbi mentali	85	2,7	208.956,76
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	82	2,6	237.440,79
2	Malattie e disturbi dell'occhio	78	2,5	161.917,31
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	70	2,2	328.091,67
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	48	1,5	194.347,96
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	45	1,4	137.401,50
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai Servizi sanitari	22	0,7	26.219,90
18	Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	19	0,6	52.035,88
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	16	0,5	61.490,67
20	Abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	9	0,3	19.113,34
25	Infezioni da H.I.V.	7	0,2	27.865,44
22	Ustioni	6	0,2	21.272,49
24	Traumatismi multipli rilevanti	5	0,2	67.886,05
–	Altri DRGs	25	0,8	714.997,30
Totale ricoveri ordinari		3.158	100,0	14.538.610,92

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

RICOVERI BREVI NEL RESTO D'ITALIA

In 1.117 ricoveri ordinari di altoatesini fuori Provincia, effettuati nel 2007, la durata della degenza è risultata di 2 o 3 giorni (ad esclusione dei ricoveri nel reparto di Psichiatria), pari al 35,4% dei ricoveri ordinari per acuti effettuati in strutture nazionali fuori Provincia. I ricoveri brevi con modalità di dimissione a domicilio del paziente sono stati 1.064, quelli con un'altra modalità di dimissione 53.

Tra i ricoveri ordinari effettuati in istituti di cura del Veneto, il 31,5% sono ricoveri ordinari brevi con dimissione a domicilio, mentre per la Provincia Autonoma di Trento, i ricoveri ordinari brevi con dimissione a domicilio rappresentano il 35,6%.

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 467, in aumento rispetto al 2006. Il DRG più frequente è rappresentato dal DRG 410 "Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta" con 40 ricoveri, seguito dal DRG 373 "Parto vaginale senza diagnosi complicanti" che raccoglie 37 ricoveri.

Nel 2007, 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 1.085.765,56 Euro.

3.2.4.2. Ricoveri per acuti 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:

- 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, richiedono 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;
- Istituti di cura regionali di Salisburgo, per trattamenti di forme morbose renali, per interventi cardiocirurgici e per interventi di palatoschisi;
- "Landeskrankenhaus Natters", per cure tisiopneumologiche;
- "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/completeness della banca dati provinciale.

Nel corso dell'anno 2007, i ricoveri di pazienti altoatesini presso strutture convenzionate in Austria sono stati complessivamente 2.334, in lieve diminuzione rispetto al 2006, con un consumo di 18.808 giornate di degenza.

Tabella 41: **Ricoveri per acuti, giornate di degenza, degenza media, numero medio di accessi, importo totale (Euro) e tariffa media (Euro) in strutture austriache – Anno 2007**

Strutture austriache	Ricoveri	Pazienti	Giornate di degenza/ Accessi	Degenza/ Accessi medi	Importo totale (Euro)	Tariffa media (Euro)
Regime ordinario						
Universitätsklinik Innsbruck	2.178	1.343	18.092	8,3	13.576.302,13	6.233,38
Landeskrankenhaus Natters	52	30	345	6,6	164.827,70	3.169,76
Landeskrankenhaus Salzburg	11	11	90	8,2	56.160,00	5.105,45
Totale ricoveri ordinari	2.241	1.384	18.527	8,3	13.797.289,83	6.156,76
Cicli di ricoveri di 1 giorno						
Universitätsklinik Innsbruck	89	87	271	3,0	179.564,70	2.017,58
Landeskrankenhaus Natters	4	4	10	2,5	3.571,05	892,76
Totale cicli di ricovero	93	91	281	3,0	183.135,75	1.969,20
Totale ricoveri in strutture austriache	2.334	1.475	18.808		13.980.425,58	5.989,90

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio ricoveri in Austria

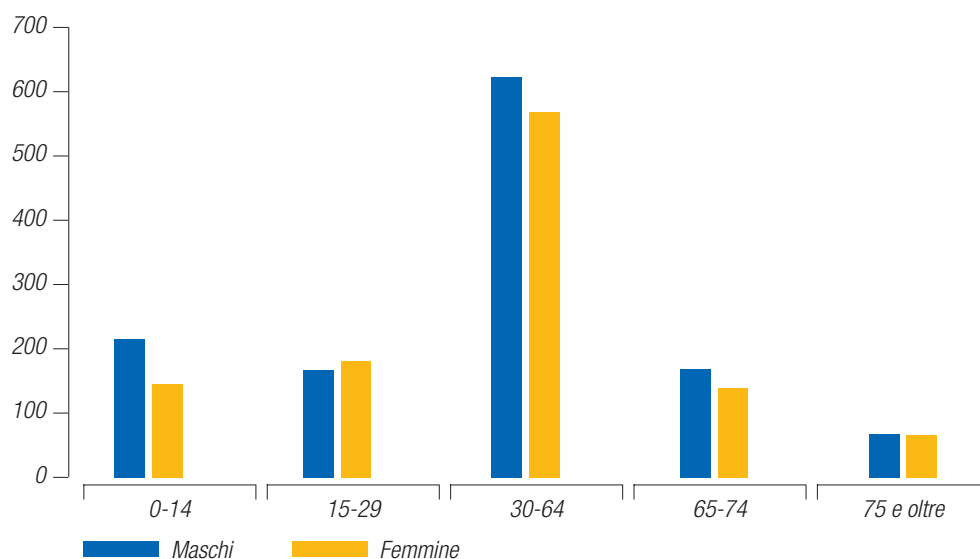
Distinguendo per tipologia di ricovero, i ricoveri in regime ordinario di altoatesini in strutture austriache sono stati 2.241, con un consumo complessivo di giornate di degenza pari a 18.527, per una degenza media di 8,3 giorni e un importo medio di 6.156,76 Euro. I cicli di ricovero di 1 giorno, invece, sono stati 93, in lieve aumento rispetto al 2006; il consumo complessivo di giornate è stato di 281 giorni, con un numero medio di accessi di 3,0 giorni e un importo medio di 1.969,20 Euro.

RICOVERI IN AUSTRIA

**CATEGORIE DI DIAGNOSI
PIÙ FREQUENTI**

Il 50% dei ricoveri è relativo a pazienti nella classe d'età 30-64 anni, sia nel complesso che distintamente per sesso.

Figura 17: **Ricoveri per acuti in strutture austriache per sesso e classe d'età – Anno 2007**



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio ricoveri in Austria

Tra le categorie di diagnosi di dimissione più frequenti si trovano i “Tumori maligni di altre e non specificate sedi” con il 9,5% dei ricoveri e con il 6,8% i “Tumori maligni degli organi genitourinari”.

Tabella 42: **Categorie di diagnosi principale di dimissione più frequenti per pazienti altoatesini ricoverati in strutture austriache per acuti – Anno 2007**

ICD9CM	Descrizione categorie di diagnosi più frequenti	N. ricoveri	% cumulata
190-199	Tumori maligni di altre e non specificate sedi	221	9,5
179-189	Tumori maligni degli organi genitourinari	157	16,3
200-208	Tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico	142	22,5
150-159	Tumori maligni dell'apparato digerente e del peritoneo	123	27,8
300-316	Disturbi nevrotici e della personalità e altri disturbi psichici non psicotici	100	32,1
170-176	Tumori maligni delle ossa, del tessuto connettivo, della cute e della mammella	96	36,2
720-724	Dorsopatie	95	40,3
420-429	Altre malattie del cuore	94	44,4
520-529	Malattie della cavità orale, delle ghiandole salivari e delle mascelle	72	47,5
740-759	Malformazioni congenite	68	50,4
360-379	Malattie dell'occhio e degli annessi	59	53,0
210-229	Tumori benigni	51	55,2
996-999	Complicazioni di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove	48	57,3
580-589	Nefrite, sindrome nefrosica, e nefrosi	46	59,2
440-448	Malattie delle arterie, arteriole e capillari	45	61,2
730-739	Osteopatie, condropatie e deformità acquisite del sistema muscoloscheletrico	45	63,1
880-887	Ferite dell'arto superiore	44	65,0
710-719	Artropatie e disturbi correlati	43	66,9
570-579	Altre malattie dell'apparato digerente	42	68,7
270-279	Altri disturbi metabolici ed immunitari	40	70,4
Totale ricoveri ordinari		2.316	

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio ricoveri in Austria

La Clinica universitaria di Innsbruck, nel 2007, ha accolto il 97,0% dei ricoveri di altoatesini in strutture convenzionate austriache, e le unità operative più frequentate sono state quelle di Pediatria, Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia plastica, Chirurgia e Neurochirurgia.

**CLINICA UNIVERSITARIA
DI INNSBRUCK**

Tabella 43: **Ricoveri per unità operativa nella Clinica universitaria di Innsbruck – Anno 2007**

Unità operativa di ricovero	Numero di ricoveri	% ricoveri	Giornate di degenza	% giornate
Anestesia e rianimazione	18	0,79	449	2,45
Cardiochirurgia	105	4,63	996	5,42
Cardiologia	41	1,81	156	0,85
Chirurgia	172	7,59	2.009	10,94
Chirurgia pediatrica	15	0,66	187	1,02
Chirurgia plastica	180	7,94	1.516	8,26
Chirurgia vascolare	24	1,06	275	1,50
Dermatologia	49	2,16	464	2,53
Ematologia	47	2,07	345	1,88
Gastroenterologia	73	3,22	403	2,19
Medicina generale	75	3,31	507	2,76
Medicina nucleare	142	6,26	699	3,81
Nefrologia	21	0,93	234	1,27
Neurochirurgia	138	6,09	1.405	7,65
Neurologia	96	4,23	837	4,56
Neuropsichiatria infantile	21	0,93	331	1,80
Nido	2	0,09	161	0,88
Oculistica	55	2,43	223	1,21
Odontoiatria e Stomatologia	108	4,76	736	4,01
Ortopedia e Traumatologia	206	9,09	1.650	8,99
Ostetricia e Ginecologia	121	5,34	840	4,57
Otorinolaringoiatria	37	1,63	234	1,27
Pediatria	251	11,07	1.446	7,87
Pneumologia	1	0,04	13	0,07
Psichiatria	81	3,57	946	5,15
Radioterapia	61	2,69	540	2,94
Radioterapia oncologica	1	0,04	3	0,02
Riabilitazione funzionale	1	0,04	1	0,01
Terapia intensiva	14	0,62	186	1,01
Terapia intensiva neonatale	5	0,22	31	0,17
Urologia	78	3,44	413	2,25
Urologia pediatrica	28	1,24	127	0,69
Totale ricoveri ordinari	2.267	100,00	18.363	100,00

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio ricoveri in Austria

3.2.4.3. Mobilità ospedaliera complessiva

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. Le aree esterne all'Azienda Sanitaria della Provincia 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 ospedaliera internazionale, nella presente pubblicazione vengono considerati i dati relativi all'anno 2004, aggiornati al 06/07/2007, in quanto alla data odierna non sono disponibili dati relativi ad anni più recenti; tuttavia, visto che negli ultimi anni il trend della mobilità internazionale è rimasto pressoché costante, si suppone che i dati esaminati possano riflettere la situazione dell'anno 2007.

**MOBILITÀ OSPEDALIERA
COMPLESSIVA**

**MOBILITÀ PROVINCIALE
PER SINGOLO ISTITUTO
DI CURA**

Di seguito vengono presentati i dati relativi alla mobilità complessiva; analisi dettagliate sulla mobilità provinciale sono riportate nel CD allegato alla presente pubblicazione.

Tabella 44: **Mobilità attiva e passiva in regime ordinario negli istituti di cura provinciali e fuori Provincia – Anno 2007**

Azienda sanitaria di ricovero	Totale residenti	%	Extraprov.	Totale
PA Bolzano	68.234	91,7	9.127	77.361
Resto Italia	3.155	4,2		3.155
Austria	2.241	3,0		2.241
Altre Nazioni (anno 2004)	754	1,0		754
Totale ricoveri di residenti	74.384	100,0	9.127	83.511
%	89,1		10,9	100,0

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

Le strutture provinciali hanno prodotto nel corso dell'anno 77.361 ricoveri in regime ordinario. I residenti hanno consumato nello stesso periodo complessivamente 74.384 ricoveri in regime ordinario, 68.234 in strutture provinciali, 3.155 in quelle del resto d'Italia, 2.241 in quelle austriache e 754 in istituti di cura presenti in altre nazioni (dato riferito all'anno 2004).

I ricoveri in regime ordinario dei residenti in Provincia sono stati effettuati nel 91,7% dei casi in strutture provinciali. I ricoveri ordinari effettuati da parte di residenti in strutture presenti in altre nazioni, invece, coprono una percentuale piuttosto ridotta (1,0%) dei ricoveri totali effettuati da residenti in Provincia.

Nel 2007 nella Provincia Autonoma di Bolzano sono stati prodotti anche 27.372 ricoveri in regime diurno. Il 91,9% di tali ricoveri si riferisce a residenti nella Provincia, mentre l'8,1% è stato effettuato per residenti fuori Provincia.

Tabella 45: **Mobilità attiva e passiva in regime diurno negli istituti di cura provinciali e fuori Provincia – Anno 2007**

Azienda sanitaria di ricovero	Totale residenti	%	Extraprov.	Totale
PA Bolzano	25.063	95,4	2.309	27.372
Resto Italia	1.119	4,3		1.119
Austria	93	0,4		93
Altre Nazioni (anno 2004)	–	0,0		–
Totale ricoveri di residenti	26.275	100,0	2.309	28.584
%	91,9		8,1	100,0

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

I ricoveri in regime diurno dei residenti in Provincia sono stati effettuati nel 95,4% dei casi in strutture provinciali. I cicli di ricovero diurno effettuati in strutture austriache coprono una percentuale piuttosto ridotta (0,4%) dei ricoveri totali effettuati da altoatesini.

Riepilogando, nel 2007, le strutture ubicate sul territorio provinciale hanno prodotto 104.733 ricoveri per acuti, in regime ordinario e diurno, di cui 11.436 per residenti fuori Provincia.

L'indice di attrazione per i ricoveri per acuti in regime ordinario e diurno, è stato pari a 10,8% per la mobilità attiva extraprovinciale.

Dei 100.659 ricoveri per acuti, in regime ordinario e diurno, di residenti in Provincia, 7.362 sono stati effettuati in strutture ospedaliere fuori Provincia.

L'indice di fuga per i ricoveri per acuti, in regime ordinario e diurno, è stato pari a 7,3% per la mobilità passiva extraprovinciale (di cui 4,2% verso il resto d'Italia, 2,3% verso l'Austria e 0,7% verso altre nazioni);

**MOBILITÀ ATTIVA
IN ALTO ADIGE – REGIME
ORDINARIO E DIURNO**
**MOBILITÀ PASSIVA IN
ALTO ADIGE – REGIME
ORDINARIO E DIURNO**

Tabella 46: **Riepilogo degli indicatori assoluti e percentuali di mobilità attiva e passiva e rapporto percentuale tra produzione e consumo di ricoveri in regime ordinario e diurno – Anno 2007**

Mobilità attiva	Valori assoluti	Valori percentuali
Da fuori Provincia	11.331	10,8
Totale ricoveri prodotti	104.733	
Mobilità passiva	Valori assoluti	Valori percentuali
Verso resto Italia	4.274	4,2
Verso Austria	2.334	2,3
Verso altre nazioni (anno 2004)	754	0,7
Totale	7.362	7,3
Totale ricoveri consumati	100.659	
Ricoveri prodotti su ricoveri consumati (x 100)	104,0	

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

Il saldo della mobilità attiva e passiva, cioè la differenza tra quantità di ricoveri, in regime ordinario e diurno, prodotti sul territorio della Provincia e numero di ricoveri effettuati da residenti fuori Provincia, consente di rappresentare il rapporto esistente tra produzione e consumo di ricoveri a livello della Provincia.

Con riferimento alla Provincia in complesso, nel 2007 il saldo della mobilità extraprovinciale è stato positivo in quanto i ricoveri prodotti (104.733) hanno superato di 4.074 unità quelli complessivamente consumati dai residenti in Provincia (100.659).

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. Nel prospetto riportato di seguito vengono presentati i valori assunti relativamente al 2007.

Tabella 47: **Indici di attrazione di non residenti in Provincia e di fuga verso strutture extraprovinciali (Italia e Austria) per particolari patologie – Anno 2007**

	Mobilità attiva (su produzione)		Mobilità passiva (su consumo ricoveri di residenti)	
	%	ass	%	ass
Neoplasia della mammella	11,1	5	3,2	14
Neoplasia di utero, ovaio e annessi uterini	–	–	3,2	5
Interventi per sostituzione d'anca	9,4	12	8,5	72
Interventi per cataratta (DRG 39)	–	–	6,1	231

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

3.2.5. L'ospedalizzazione dei residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano

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.

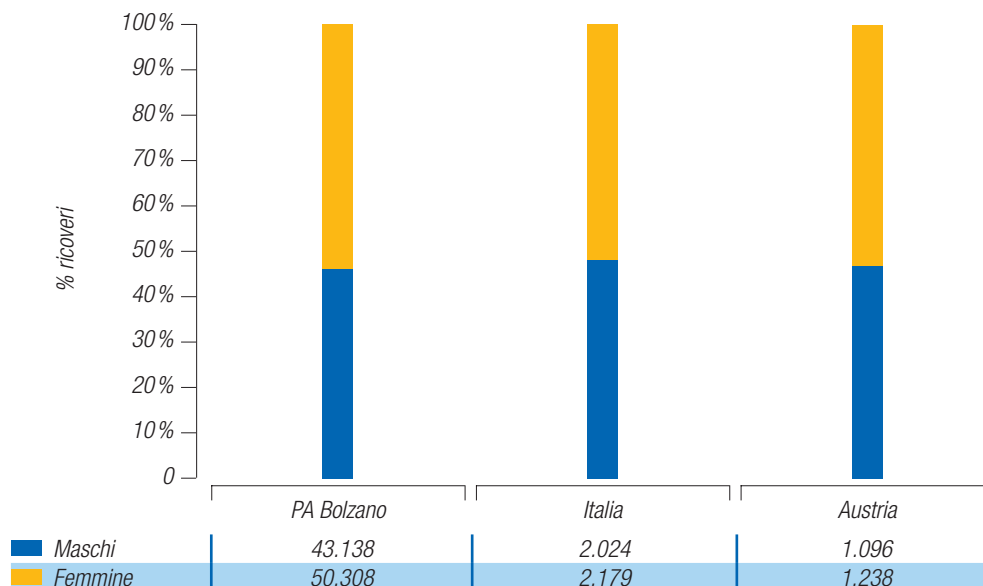
SALDO DELLA MOBILITÀ

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE DEI RESIDENTI

**RICOVERI DI
RESIDENTI PER ETÀ**

Il 39,0% dei ricoveri in regime ordinario e diurno di residenti è di pazienti di età compresa tra 30 e 64 anni; tale andamento si presenta omogeneo nelle strutture provinciali ed extraprovinciali.

Figura 18: **Ricoveri in regime ordinario e diurno di residenti ricoverati nelle strutture provinciali ed extraprovinciali* per sesso – Anno 2007**



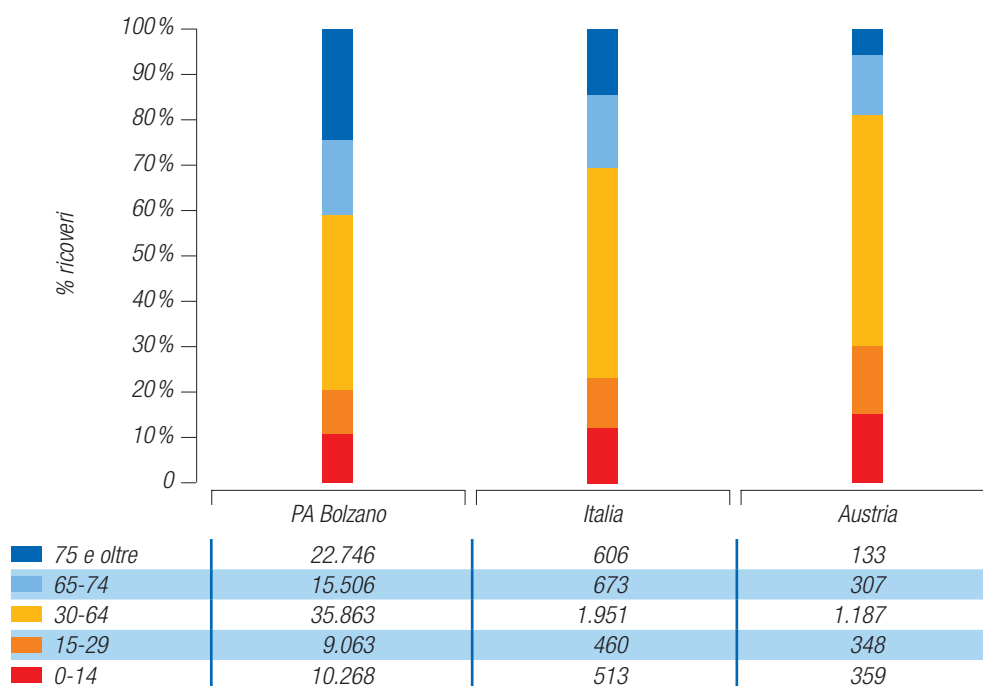
* Esclusa mobilità internazionale

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

**RICOVERI DI RESIDENTI
PER SESSO**

Il 53,7% dei ricoveri in regime ordinario e diurno di residenti è di pazienti di sesso femminile.

Figura 19: **Ricoveri in regime ordinario e diurno di residenti ricoverati nelle strutture provinciali ed extraprovinciali* per classe d'età – Anno 2007**



* Esclusa mobilità internazionale

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

Nel 2007 gli altoatesini hanno effettuato 100.659 ricoveri, di cui 74.384 in regime ordinario e 26.275 in regime diurno, pari a 205,6 ricoveri per 1.000 abitanti residenti: 151,9 per i ricoveri in regime ordinario e 53,7 per il diurno. Dei 100.659 ricoveri di altoatesini, 93.297 sono stati effettuati in strutture ospedaliere pubbliche e private ubicate in Provincia (92,6%), di cui 68.234 in regime ordinario e 25.063 in regime diurno.

Nel 2007 il tasso di ospedalizzazione è pari a 205,6 e rimane in linea con i valori dell'ultimo triennio, rimanendo al di sopra di circa 25 punti 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).

Negli ultimi cinque anni il tasso di ospedalizzazione complessivo ha subito una diminuzione di 5,8 punti, evidenziando, inoltre, un passaggio di ricoveri dal regime ordinario al regime diurno.

Tabella 48: **Tasso di ospedalizzazione di residenti per 1.000 abitanti in regime ordinario e diurno (inclusa mobilità internazionale) – Anni 2003-2007**

	2003	2004	2005	2006	2007
Regime ordinario	170,7	161,9	155,6	152,3	151,9
Regime diurno	40,8	47,4	51,0	51,7	53,7
Totale	211,5	209,3	206,6	204,0	205,6

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

Il tasso di ospedalizzazione in Italia nel 2005 è per il regime ordinario di 137,8 e per il regime diurno di 66,3, per un totale di 204,1 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: 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 regime diurno per prestazioni ambulatoriali, se non motivato da particolari condizioni di salute del paziente.

Secondo i dati pubblicati dall'OCSE, il tasso di ospedalizzazione dell'Italia è leggermente al di sotto di quello medio dei Paesi dell'OCSE, anche se le differenze sostanziali nella definizione di "dimessi" (inclusione o esclusione dei ricoveri di 1 giorno, strutture pubbliche o private) rende difficile l'analisi e il confronto fra i diversi paesi.

Il tasso di ospedalizzazione della Provincia di Bolzano standardizzato per età, rispetto alla popolazione nazionale del 2005, risulta pari a 209,9 per 1.000 abitanti: anche nel 2007, 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.

Il ricorso all'ospedalizzazione è più elevato per i bambini di età inferiore ad un anno e per la popolazione anziana di 65 anni e più, in modo particolare per la popolazione maschile di età superiore ai 74 anni.

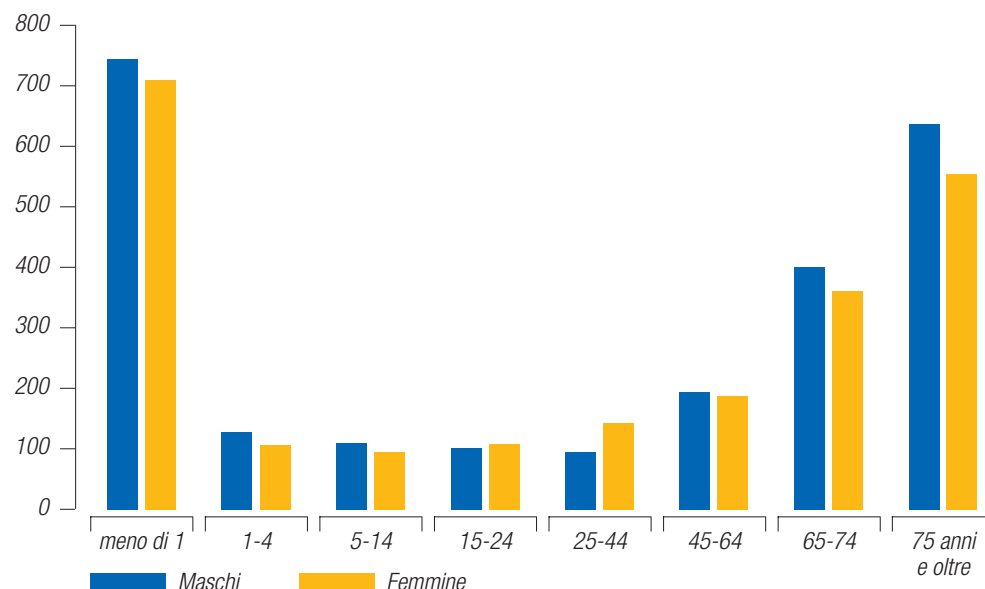
Confrontando i tassi di ospedalizzazione specifici per età della Provincia di Bolzano del 2007 con quelli nazionali del 2005 (ultimo aggiornamento disponibile), si confermano valori elevati di tale indicatore per i bambini di età inferiore ad un anno. Si osserva, inoltre, una ospedalizzazione inferiore per le donne altoatesine di età 25-44 anni, rispetto alla

**TASSO DI
OSPEDALIZZAZIONE
DEI RESIDENTI**

**TASSO DI OSPEDA-
LIZZAZIONE PER SESSO
E PER ETÀ**

media nazionale (PAB 142,7; Italia 198,1). Si evidenzia, invece, un ricorso al ricovero maggiore per la popolazione anziana, in particolare per le donne con più di 75 anni (PAB 552,5; Italia 390,8).

Figura 20: **Tasso di ospedalizzazione di residenti* per 1.000 abitanti per sesso e classe d'età – Anno 2007**



* Esclusa mobilità internazionale

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

3.2.6. Valutazioni conclusive sul sistema dei ricoveri ospedalieri per acuti

3.2.6.1. Motivazioni e criteri valutativi

PERCHÈ VALUTARE

A conclusione della parte sull'assistenza ospedaliera per acuti 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 2007 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.

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 dei quattro comprensori sanitari);
- 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.

3.2.6.2. Efficienza e qualità della produzione ospedaliera dei ricoveri

Complessivamente nel 2007 erano presenti nella Provincia Autonoma di Bolzano 2.387 posti letto per acuti e post-acuti: 1.849 sono stati destinati al regime ordinario per acuti (comprese 84 culle), 192 posti letto al regime diurno e 346 letti alla riabilitazione e lungodegenza post-acuzie (di cui 10 posti letto in regime diurno). Gli istituti di cura provinciali, pubblici e privati accreditati e non, avevano a disposizione 2.303 posti letto (escluse le 84 culle del nido), pari a 4,71 per 1.000 abitanti, di cui 4,00 per acuti e 0,71 per post-acuti. Considerando solo i posti letto pubblici e privati accreditati (2.171 posti letto), il valore scende a 4,44 posti letto per 1.000 abitanti, di cui 3,76 per acuti e 0,68 per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie. Nel 1996 i posti letto erano 2.827 (6,2 per 1.000 abitanti), nell'ultimo decennio, quindi, i posti letto per acuti e post-acuti sono diminuiti di 1,35 punti per 1.000 abitanti.

Lo standard dei posti letto di produzione ospedaliera per 1.000 abitanti nel territorio per una Provincia di 489.337 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 lievemente superiori rispetto allo standard nazionale 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 (0,71 riservati alla post-acuzie invece di 1,0 per 1.000 abitanti).

Il numero dei ricoveri per acuti in regime ordinario prodotti è diminuito: dai 93.538 ricoveri del 1996 ai 77.361 del 2007. È invece aumentata la quota di ricoveri ordinari prodotta dalle strutture pubbliche: da 93,0% a 95,2%, che risulta comunque stabile negli ultimi anni.

Nell'ultimo decennio il tasso di ospedalizzazione è diminuito di 5,9 punti per 1.000 abitanti, rimanendo tuttavia ancora molto elevato (pari 205,6 nel 2007) rispetto allo standard dei 180 ricoveri per 1000 abitanti.

Nel 2007, i ricoveri per acuti a favore di residenti fuori Provincia sono stati 11.436 (compresi 105 ricoveri effettuati in unità operative non convenzionate). L'indice di attrazione extraprovinciale nel 2007 è stato pari a 10,8%, che risulta in linea con il valore dell'anno precedente. Nel 1996, la situazione era molto simile: l'attrazione extraprovinciale era di 10,5%. Nel 2007 i ricoveri per acuti consumati da altoatesini in strutture esterne al territorio provinciale sono stati 7.362 determinando una fuga del 7,3% dei ricoveri dei residenti in Alto Adige, di poco inferiore all'indice percentuale di fuga registrato nel 1996, pari a 7,8%.

COSA VALUTARE

DIMENSIONE DELLA PRODUZIONE OSPEDALIERA

**DIECI INDICATORI
DI EFFICIENZA
ED EFFICACIA**

Tabella 49: Indicatori sintetici provinciali di qualità ed efficienza della produzione di ricoveri ospedalieri, in regime ordinario e diurno – Anni 1996 e 2007

Indicatori	Provincia Autonoma di Bolzano	
	1996	2007
Dotazione dei posti letto per acuti (escluse culle nido)	2.653	1.957
Dotazione dei posti letto per post-acuti	174	346
Quota percentuale dei posti letto pubblici (acuti+post-acuti)	82,6%	83,1%
Dotazione dei posti letto x 1.000 abitanti (acuti+post-acuti)	6,22	4,71
Dotazione dei posti letto x 1.000 abitanti (post-acuti)	0,38	0,71
Tasso di utilizzo dei posti letto per acuti x 100 (ospedali pubblici)	73,7	80,9
Degenza media per unità DRG equivalente di ricovero (giorni) (ospedali pubblici)	8,1	5,8
Ricoveri per acuti e post-acuti negli istituti di cura pubblici e privati	95.143	107.319
Ricoveri per acuti in regime ordinario negli istituti di cura pubblici e privati	93.538	77.361
Quota percentuale di ricoveri per acuti negli ospedali pubblici	93,0%	95,2%
Peso medio DRG dei ricoveri per acuti in regime ordinario negli ospedali pubblici	0,88	1,13
Tasso di ospedalizzazione dei residenti in regime ordinario (ricoveri per acuti)	203,0	151,9
Tasso di ospedalizzazione dei residenti in regime diurno (ricoveri per acuti)	4,4*	53,7
Indice di attrazione extraprovinciale (ricoveri per acuti)	10,5	10,8
Indice di fuga extraprovinciale (ricoveri per acuti)	7,8	7,3

* Valore dell'anno 1998

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

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.

Tabella 50: Indicatori di qualità ed efficienza della produzione di ricoveri per acuti, in regime ordinario e diurno, per singolo ospedale pubblico – Anno 2007

	Bolzano	Merano	Silandro	Bressanone	Vipiteno	Brunico	San Candido
1. Tasso di utilizzo dei posti letto	82,8%	78,1%	76,5%	80,9%	71,5%	84,3%	79,0%
2. Degenza media per unità DRG equivalente di ricovero (giorni)	5,8	5,8	6,2	5,4	5,2	5,9	5,6
3. Peso medio DRG dei ricoveri	1,23	1,14	1,04	1,10	0,95	0,99	0,91
4. Percentuale di parti cesarei sul totale dei parti	21,9%	22,7%	20,8%	22,8%	29,4%	26,0%	21,5%
5. Percentuale di ricoveri ordinari medici di 1 giorno (comprese urgenze)	6,2%	4,5%	6,4%	7,2%	10,4%	9,0%	8,5%
6. Percentuale di ricoveri diurni appropriati sul totale dei ricoveri diurni	57,4%	81,8%	87,5%	81,3%	62,6%	83,1%	80,5%
7. Percentuale di ricoveri diurni medici non appropriati sul totale dei ricoveri diurni medici (DPG n. 4053 del 6/11/2006)	66,2%	45,4%	34,4%	37,2%	80,6%	56,0%	43,3%
8. Percentuale di ricoveri oltre soglia ammissibilità provinciale per i 43 DRGs a rischio sul totale di ricoveri ordinari e diurni (DPG n. 4053 del 6/11/2006)	2,5%	5,9%	9,5%	5,7%	0,6%	3,2%	4,2%
9. Percentuale di ricoveri ordinari di residenti trasferibili in diurno sul totale dei ricoveri ordinari di residenti (DPG n. 4053 del 6/11/2006)	11,5%	11,5%	6,5%	6,5%	5,5%	9,1%	6,1%
10. Indice di attrazione complessivo (al netto delle convenzioni)	5,6%	1,9%	0,3%	5,0%	3,8%	3,0%	10,6%

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

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) relativi a questo aspetto. 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 3/7/2007 "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 6 anni o maggiore a 75 anni,
 - i ricoveri di pazienti non sottoposti ad intervento chirurgico per decisione del paziente o per sopraggiunta 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 "9. Percentuale di ricoveri ordinari trasferibili in diurno sul totale dei ricoveri ordinari (escluse le urgenze) (secondo DGP n. 4053 del 6/11/2007)" è stato calcolato, a differenza del 2007,
 - considerando:
 - i ricoveri che contengono l'indicazione di un solo intervento, appartenente alla lista del ricovero diurno,
 - escludendo:
 - i ricoveri di non residenti,
 - i ricoveri urgenti,
 - i ricoveri di pazienti deceduti, autodimessi, trasferiti ad altro istituto,
 - i ricoveri di pazienti con età inferiore a 6 anni 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 rileva 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 51 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 eccel-

lenza 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.

OSPEDALI A CONFRONTO

I punteggi medi per ospedale assumono valori che vanno da 43 (Ospedale di Vipiteno) a 61 (Ospedale di Bressanone).

La media provinciale del punteggio di qualità e di efficienza della produzione pubblica ospedaliera di ricoveri ordinari per acuti risulta pari a $P=56$. Rispetto al campo di variabilità di P , da 25 a 100, il valore medio provinciale si colloca a circa il 50% del percorso verso la situazione di eccellenza prefigurata dai valori target migliori dei 10 indicatori utilizzati.

Tabella 51: **Indicatori P ($25 \leq P \leq 100$) di qualità ed efficienza degli ospedali pubblici, ricoveri per acuti, in regime ordinario e diurno – Anno 2007**

	Valori target		Bol- zano	Merano	Silan- dro	Bressa- none	Vipi- teno	Brunico	San Candido
	Peggior (P = 25)	Migliore (P = 100)	P 2007	P 2007	P 2007	P 2007	P 2007	P 2007	P 2007
1. Tasso di utilizzo dei posti letto	75,0%	80,0%	100	72	47	100	25	100	85
2. Degenza media per unità DRG equivalente di ricovero (giorni)	7,5	6,0	100	100	91	100	100	100	100
3. Peso medio DRG dei ricoveri	0,9	1,3	87	69	52	63	34	41	27
4. Percentuale di parti cesarei sul totale dei parti	22,0%	15,0%	26	25	38	25	25	25	31
5. Percentuale di ricoveri ordinari medici di 1 giorno (comprese urgenze)	10,0%	5,0%	82	100	78	67	25	40	48
6. Percentuale di ricoveri diurni appropriati sul totale dei ricoveri diurni	50,0%	100,0%	36	73	81	72	44	75	71
7. Percentuale di ricoveri diurni medici non appropriati sul totale dei ricoveri diurni medici (DPG n. 4053 del 6/11/2006)	70,0%	30,0%	32	71	92	86	25	51	75
8. Percentuale di ricoveri oltre soglia ammissibilità provinciale per i 43 DRGs a rischio sul totale di ricoveri ordinari e diurni (DPG n. 4053 del 6/11/2006)	5,0%	0,0%	62	25	25	25	91	53	37
9. Percentuale di ricoveri ordinari di residenti trasferibili in diurno sul totale dei ricoveri ordinari di residenti (DPG n. 4053 del 6/11/2006)	3,0%	1,0%	25	25	25	25	25	25	25
10. Indice di attrazione complessivo	0,0%	20,0%	46	32	26	44	39	36	65
Valori medi di P per ospedale			60	59	55	61	43	55	56

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

3.3. ASSISTENZA OSPEDALIERA PER POST-ACUTI

Negli ultimi dieci anni i posti letto dedicati ai ricoveri post-acuti sono aumentati notevolmente passando da 174 posti letto del 1996 a 346 (di cui 15 non accreditati) del 2007. La dotazione dei posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, pari a 0,71 per mille abitanti, rimane ancora al di sotto del parametro nazionale del 1 per mille abitanti.

Nel 2007 sono stati effettuati, nelle strutture pubbliche e private provinciali, 1.986 ricoveri nelle unità operative di Lungodegenza, 2.566 in quelle di Recupero e Riabilitazione funzionale e 20 in quella di Neuroriabilitazione.

Altri 22 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 2007 sono stati effettuati 322 ricoveri altoatesini fuori provincia di cui 233 in strutture italiane (di cui 1 nell'unità spinale e 10 in neuroriabilitazione) e 89 in strutture austriache.

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 o non ancora sufficienti in Provincia di Bolzano.

3.3.1. Posti letto per post-acuti

Nelle strutture provinciali sono presenti complessivamente 346 posti letto per post-acuti, il 35,5% dei quali sono in strutture pubbliche. I posti letto per post-acuti in strutture private sono complessivamente 223, pari al 64,5% del totale.

Per la riabilitazione ospedaliera post-acuzie sono riservati 171 posti letto pari a 0,35 per 1.000 abitanti; per la lungodegenza ospedaliera post-acuzie i posti letto riservati sono 175, pari a 0,36 per 1.000 abitanti.

3.3.2. Riabilitazione post-acuzie e neuroriabilitazione

L'analisi esposta in questo capitolo si basa sui dati estratti dall'archivio della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) alla fine di maggio 2008; le schede SDO inviate successivamente a tale data non state considerate.

Nel 2007 sono stati effettuati complessivamente 2.566 ricoveri nelle unità operative di riabilitazione post-acuzie (codice reparto 56), di cui 106 in regime diurno; altri 20 ricoveri sono stati effettuati nelle unità operative di neuroriabilitazione (codice reparto 75) dell'Ospedale di Bolzano. Nella prima parte di questo paragrafo si analizzerà la riabilitazione post-acuzie, mentre la parte finale sarà dedicata all'unità operativa della neuroriabilitazione.

Tabella 52: **Ricoveri in regime ordinario, giornate di degenza, degenza media e relativi importi tariffari e tariffe medie nelle unità operative di riabilitazione post-acuzie delle strutture provinciali – Anno 2007**

Istituto di cura	N. ricoveri	% sul totale	Giornate di degenza*	Degenza media	Importo totale	Tariffa media
Ospedale di Bolzano	112	4,6	2.718	24,3	696.201,26	6.216,08
Ospedale di Merano	268	10,9	6.157	23,0	1.524.462	5.688,29
Ospedale di Bressanone	216	8,8	3.616	16,7	931.313	4.311,63
Ospedale di Brunico	92	3,7	2.737	29,8	713.218	7.752,37
Ospedale di Vipiteno	70	2,8	957	13,7	252.131	3.601,87
Totale ospedali pubblici	758	30,8	16.185	21,4	4.117.325,20	5.431,83
Casa di cura Bonvicini	646	26,3	16.621	25,7	3.712.636,37	5.747,12
Casa di cura Villa Melitta	676	27,5	18.144	26,8	4.171.555,76	6.170,94
Casa di cura Fonte S. Martino	380	15,4	8.130	21,4	1.812.831,05	4.770,61
Totale istituti privati	1.702	69,2	42.895	25,2	9.697.023,18	5.697,43
Totale	2.460	100,0	59.080	24,0	13.814.348,38	5.615,59

* Sono stati detratti i giorni di permesso

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO-FIM

Dei 2.460 ricoveri di riabilitazione post-acuzie in regime ordinario registrati nel 2007 il 69,2% sono stati effettuati nelle strutture private accreditate della Provincia.

Relativamente alla degenza media si osservano valori più elevati rispetto alla media provinciale per l'Ospedale di Brunico, per le due case di cura Villa Melitta e Bonvicini; la Casa di Cura privata Fonte San Martino e gli ospedali di Merano e di Bolzano dimettono il paziente mediamente dopo circa 3 settimane, mentre gli ospedali di Vipiteno e Bressanone dopo 2 settimane circa.

Considerevole risulta anche la quota di prestazioni erogate a livello ambulatoriale: nel 2007 sono state erogate 588.759 prestazioni nelle strutture pubbliche e 142.149 prestazioni nelle strutture private. La prestazione erogata più frequentemente all'interno della branca di Riabilitazione è stata la "rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale" (22,7%) seguita dalla "massoterapia distrettuale – riflessogena" (12,4%).

Tabella 53: **Ricoveri in regime diurno, numero accessi, accessi medi, importo totale (Euro) e tariffa media (Euro) nelle unità operative di riabilitazione post-acuzie delle strutture provinciali – Anno 2007**

Istituto di cura	N. ricoveri	% sul totale ricoveri struttura	Giorni di accesso	Accessi medi	Importo totale	Tariffa media
Ospedale di Bolzano	40	26,3	702	17,6	150.124,45	3.753,11
Ospedale di Bressanone	45	17,2	778	17,3	168.869,08	3.752,65
Ospedale di Brunico	21	18,6	193	9,2	43.759,01	2.083,76
Totale	106	4,1	1.673	15,8	362.752,54	3.422,19

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO-FIM

Nella tabella 54 relativa ai ricoveri ordinari per DRG (Diagnosis Related Groups) si notano quote molto consistenti di ricoveri per trattamento riabilitativo di malattie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo (DRG 256 e DRG 249) con quasi il 50,4% dei ricoveri totali. I pazienti con malattie degenerative nonché altre malattie del sistema nervoso (DRG 012, 034 e 035), che rappresentano il 23,4% dei ricoveri totali, sono trattati prevalentemente nella Casa di Cura Villa Melitta.

**DEGENZA MEDIA DEI
RICOVERI ORDINARI**

**RICOVERI IN REGIME
DIURNO**

RICOVERI PER DRG

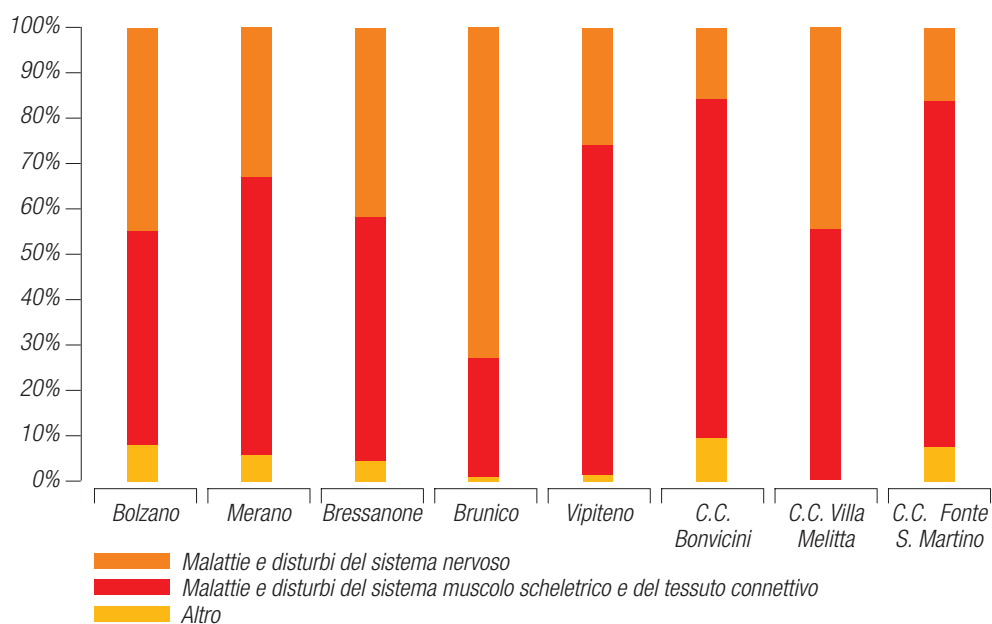
I DRG più frequentemente trattati in regime diurno (tabella 55) sono invece quelli relativi alle malattie degenerative nonché altre malattie del sistema nervoso (DRG 012, 034 e 035) con il 56,6% dei ricoveri diurni.

Tabella 54: Ricoveri in regime ordinario per DRG nelle unità operative di riabilitazione post acuzie degli istituti provinciali – Anno 2007

DRG	Descrizione DRG	MDC	Bol- zano	Me- rano	Bres- sano- ne	Bru- nico	Vipi- teno	C.C. Bon- vicini	C.C. Villa Melitta	C.C. Fonte S. Mar- tino	Totale
256/ 249	Altre diagnosi e assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	8	43	142	105	7	50	329	314	251	1.241
12/ 34/ 35	Malattie degenerative e altre malattie del sistema nervoso (con e senza complicazioni)	1	36	69	83	46	17	53	231	41	576
243	Affezioni mediche del dorso	8	9	4	5	4	–	66	41	10	139
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	1	14	9	2	10	–	3	20	5	63
248	Tendinite, miosite e borsite	8	–	–	–	–	–	42	9	–	51
13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	1	–	6	3	6	–	6	15	3	39
18	Malattie dei nervi cranici e periferici con cc	1	–	–	–	3	–	10	22	1	36
19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza cc	1	–	3	–	1	–	14	11	5	34
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con cc	8	–	6	–	5	1	16	1	1	30
236	Fratture dell'anca e della pelvi	8	–	1	3	–	–	–	–	23	27
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	23	1	4	3	–	1	–	–	10	19
239	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	8	–	–	–	–	–	12	1	–	13
244	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con cc	8	1	2	–	2	–	5	2	1	13
88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	4	–	–	–	–	–	8	1	2	11
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	17	–	–	–	–	–	11	–	–	11
Totale parziale			104	246	204	84	69	575	668	353	2.303
Totale			112	268	216	92	70	646	676	380	2.460

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO-FIM

Figura 21: Distribuzione percentuale dei ricoveri ordinari per MDC nelle unità operative di riabilitazione post-acuzie per struttura provinciale – Anno 2007



Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO-FIM

Analizzando i ricoveri ordinari per categoria diagnostica principale o MDC (Major Diagnostic Categories), ognuna delle quali raggruppa le malattie e i disturbi di un apparato, emerge che 1.573 ricoveri (il 63,2% del totale) rientrano nella categoria MDC “Malattie e disturbi del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo” e 794 (31,5%) nella MDC 1 “Malattie e disturbi del sistema nervoso”.

RICOVERI PER MDC

Tabella 55: Ricoveri in regime diurno per DRG nelle unità operative di riabilitazione post acuzie degli istituti provinciali – Anno 2007

DRG	Descrizione DRG	MDC	Bolzano	Bressa- none	Brunico	Totale
012/034/035	Malattie degenerative e altre malattie del sistema nervoso (con e senza complicazioni)	1	22	25	13	60
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	1	1	5	1	7
009	Malattie e traumi del midollo spinale	1	3	2	1	6
004	Interventi sul midollo spinale	1	5	–	–	5
256/249	Altre diagnosi e assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	8	2	5	–	5
241	Malattie del tessuto connettivo, senza cc	8	–	–	4	4
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	23	3	1	–	4
243	Affezioni mediche del dorso	8	3	–	–	3
019/018	Malattie dei nervi cranici e periferici con e senza cc	1	–	2	1	3
020	Infezioni del sistema nervoso eccetto meningite virale	1	–	1	–	1
029	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 senza cc	1	–	1	–	1
244	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con cc	8	1	–	–	1
246	Artropatie non specifiche	8	–	–	1	1
247	Segni e sintomi relativi al sistema muscoloscheletrico e al tessuto connettivo	8	–	1	–	1
250	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 con cc	8	–	1	–	1
445	Traumatismi, età > 17 senza cc	21	–	1	–	1
Totale			40	45	21	106

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO-FIM

In base alla valutazione clinica dei medici ogni ricovero di riabilitazione post-acuzie viene classificato in una delle 3 categorie così definite:

- **ricovero post-acuto:** ricoveri post-acuti di riabilitazione per patologie disabilitanti per le quali risulta facilmente identificabile l'evento acuto che ha determinato la necessità di intervento riabilitativo, quali ictus cerebrale, trauma, intervento chirurgico; tali ricoveri vengono 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.

Nel 2007 il 93,5% dei ricoveri di riabilitazione sono stati classificati in post-acuti, il 5,3 % in ricoveri di mantenimento, mentre quelli di valutazione hanno rappresentato solo l'1,2% del totale.

Tabella 56: **Ricoveri ordinari di riabilitazione post-acuzie per tipo di ricovero di riabilitazione e per struttura provinciale – Anno 2007**

Istituto di cura	Post acuto	Mantenimento	Valutazione	Totale
Ospedale di Bolzano	102	8	2	112
Ospedale di Merano	242	14	12	268
Ospedale di Bressanone	186	23	7	216
Ospedale di Brunico	63	24	5	92
Ospedale di Vipiteno	66	4	–	70
Casa di cura Bonvicini	646	–	–	646
Casa di cura Villa Melitta	639	33	4	676
Casa di cura Fonte S. Martino	356	24	–	380
Totale	2.300	130	30	2.460

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO-FIM

Al fine di misurare in modo adeguato le specificità cliniche (menomazioni) e lo stato funzionale dei pazienti in trattamento riabilitativo viene analizzato il punteggio ottenuto dalla scala FIM (Functional Independence Measure). 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 mobilità e la locomozione, mentre gli ultimi cinque descrivono il “dominio” cognitivo e riguardano la comunicazione e le capacità relazionali/cognitive. La valutazione della funzionalità 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'unità 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 57 mostra le macro-categorie trattate a livello provinciale dalle quali si evidenzia che oltre la metà dei ricoveri (64,6%) sono relativi a patologie ortopediche (amputazioni, artropatie, algie, patologia ortopedico traumatologica).

Si precisa che nelle analisi relative alle patologie RIC-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.

Inoltre nelle analisi relative ai punteggi FIM all'ingresso e alla dimissione sono stati presi in considerazione solo i pazienti post-acuti, che rappresentano la maggioranza dei ricoveri e per i quali l'analisi delle variazioni nel punteggio FIM risulta più significativa. Per quanto riguarda l'analisi dei punteggi per singola patologia RIC-FIM si rimanda alla reportistica specifica.

**MENOMAZIONE
PIÙ FREQUENTE**

Tabella 57: **Ricoveri ordinari di riabilitazione post-acuzie (esclusi i deceduti ed i ricoveri brevi) per patologia secondo il sistema RIC-FIM – Anno 2007**

Codice RIC-FIM	Patologia RIC-FIM	Bolzano	Merano	Bresanone	Brunico	Vipiteno	C.C. Bonvicini	C.C. Villa Melitta	C.C. Fonte S. Martino	Totale
8	Patologia ortopedica	50	141	104	9	47	385	366	287	1.389
1	Ictus cerebrale	15	49	51	26	14	26	155	29	365
3	Malattia neurologica	5	13	11	14	–	33	92	13	181
2	Cerebropatia	17	12	25	15	4	21	23	9	126
4	Mielopatia	14	15	6	8	–	13	11	5	72
7	Algie	2	2	1	–	–	50	1	5	61
6	Artropatia	1	7	1	13	–	27	–	3	52
9	Cardiopatie	–	–	–	–	–	16	3	11	30
13	Altre menomaz. disab.	–	1	1	–	–	20	–	3	25
5	Amputazione di arto	2	5	2	2	–	9	3	–	23
10	Pneumopatie	1	2	–	–	–	12	2	4	21
14	Politrauma	–	1	5	–	–	2	7	–	15
11	Ustioni	–	–	–	–	–	–	–	1	1
Totale		107	248	207	87	65	614	663	370	2.361

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO-FIM

Tabella 58: **Distribuzione dei ricoveri in regime ordinario (esclusi i deceduti ed i ricoveri brevi) secondo i sottogruppi di menomazione (sistema RIC-FIM) e la struttura ospedaliera – Anno 2007**

Gruppo di menomazione*	Bolzano	Merano	Bresanone	Brunico	Vipiteno	C.C. Bonvicini	C.C. Villa Melitta	C.C. Fonte S. Martino	Totale	% sul totale
Neurologica	51	89	93	63	18	93	281	56	744	31,5
Ortopedica	55	155	108	24	47	471	370	295	1.525	64,6
Altro	1	4	6	–	–	50	12	19	92	3,9
Totale	107	248	207	87	65	614	663	370	2.361	100,0

(*) Neurologici: ictus, cerebropatie, neuropatie, mielopatie. Ortopedici: amputazioni, artropatie, algie, patologia ortopedica traumatologica

PUNTEGGIO FIM

Il punteggio medio FIM totale all'ingresso è stato di 79,3 punti. Al di sotto della media si collocano gli ospedali di Brunico (64,3 punti) e le case di cura Villa Melitta (71,0 punti) e Bonvicini (77,5 punti), mentre la Casa di Cura privata Fonte San Martino ha registrato il punteggio medio più alto pari a 91,4 punti.

Relativamente al punteggio medio alla dimissione, pari a 100,1 punti nel complesso delle strutture, si evidenziano differenze significative tra le diverse strutture: la Casa di Cura privata Fonte San Martino conferma con 106,7 punti di FIM alla dimissione il punteggio molto elevato dell'ingresso. La Casa di Cura privata Bonvicini evidenzia un punteggio medio FIM all'ingresso relativamente basso (77,5 punti) e alla dimissione molto alto (103,0), mentre l'Ospedale di Brunico ha il punteggio medio più basso sia all'ingresso che alla dimissione.

Tabella 59: **FIM complessiva all'ingresso ed alla dimissione dei ricoveri ordinari (senza brevi e deceduti) classificati come post-acuti: punteggi medi e deviazione standard – Anno 2007**

Istituto di cura	Ricoveri	Ingresso		Dimissione	
		Media	Deviazione std.	Media	Deviazione std.
Ospedale di Bolzano	98	82,2	25,2	107,1	25,5
Ospedale di Merano	224	84,8	24,6	102,5	23,7
Ospedale di Bressanone	180	83,8	26,9	98,1	24,2
Ospedale di Brunico	59	64,3	26,8	87,8	30,4
Ospedale di Vipiteno	62	89,4	25,0	101,3	19,8
Casa di cura Bonvicini	614	77,5	17,5	103,0	17,0
Casa di cura Villa Melitta	627	71,0	13,5	93,3	12,2
Casa di cura Fonte S. Martino	347	91,4	20,6	106,7	20,6
Totale	2.211	79,3	21,1	100,1	19,6

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO-FIM

Nella tabella 60 e nella tabella 61 il punteggio FIM all'ingresso e alla dimissione è illustrato separatamente per la dimensione motoria e cognitiva.

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 l'incremento medio giornaliero più elevato (1,1 punti per die) per l'Ospedale di Bolzano, mentre i valori più bassi si hanno per l'Ospedale di Brunico e la casa di cura Fonte San Martino (0,8 punti per die).

Tabella 60: **FIM all'ingresso e alla dimissione, dimensione motoria dei ricoveri ordinari (senza brevi e deceduti) classificati come post-acuti: punteggi medi e deviazione standard – Anno 2007**

Istituto di cura	Ricoveri	Ingresso		Dimissione	
		Media	Deviazione std.	Media	Deviazione std.
Ospedale di Bolzano	98	51,8	20,4	75,5	20,7
Ospedale di Merano	224	55,5	18,6	72,0	18,2
Ospedale di Bressanone	180	56,1	20,2	69,6	18,2
Ospedale di Brunico	59	42,3	19,6	62,1	23,7
Ospedale di Vipiteno	62	59,2	18,1	70,3	13,5
Casa di cura Bonvicini	614	48,4	13,4	71,6	13,8
Casa di cura Villa Melitta	627	42,0	9,4	62,5	9,7
Casa di cura Fonte S. Martino	347	59,6	16,8	74,6	16,8
Totale	2.211	50,0	16,4	69,3	15,7

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO-FIM

**RICOVERI NELL'UNITÀ
OPERATIVA DI
NEURORIABILITAZIONE**

Tabella 61: FIM all'ingresso ed alla dimissione, dimensione cognitiva dei ricoveri ordinari (senza brevi e deceduti) classificati come post-acute: punteggi medi e deviazione standard – Anno 2007

Istituto di cura	Ricoveri	Ingresso		Dimissione	
		Media	Deviazione std.	Media	Deviazione std.
Ospedale di Bolzano	98	30,3	7,5	31,6	6,1
Ospedale di Merano	224	29,2	7,3	30,5	6,4
Ospedale di Bressanone	180	27,7	8,4	28,5	7,5
Ospedale di Brunico	59	22,0	9,8	25,6	8,8
Ospedale di Vipiteno	62	30,2	7,7	31,0	7,1
Casa di cura Bonvicini	614	29,1	5,8	31,3	4,4
Casa di cura Villa Melitta	627	28,9	5,7	30,8	4,1
Casa di cura Fonte S. Martino	347	31,9	5,5	32,0	5,2
Totale	2.211	29,3	6,6	30,8	5,4

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO-FIM

Tabella 62: Incremento individuale giornaliero medio di punteggio FIM totale (efficienza) per struttura dei ricoveri ordinari (senza brevi e deceduti) classificati come post-acute- Anno 2007

Istituto di cura	Ricoveri	Media	Deviazione std.
Ospedale di Bolzano	98	1,1	0,8
Ospedale di Merano	224	0,9	0,7
Ospedale di Bressanone	180	1,0	0,6
Ospedale di Brunico	59	0,8	0,6
Ospedale di Vipiteno	62	0,9	0,9
Casa di cura Bonvicini	614	1,0	0,4
Casa di cura Villa Melitta	627	0,9	0,3
Casa di cura Fonte S. Martino	347	0,8	0,6
Totale	2.211	0,9	0,5

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO-FIM

Per quanto riguarda l'unità operativa di neuroriabilitazione questa è stata attivata a partire dal 1.1.2007 nell'Ospedale di Bolzano con 2 posti letto e nel 2007 sono stati effettuati 20 ricoveri.

A differenza della riabilitazione post-acuzie dove il 63,3% dei ricoveri sono riferiti a donne, nella neuroriabilitazione il 90% dei ricoveri riguardano gli uomini. Un'altra significativa differenza si riscontra nell'età media che è di 45,5 anni per la neuroriabilitazione e di 72,1 anni per la riabilitazione post-acuzie.

Il 94,4% dei ricoveri della neuroriabilitazione riguardano le patologie neurologiche, con 14 casi su 18 di "Cerebropatia". La degenza media infatti è più alta (29,5 giorni) che nei reparti post-acute e la tariffa media è pari a più di 10 mila Euro.

Tabella 63: Ricoveri per sesso, età media, giornate di degenza, degenza media, importo totale (Euro) e tariffa media (Euro) nell'unità operativa di neuroriabilitazione dell'Ospedale di Bolzano – Anno 2007

Sesso	Ricoveri	% sul totale	Età media	Giornate di degenza *	Degenza media	Importo totale	Tariffa media
Uomini	18	90,0	45,9	557	30,90	204.580,53	11.365,59
Donne	2	10,0	42,0	32	16,00	11.753,28	5.876,64
Totale	20	100,0	45,5	589	29,50	216.333,81	10.816,69

* Sono stati detratti i giorni di permesso

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO-FIM

I punteggi FIM sono in generale molto bassi con un punteggio FIM medio alla dimissione pari a 54,4.

Tabella 64: **Punteggi FIM nell'unità operativa di neuroriabilitazione dell'Ospedale di Bolzano – Anno 2007**

Punteggio FIM	Media	Dev. Standard
FIM all'ingresso totale	30,3	16,7
FIM alla dimissione totale	54,4	37,8
FIM all'ingresso, dimensione motoria	18,4	9,4
FIM alla dimissione, dimensione motoria	38,3	29,0
FIM all'ingresso, dimensione cognitiva	11,9	9,3
FIM alla dimissione, dimensione cognitiva	16,2	10,8
GAP-FIM	24,2	26,4
Efficienza	0,9	1,1

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO-FIM

Tabella 65: **Ricoveri nell'unità operativa di neuroriabilitazione dell'Ospedale di Bolzano per DRG – Anno 2007**

DRG	Descrizione DRG	MDC	Ricoveri	% sul totale
012/034/035	Malattie degenerative e altre malattie del sistema nervoso (con e senza complicazioni)	1	16	80,0
423	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	18	2	10,0
256	Altre diagnosi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	8	1	5,0
009	Malattie e traumi del midollo spinale	1	1	5,0
Totale		20	20	100,0

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO-FIM

3.3.2.1. Ricoveri in riabilitazione post-acuzie e neuroriabilitazione 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. Vengono, inoltre, brevemente illustrati anche i 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".

Il numero dei ricoveri di pazienti altoatesini nelle unità operative di riabilitazione post-acuzie (cod. 5600) di strutture italiane extraprovinciali nel 2007, leggermente diminuito rispetto al 2006, ammonta a 222 ricoveri, di cui 27 ricoveri in regime diurno.

Tabella 66: Ricoveri ordinari, giornate di degenza, degenza media, deviazione standard, importo totale (Euro) e tariffa media (Euro) nelle unità operative di riabilitazione post-acuzie (codice reparto 5600) di altre regioni italiane da parte di altoatesini – Anno 2007

Regione addebitante	Ricoveri	Giornate degenza	Degenza media	Dev. std.	Importo totale	Tariffa media
Piemonte	5	120	24,0	8,3	21.574,82	4.314,96
Lombardia	33	593	18,0	15,2	136.091,89	4.124,00
Prov.aut Trento	61	1061	17,4	8,3	200.328,74	3.284,08
Veneto	69	1377	20,0	14,3	322.117,83	4.668,37
Friuli-Venezia Giulia	2	31	15,5	5,0	6.158,00	3.079,00
Liguria	1	17	17,0	0,0	4.335,00	4.335,00
Emilia Romagna	10	280	28,0	12,2	58.639,33	5.863,93
Toscana	2	42	21,0	0,0	10.115,28	5.057,64
Umbria	1	30	30,0	0,0	7.225,20	7.225,20
Marche	1	20	20,0	0,0	4.100,40	4.100,40
Lazio	2	74	37,0	31,1	19.197,56	9.598,78
Vaticano	1	3	3,0	0,0	849,55	849,55
Abruzzo	1	48	48,0	0,0	12.305,66	12.305,66
Puglia	4	78	19,5	3,7	20.749,56	5.187,39
Basilicata	1	13	13,0	0,0	3.315,00	3.315,00
Totale	195	3.793	19,5	12,7	828.633,82	4.249,40

Fonte: PAB – ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

Tabella 67: Ricoveri in regime diurno, percentuali sui ricoveri, giorni di accesso, accessi medi, deviazione standard, importo totale (Euro) e tariffa media (Euro) nelle unità operative di riabilitazione post-acuzie (codice reparto 5600) di altre regioni italiane – Anno 2007

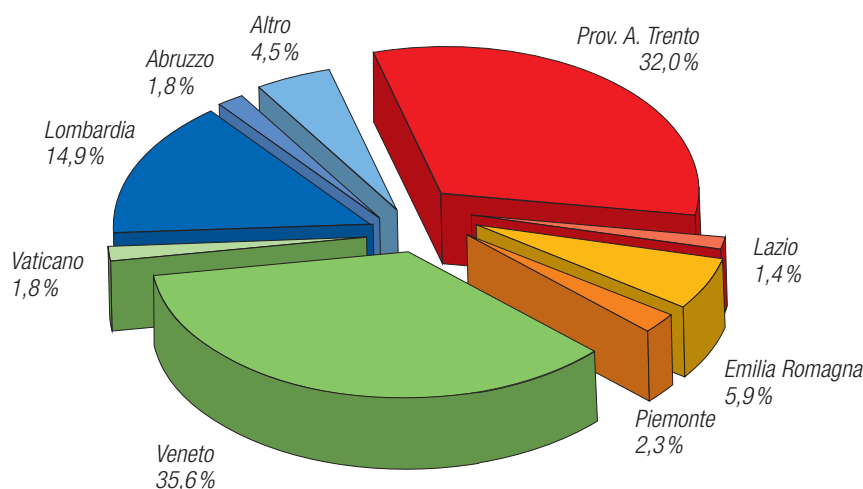
Regione addebitante	Ricoveri	% sul totale dei ricoveri nella Regione	Giorni di accesso	Accessi medi	Dev. std.	Importo totale	Tariffa media
Prov. Aut. di Trento	10	14,1	66	6,6	4,7	16.061,16	1.606,12
Veneto	10	12,7	347	34,7	28,7	59.003,50	5.900,35
Emilia Romagna	3	23,1	20	6,7	2,5	2.804,92	934,97
Lazio	1	33,3	9	9,0	0,0	2.356,56	2.356,56
Vaticano	3	75,5	3	1,0	0,0	784,21	261,40
Totale	27	12,2	445	16,5	22,3	81.010,35	3.000,38

Fonte: PAB – ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

La degenza media per i ricoveri ordinari è di 19,5 giornate, i ricoveri in regime diurno presentano, invece, una media di accessi pari a 16,5.

Le regioni con una maggiore attrazione per i pazienti altoatesini sono la Regione Veneto e la Provincia Autonoma di Trento.

Figura 22: **Distribuzione % dei ricoveri ordinari di altoatesini nelle unità operative di riabilitazione post-acuzie di altre regioni italiane - Anno 2007**

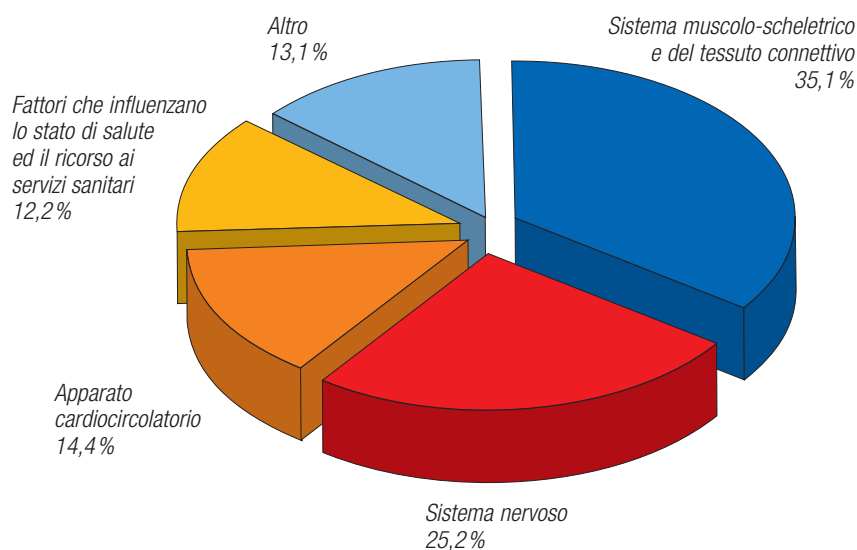


Fonte: PAB - ufficio Economia Sanitaria, PAB - Archivio mobilità

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 la distribuzione dei ricoveri per MDC si osserva una crescita dei ricoveri per la categoria "Sistema nervoso" che passa dal 22% del 2006 al 25,2% del totale dei ricoveri nel 2007 e di ricoveri per la categoria "Apparato muscoloscheletrico e tessuto connettivo" che passa dal 32% nel 2006 al 35,1% nel 2007.

Figura 23: **Ricoveri di riabilitazione post-acuzie (codice reparto 5600) per MDC, mobilità passiva - Anno 2007**



Fonte: PAB - ufficio Economia Sanitaria, PAB - Archivio mobilità

**RICOVERI IN ALTRE
REGIONI PER DIAGNOSI
PRINCIPALE**

Considerando le diagnosi principali di dimissione nei reparti con codice 5600, di cui alla tabella 68, risulta che la “sostituzione di organo o tessuto con altri mezzi” rappresenta il 31,3% dei ricoveri; la diagnosi “altri sindromi paralitiche” rappresenta solo il 10,8%, mentre per i ricoveri diurni essa rappresenta il 18,5% dei ricoveri totali.

Tabella 68: Diagnosi principali più frequenti dei ricoveri ordinari di altoatesini nelle unità operative di riabilitazione post-acuzie (codice reparto 5600) di altre regioni italiane – Anno 2007

ICD-9 CM	Descrizione codice	N.	%	% cum
V43	Organo o tessuto sostituito con altri mezzi	61	31,3	31,3
V57	Cure riabilitative	23	11,8	43,1
344	Altri sindromi paralitiche	21	10,8	53,8
429	Forme e complicazioni mal definite di cardiopatie	12	6,2	60,0
715	Artrosi	5	2,6	62,6
303	Sindrome di dipendenza da alcool	5	2,6	65,1
296	Psicosi affettive	5	2,6	67,7
491	Bronchite cronica	4	2,1	69,7
278	Obesità e altri stati di iperalimentazione	4	2,1	71,8
414	Aterosclerosi coronarica	3	1,5	73,3
333	Altre malattie extrapiramidali e altri disturbi del movimento	3	1,5	74,9
996	Complicazioni peculiari di alcuni interventi specificati	3	1,5	76,4
V45	Altre condizioni successive ad interventi chirurgici	3	1,5	77,9
342	Emiplegia spastica	3	1,5	79,5
410	Infarto miocardico acuto	2	1,0	80,5
821	Frattura di altre e non specificate parti del femore	2	1,0	81,5
431	Emorragia cerebrale	2	1,0	82,6
334	Malattie spinocerebellari	2	1,0	83,6
800	Frattura della volta cranica	2	1,0	84,6
332	Morbo di Parkinson	2	1,0	85,6
724	Altri e non specificati disturbi del dorso	2	1,0	86,7
307	Sintomi o sindromi speciali non classificati altrove	2	1,0	87,7
719	Altre e non specificate patologie articolari	2	1,0	88,7
440	Arterosclerosi	2	1,0	89,7
Totale parziale		175	89,7	
Totale		195	100,0	

Fonte: PAB – ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

Tabella 69: **Diagnosi principali dei ricoveri diurni di altoatesini nelle unità operative di riabilitazione post-acute (codice reparto 5600) di altre regioni italiane – Anno 2007**

ICD-9 CM	Descrizione codice	N.	%
344	Altri sindromi paralitiche	5	18,5
307	Sintomi o sindromi speciali non classificati altrove	4	14,8
340	Sclerosi multipla	3	11,1
V43	Organo o tessuto sostituito con altri mezzi	2	7,4
768	Ipossia intrauterina e asfissia alla nascita	2	7,4
401	Iperensione essenziale	2	7,4
303	Sindrome di dipendenza da alcool	2	7,4
V57	Cure riabilitative	1	3,7
707	Ulcerazione cronica della cute	1	3,7
780	Sintomi generali	1	3,7
431	Emorragia cerebrale	1	3,7
723	Altre patologie della regione cervicale	1	3,7
278	Obesità e altri stati di iperalimentazione	1	3,7
720	Spondilite anchilosante ed altre spondilopatie infiammatorie	1	3,7
Totale		27	100,0

Fonte: PAB – ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

Per quanto riguarda i ricoveri avvenuti nelle unità operative di neuro-riabilitazione (codice reparto 7500) e nelle unità spinali (codice reparto 2800), si può notare che trattandosi di patologie più gravi la degenza media risulta essere molto più elevata rispetto a quella nelle unità operative di recupero e riabilitazione funzionale con codice 5600.

Tabella 70: **Ricoveri, giornate di degenza, degenza media, importo totale (Euro) e tariffa media (Euro) nelle unità operative di neuro-riabilitazione (codice reparto 7500) e nelle unità spinali (codice reparto 2800) di altre regioni italiane – Anno 2007**

Regione addebitante	Ricoveri ordinari/ diurni	Giornate degenza/ Accessi	Degenza media/ Accessi medi	Importo totale	Tariffa media
Unità spinale (codice 2800)					
Veneto	1	22	22,0	8.657,66	8.657,66
Neuro-riabilitazione (codice 7500)					
Lombardia	2	21	10,5	7.713,09	3.856,55
Veneto	2	15	7,5	5.509,35	2.754,68
Emilia Romagna	3 (DH)	7 (DH)	2,3 (DH)	980,14	326,71
Lazio	2 / 1	9 / 7	7,5 / 1	4.247,78	1.415,93
Totale	10	59	5,9	18.450,36	1.845,04

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

**RICOVERI NELLE UNITÀ
OPERATIVE 7500 E 2800**

**RICOVERI IN AUSTRIA
PER DIAGNOSI
PRINCIPALE**

3.3.2.2. Ricoveri in riabilitazione post-acuzie in Austria

Ai fini di assicurare una completa assistenza ai residenti, 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 2007 sono stati 89. Dopo una leggera diminuzione dei ricoveri nel 2005, sia nel 2006 che nel 2007 c'è stato un incremento pari a 45,9% (da 61 ricoveri nel 2005 a 89 ricoveri nel 2007).

Tabella 71: Ricoveri, giornate di degenza, degenza media, importo totale (Euro) e tariffa media (Euro) relativi a pazienti altoatesini ricoverati in strutture austriache di riabilitazione post-acuzie – Anni 2007

Struttura austriaca	N. ricoveri	Giornate degenza	Degenza media	Importo totale	Tariffa media
Häring	49	1.485	30,3	687.563,81	14.031,91
Rovinj	10	220	22,0	17.839,08	1.783,91
Hochzirl	30	457	15,2	135.290,65	4.509,69
Totale	89	2.162	24,3	840.693,54	9.445,99

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio ricoveri in Austria

Il tasso di ricovero per 1.000 residenti è stato pari a 0,18 ricoveri.

Il motivo più frequente per il trattamento di riabilitazione nelle strutture austriache è rappresentato dalla categoria “Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo” con il 25,8%, diagnosi che nel 2006 rappresentava il 37,5% dei ricoveri. Si tenga comunque presente che per 25 ricoveri (28,1% sul totale) non è stata rilevata la diagnosi principale.

Tabella 72: Ricoveri di altoatesini in strutture austriache di riabilitazione post-acuzie per diagnosi ICD9-CM principali raggruppate per categoria – Anno 2007

ICD9-CM	Descrizione diagnosi	Häring	Rovinj	Hochzirl	Totale	%	% cumulata
905	Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	23	–	–	23	25,8%	25,8%
359	Distrofie muscolari e altre miopatie	–	–	6	6	6,7%	32,6%
348	Altre condizioni morbose dell'encefalo	–	–	4	4	4,5%	37,1%
277	Altri e non specificati disordini del metabolismo	–	–	3	3	3,4%	40,4%
344	Altre sindromi paralitiche	2	–	1	3	3,4%	43,8%
437	Altre e mal definite vasculopatie cerebrali	–	–	3	3	3,4%	47,2%
312	Disturbi della condotta, non classificati altrove	2	–	–	2	2,2%	49,4%
336	Altre malattie del midollo spinale	–	–	2	2	2,2%	51,7%
907	Postumi di traumatismi del sistema nervoso	1	–	1	2	2,2%	53,9%
908	Postumi di altri e non specificati traumatismi	2	–	–	2	2,2%	56,2%
045	Poliomielite acuta	1	–	–	1	1,1%	57,3%
227	Tumori benigni delle altre ghiandole endocrine e strutture connesse	–	–	1	1	1,1%	58,4%
334	Malattie spinocerebellari	–	1	–	1	1,1%	59,6%
343	Paralisi cerebrale infantile	–	–	1	1	1,1%	60,7%
431	Emorragia cerebrale	–	–	1	1	1,1%	61,8%
434	Occlusione delle arterie cerebrali	–	–	1	1	1,1%	62,9%
759	Altre anomalie congenite non specificate	–	–	1	1	1,1%	64,0%
785	Sintomi relativi al sistema cardiovascolare	1	–	–	1	1,1%	65,2%
793	Reperti anormali non specifici in esami radiologici e in altri esami delle strutture corporee	–	1	–	1	1,1%	66,3%
851	Lacerazione e contusione cerebrali	–	–	1	1	1,1%	67,4%
854	Traumatismi intracranici di altra e non specificata natura	–	–	1	1	1,1%	68,5%
897	Amputazione traumatica della gamba (completa) (parziale)	1	–	–	1	1,1%	69,7%
996	Complicazioni peculiari di alcuni interventi specificati	1	–	–	1	1,1%	70,8%
250	Diabete mellito	1	–	–	1	1,1%	71,9%
	Diagnosi mancante	14	8	3	25	28,1%	100,0%
Totale		49	10	30	89	100,0%	

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio ricoveri in Austria

**RICOVERI DI
LUNGODEGENZA
POST-ACUZIE**

3.3.3. Lungodegenza post-acuzie

Presso i reparti di lungodegenza post-acuzie della provincia sono stati registrati 1.986 ricoveri per un consumo complessivo di 48.614 giornate di degenza ed una degenza media di 24,5 giorni.

Nel 2007, sono stati effettuati altri 22 ricoveri di altoatesini di lungodegenza ospedaliera post-acuzie in strutture nazionali extra-provinciali, lievemente aumentati rispetto all'anno 2006.

Nel 2007 sono stati inoltre registrati 90 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 6.521, e 137 ricoveri nella Casa di Cura Fonte S. Martino per cure palliative (codice reparto 60.02), con 2.557 giornate di degenza. Le categorie diagnostiche principali più frequenti dei ricoveri di lungodegenza post-acuzie sono le "Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo" (28,4%) e le "Malattie e i disturbi del sistema nervoso" (24,0%).

Tabella 73: **Ricoveri, giornate di degenza e degenza media nei reparti di lungodegenza post-acuzie per istituto di cura – Anno 2007**

Istituti di cura	Ricoveri	Giornate di degenza	Degenza media
<i>Ospedale di Merano</i>	236	6.115	25,9
<i>Ospedale di Bressanone</i>	187	2.825	15,1
<i>Ospedale di Brunico</i>	51	904	17,7
<i>Ospedale di Silandro</i>	66	1.600	24,2
<i>Ospedale di Vipiteno</i>	108	1.614	14,9
<i>Ospedale di San Candido</i>	56	702	12,5
Totale ospedali pubblici	704	13.760	19,5
<i>Casa di Cura S. Maria</i>	220	3.686	16,8
<i>Casa di Cura Fonte S. Martino</i>	275	10.115	36,8
<i>Casa di Cura Bonvicini</i>	535	13.680	25,6
<i>Casa di Cura Villa Melitta</i>	252	7.373	29,3
Totale istituti privati	1.282	34.854	27,2
Totale istituti di cura	1.986	48.614	24,5

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

Tabella 74: **Ricoveri per categoria diagnostica principale (MDC) più frequente nei reparti di lungodegenza post-acuzie della Provincia Autonoma di Bolzano – Anno 2007**

MDC	Descrizione MDC	Ricoveri	% cumulata
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	564	28,4
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	477	52,4
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai Servizi sanitari	241	64,6
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	143	71,8
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	128	78,2
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	92	82,8
19	Malattie e disturbi mentali	67	86,2
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	60	89,2
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	48	91,6
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	45	93,9
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	27	95,3
Totale ricoveri di lungodegenza post-acuzie		1.986	

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO

Tabella 75: **Ricoveri per diagnosi principale più frequente nei reparti di lungodegenza post-acuzie della Provincia Autonoma di Bolzano – Anno 2007**

IC-D9CM	Descrizione diagnosi	Ricoveri	% cumulata
905	Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	149	7,5
438	Postumi delle malattie cerebrovascolari	137	14,4
V57	Cure riabilitative	96	19,2
V58	Altri e non specificati procedimenti e trattamenti ulteriori	94	24,0
715	Artrosi	80	28,0
V66	Convalescenza e cure palliative	64	31,2
721	Spondilosi e disturbi associati	58	34,1
428	Insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco)	49	36,6
728	Patologie dei muscoli, dei legamenti e delle fasce	44	38,8
722	Patologie dei dischi intervertebrali	37	40,7
491	Bronchite cronica	36	42,5
733	Altri disturbi delle ossa e delle cartilagini	36	44,3
781	Sintomi interessanti i sistemi nervoso e osteomuscolare	36	46,1
437	Altre e mal definite vasculopatie cerebrali	35	47,9
332	Morbo di parkinson	34	49,6
Totale ricoveri di lungodegenza post-acuzie		1.986	

Fonte: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Archivio SDO



Parte Terza

Le risorse

Le risorse

1. IL PERSONALE DIPENDENTE DELL'AZIENDA SANITARIA

1.1. IL PERSONALE IN SERVIZIO

Al 31.12.2007 il personale dipendente dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige risulta pari a 9.086 unità, corrispondente a 7.958,10 unità equivalenti.

Il 32,6% del totale personale dipendente è impiegato a part-time, pari a 2.964 unità.

Il 45,3% della spesa corrente totale (478,131 milioni di euro) sostenuta dall'Azienda Sanitaria, è destinata al personale.

In termini equivalenti, il 69,8% del personale dipendente presso l'Azienda Sanitaria è femminile.

Oltre il 60% del totale personale dipendente è impiegato nell'area ospedaliera. Seguono l'area di supporto non sanitaria e l'area territoriale, con rispettivamente il 16,3% ed il 14,9%. L'area strategica impiega il 7,6% del personale dipendente.

La figura professionale predominante è quella del personale infermieristico (32,5%).

In Provincia vi sono 16,5 unità equivalenti di personale dipendente per 1.000 abitanti.

Il personale è la principale risorsa utilizzata dal servizio sanitario pubblico. Ciò è testimoniato dal fatto che il 45,3% della spesa corrente totale sostenuta dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige 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, 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 dai singoli comprensori sanitari – e viene aggiornato periodicamente, mediante l'invio dei dati dai CED dei comprensori sanitari 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 31.12.2007) ed in termini equivalenti, considerando il tempo di impiego effettivo del personale durante tutto il 2007 (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 più informativa dei dati grezzi, in quanto concerne valori omogenei sulla quantità 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 2007 (periodo lavorativo considerato dal 01.01.2007 al 31.12.2007).

Come per la precedente edizione della Relazione sanitaria, in assenza dei tempi effettivi di impiego, l'algoritmo di calcolo del personale equivalente considera la posizione contrattuale di ogni singolo dipendente, senza togliere le assenze.

Il presente capitolo contiene l'analisi complessiva a livello provinciale del personale dipendente dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, e quest'anno, per la prima volta, i dati relativi al personale dipendente sono anche distinti per sesso. Per approfondimenti ed analisi più dettagliate, relative ai singoli comprensori sanitari 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 dell'Azienda Sanitaria 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 presso l'Azienda Sanitaria. 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 31.12.2007).

1.1.1.1. Totale personale dipendente per area d'impiego

Il contingente di personale dipendente in servizio presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige al 31.12.2007 risulta pari a 9.086 unità, registrando un incremento dello 0,9% rispetto al 2006. In particolare è aumentata la quota di personale con contratto a part-time (2.964 unità; 32,6% del totale; +3,8% rispetto al 2006), a fronte di una riduzione del personale a tempo pieno (6.122 unità; 67,4% del totale; -0,4% rispetto al 2006). In termini equivalenti il numero complessivo di dipendenti corrisponde a 7.958,10 unità (+1,3% rispetto al 2006), di cui il 69,8% composto da operatori di sesso femminile (6.683 unità) e il rimanente 30,2% da maschi (2.403 unità). Differenze tra i due sessi si osservano anche in relazione al tipo di contratto (43,2% delle donne sono impiegate a part-time vs 3,2% dei maschi).

**NUMERO TOTALE
PERSONALE
DIPENDENTE**

Tabella 1: Personale dipendente per area e per sesso – Anno 2007

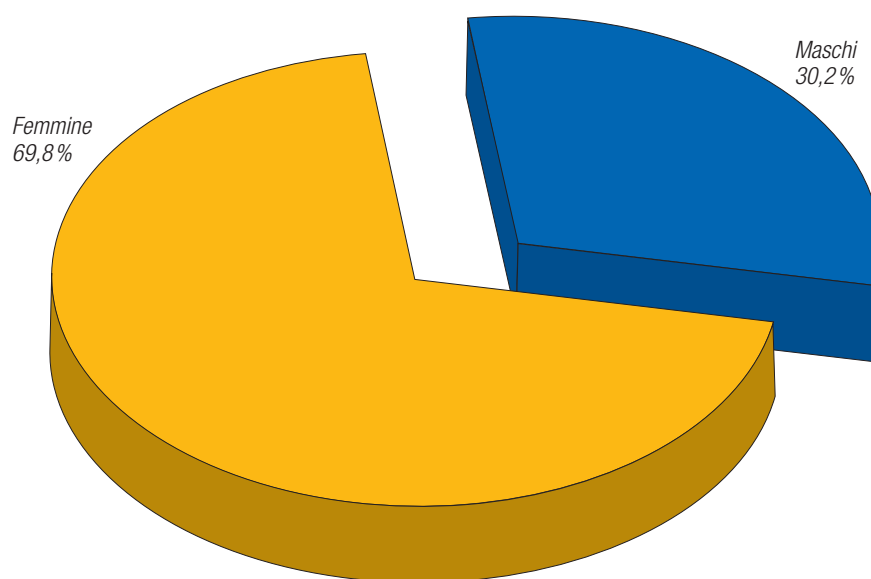
Area	Maschi			Femmine			Totale		
	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ
Area Strategica	12	265	275,93	162	230	326,84	174	495	602,77
Area di Supporto non sanitaria	31	576	605,44	415	434	694,21	446	1.010	1.299,65
Area Ospedaliera	21	1.185	1.210,56	1.684	2.601	3.619,60	1.705	3.786	4.830,16
Area Territoriale	13	294	303,06	609	510	880,61	622	804	1.183,67
Non indicata	–	6	7,00	17	21	34,85	17	27	41,85
Totale	77	2.326	2.401,99	2.887	3.796	5.556,11	2.964	6.122	7.958,10

Fonte: dati SIPS

Considerando l'indicatore "personale dipendente sulla popolazione residente", a livello provinciale si registra un valore di 16,5 unità equivalenti di personale per 1.000 abitanti. In particolare, vi sono, 11,5 dipendenti di sesso femminile ogni 1.000 abitanti, a fronte di una quota di 5,0 maschi.

**PERSONALE SU
POPOLAZIONE RESIDENTE**

Figura 1: Totale personale equivalente dipendente per sesso – Anno 2007

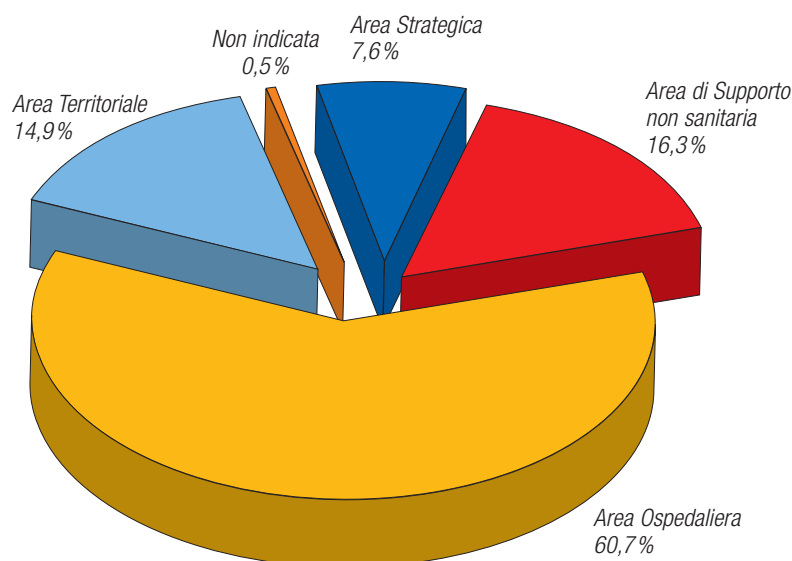


Fonte: dati SIPS

Distinguendo per area di impiego, si osserva che oltre il 60% del personale dipendente (in termini equivalenti) è impiegato nell'area ospedaliera. Seguono l'area di supporto non sanitaria e l'area territoriale, con rispettivamente il 16,3% ed il 14,9%. L'area strategica impiega il 7,6% del personale dipendente, mentre per lo 0,5% dei casi non è stato possibile assegnare un'area di impiego.

**PERSONALE PER
AREA DI IMPIEGO**

Figura 2: Totale personale equivalente dipendente per area di impiego – Anno 2007



Fonte: dati SIPS

Tabella 2: Differenza percentuale 2007-2006, valori assoluti di personale dipendente per area

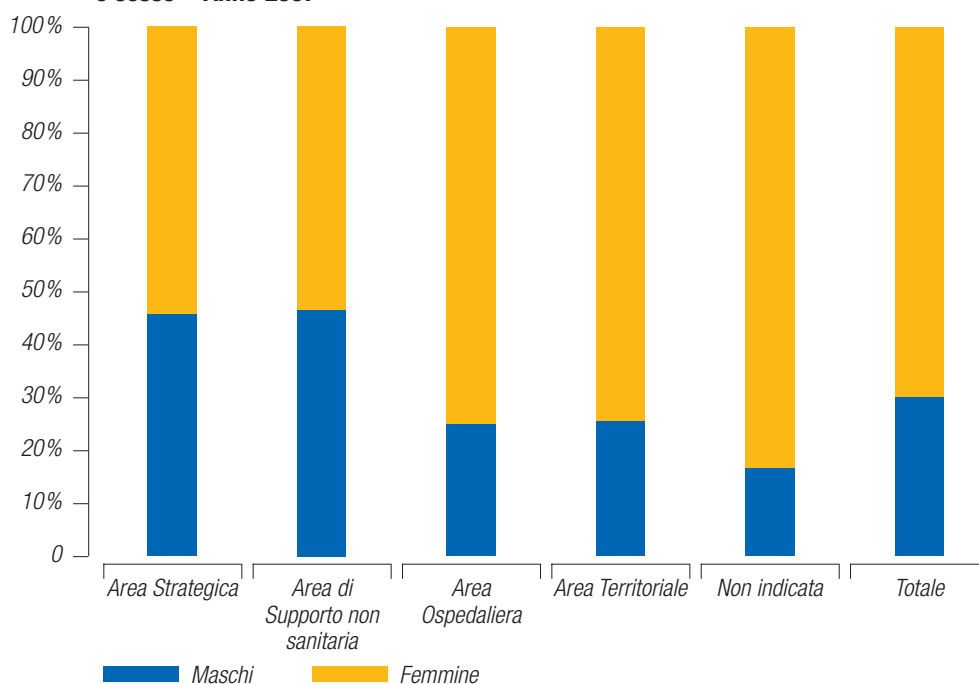
Area	Part-Time	Tempo pieno	Equivalente
Area Strategica	0,6%	-4,8%	-3,4%
Area di Supporto non sanitaria	3,5%	-3,2%	-0,2%
Area Ospedaliera	2,5%	0,3%	1,6%
Area Territoriale	6,0%	-0,7%	0,5%
Totale	3,8%	-0,4%	1,3%

Fonte: dati SIPS

Rispetto al 2006, nell'area ospedaliera si registra un lieve incremento di personale equivalente (+1,6%), mentre nelle aree di supporto non sanitaria e territoriale il contingente di personale si è mantenuto pressoché invariato, a differenza dell'area strategica in cui è diminuito sensibilmente (-3,4%).

Come osservato in precedenza, in tutte le aree di impiego si osserva una netta prevalenza della componente femminile, in particolare presso l'area ospedaliera dove la percentuale di donne raggiunge il 75% dei dipendenti.

Figura 3: Totale personale equivalente dipendente dell'Azienda Sanitaria per area di impiego e sesso – Anno 2007



Fonte: dati SIPS

1.1.1.2. Personale dipendente per figura professionale

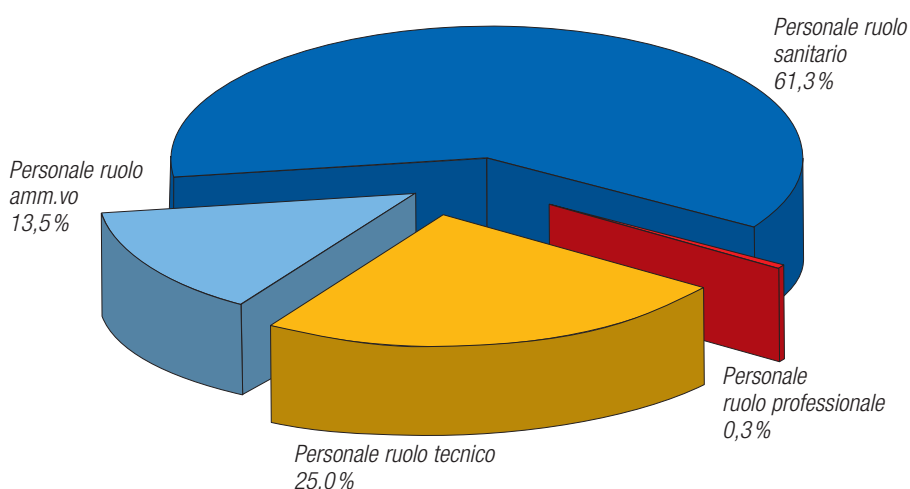
Il 61,3% del personale dipendente presso l'Azienda Sanitaria appartiene al ruolo sanitario, il 25,0% al ruolo tecnico, il 13,5% al ruolo amministrativo e lo 0,3% al ruolo professionale.

Tabella 3: Personale dipendente per ruolo / figura professionale e per sesso – Anno 2007

Area	Maschi			Femmine			Totale		
	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ
Dirigenza medica (incl. odontoiatri e veterinari)	1	649	657,13	29	340	348,07	30	989	1.005,20
Personale infermieristico	12	279	290,13	1.244	1.530	2.294,19	1.256	1.809	2.584,32
Personale laureato non medico	2	54	57,51	50	111	141,53	52	165	199,04
Pers. tecnico.-san., di riabilitazione	9	262	270,26	398	582	817,87	407	844	1.088,13
Pers. ruolo sanitario	24	1.244	1.275,03	1.721	2.563	3.601,66	1.745	3.807	4.876,69
Pers. ruolo professionale	1	13	14,71	5	6	9,35	6	19	24,06
Pers. ruolo tecnico	41	891	922,00	642	677	1.063,76	683	1.568	1.985,76
Pers. ruolo amm.vo	11	178	190,25	519	550	881,34	530	728	1.071,59
Totale	77	2.326	2.401,99	2.887	3.796	5.556,11	2.964	6.122	7.958,10

Fonte: dati SIPS

Figura 4: Totale personale equivalente medio dipendente dell'Azienda Sanitaria per ruolo professionale – Anno 2007



Fonte: dati SIPs

Tabella 4: Percentuale di personale dipendente per ruolo / figura professionale e per sesso – Anno 2007

Area	Maschi				Femmine				Totale			
	P.T.	T.P.	EQ	EQ *	P.T.	T.P.	EQ	EQ *	P.T.	T.P.	EQ	EQ *
Dirigenza medica (incl. odontoiatri e veterinari)	1,3%	27,9%	27,4%	65,4%	1,0%	9,0%	6,3%	34,6%	1,0%	16,2%	12,6%	100,0%
Personale infermieristico	15,6%	12,0%	12,1%	11,2%	43,1%	40,3%	41,3%	88,8%	42,4%	29,5%	32,5%	100,0%
Personale laureato non medico	2,6%	2,3%	2,4%	28,9%	1,7%	2,9%	2,5%	71,1%	1,8%	2,7%	2,5%	100,0%
Pers. tecnico - san., di riabilitazione	11,7%	11,3%	11,3%	24,8%	13,8%	15,3%	14,7%	75,2%	13,7%	13,8%	13,7%	100,0%
Pers. ruolo sanitario	31,2%	53,5%	53,1%	26,1%	59,6%	67,5%	64,8%	73,9%	58,9%	62,2%	61,3%	100,0%
Pers. ruolo professionale	1,3%	0,6%	0,6%	61,1%	0,2%	0,2%	0,2%	38,9%	0,2%	0,3%	0,3%	100,0%
Pers. ruolo tecnico	53,2%	38,3%	38,4%	46,4%	22,2%	17,8%	19,1%	53,6%	23,0%	25,6%	25,0%	100,0%
Pers. ruolo amm.vo	14,3%	7,7%	7,9%	17,8%	18,0%	14,5%	15,9%	82,2%	17,9%	11,9%	13,5%	100,0%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	30,2%	100,0%	100,0%	100,0%	69,8%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

* Percentuale calcolata per figura/ruolo professionale

Fonte: dati SIPs

Distinguendo per sesso, si osserva che in ciascuna categoria risultano prevalenti le donne, ad eccezione del ruolo professionale in cui si rileva un numero superiore di dipendenti maschi (61,1%). All'interno del ruolo sanitario, tuttavia, la componente di personale medico (inclusi odontoiatri e veterinari) di genere maschile risulta superiore a quella femminile (65,4% vs 34,6%).

Rispetto alla popolazione residente, a livello provinciale si registrano 10,1 unità equivalenti di personale del ruolo sanitario su 1.000 abitanti, 4,1 unità equivalenti di personale del ruolo tecnico e 2,2 unità equivalenti del ruolo amministrativo.

**PERSONALE DISTINTO
PER RUOLO E SESSO SU
POPOLAZIONE RESIDENTE**

Tabella 5: **Personale equivalente medio in servizio per ruolo professionale e per sesso per 1.000 abitanti – Anno 2007**

Ruolo	Maschi	Femmine	Totale
Pers. ruolo sanitario	2,6	7,5	10,1
Pers. ruolo professionale	0,0	0,0	0,0
Pers. ruolo tecnico	1,9	2,2	4,1
Pers. ruolo amm.vo	0,4	1,8	2,2
Totale	5,0	11,5	16,5

Fonte: dati SIPS, dati ASTAT

1.1.2. Personale dipendente nell'area strategica

La rilevazione dei dati sul personale dipendente nell'area strategica dell'Azienda Sanitaria prevede l'aggregazione del personale operante presso i seguenti centri di responsabilità: Costi comuni, Direzione di Comprensorio, Direzione amministrativa ospedali, Direzione generale, Direzione infermieristica, Direzione medica di struttura, Ufficio relazioni con il pubblico. 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 nell'area strategica dell'Azienda Sanitaria al 31.12.2007 risulta pari a 669 unità, corrispondenti a 602,77 unità equivalenti impiegate durante l'intero 2007. Il 26% del personale ha un impiego part-time, mentre il 74% è assunto a tempo pieno. Il personale femminile costituisce il 54,2% del personale complessivo e risulta impiegato per oltre il 40% a part-time. Il personale maschile (45,8% del personale totale dell'area strategica), invece, risulta assunto a tempo pieno per oltre il 95%.

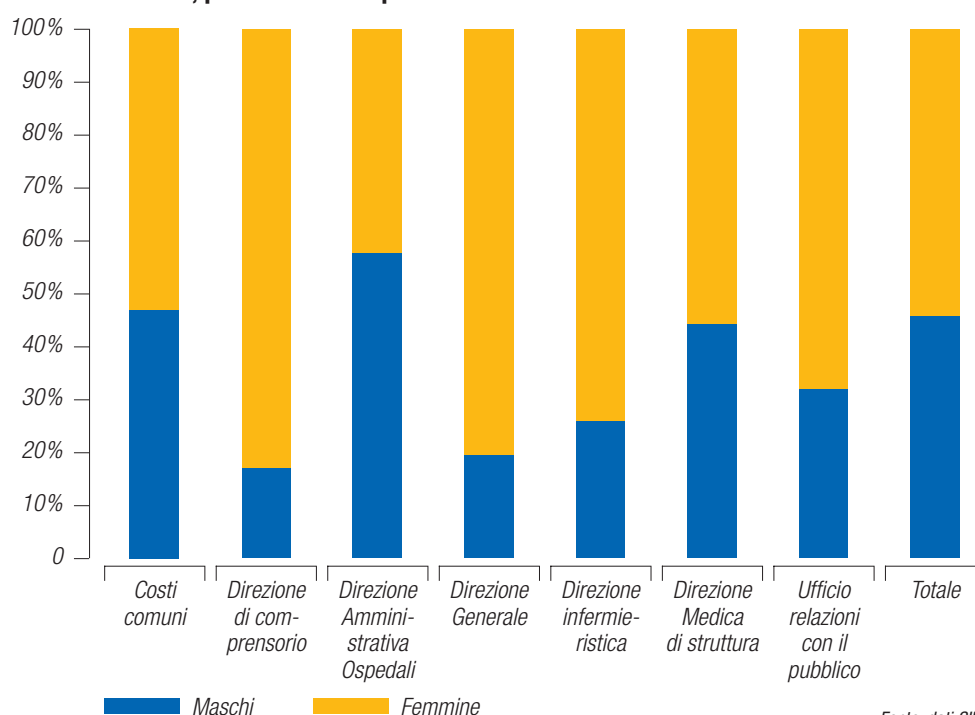
Tabella 6: **Totale personale dipendente nell'area strategica per sesso – Anno 2007**

Centro di responsabilità	Maschi			Femmine			Totale		
	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ
Costi comuni	–	2	2,00	2	1	2,26	2	3	4,26
Direzione di comprensorio	–	5	5,95	14	18	28,80	14	23	34,75
Direzione Amministrativa Ospedali	6	128	131,31	54	66	95,86	60	194	227,17
Direzione Generale	–	3	3,00	3	9	12,28	3	12	15,28
Direzione infermieristica	–	11	11,57	12	28	32,92	12	39	44,49
Direzione Medica di struttura	6	114	120,10	74	106	150,48	80	220	270,58
Ufficio relazioni con il pubblico	–	2	2,00	3	2	4,24	3	4	6,24
Totale	12	265	275,93	162	230	326,84	174	495	602,77

Fonte: dati SIPS

Considerando i singoli centri di responsabilità, si rileva che il 44,9% del personale dell'area strategica è impiegato nelle direzioni mediche di struttura ed il 37,7% nelle direzioni amministrative degli ospedali. Si osserva, inoltre, che in tutti i centri risulta prevalente il personale femminile ad eccezione delle direzioni amministrative degli ospedali dove è maggiore il numero di dipendenti di sesso maschile.

Figura 5: Totale personale equivalente medio dipendente nell'area strategica dell'Azienda Sanitaria, per centro di responsabilità e sesso – Anno 2007



Fonte: dati SIPS

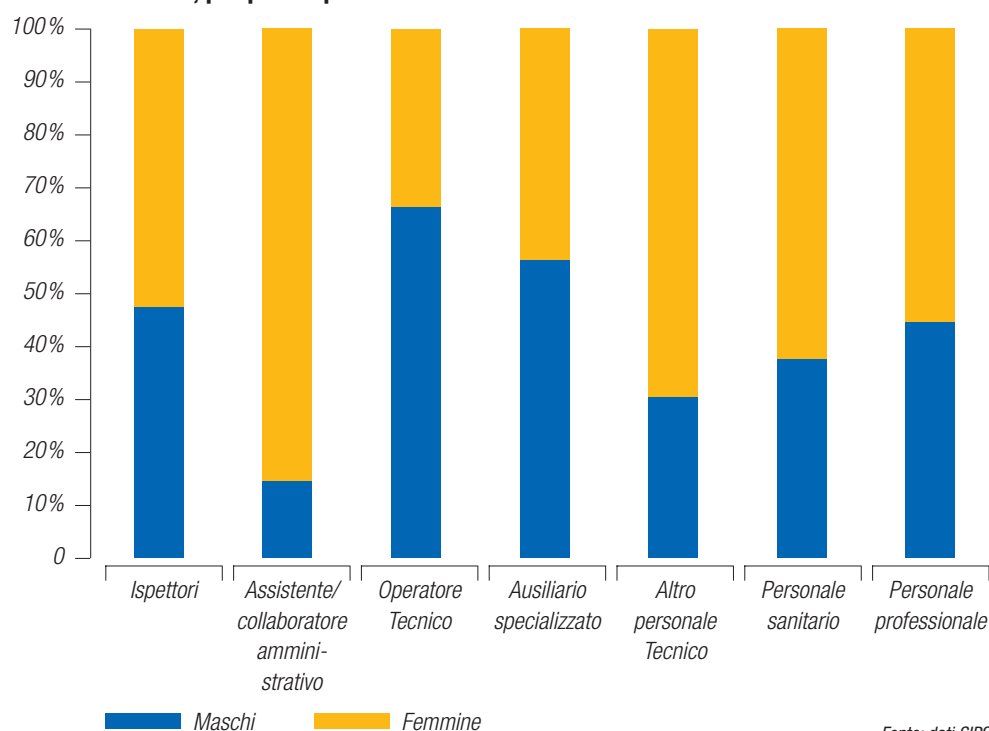
Tabella 7: Totale personale dipendente nell'area strategica, per figura professionale e per sesso – Anno 2007

Figura professionale	Maschi		Femmine		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Ispettori	6	6,95	8	7,69	14	14,64
Assistente/collaboratore amministrativo	23	22,66	160	133,53	183	156,19
Operatore Tecnico	148	146,38	92	74,08	240	220,46
Ausiliario specializzato	61	60,79	58	47,31	119	108,10
Altro personale Tecnico	3	3,00	8	6,84	11	9,84
Personale sanitario	30	29,44	56	49,04	86	78,48
Personale professionale	6	6,71	10	8,35	16	15,06
Totale	277	275,93	392	326,84	669	602,77

Fonte: dati SIPS

La figura professionale presente con maggior frequenza nell'area strategica è quella dell'operatore tecnico, con un volume complessivo di 240 persone (220,46 unità equivalenti), pari al 35,9% del totale personale dipendente nell'area strategica dell'Azienda Sanitaria. Segue l'assistente e/o il collaboratore amministrativo (183 unità; 27,4% del totale). La distribuzione del personale per genere e profilo professionale, evidenzia una prevalenza di dipendenti maschi per i profili dell'operatore tecnico (66,4%) e dell'ausiliario specializzato (56,2%). Per i restanti profili prevale il personale femminile.

Figura 6: **Totale personale equivalente medio dipendente nell'area strategica dell'Azienda Sanitaria, per profilo professionale e sesso – Anno 2007**



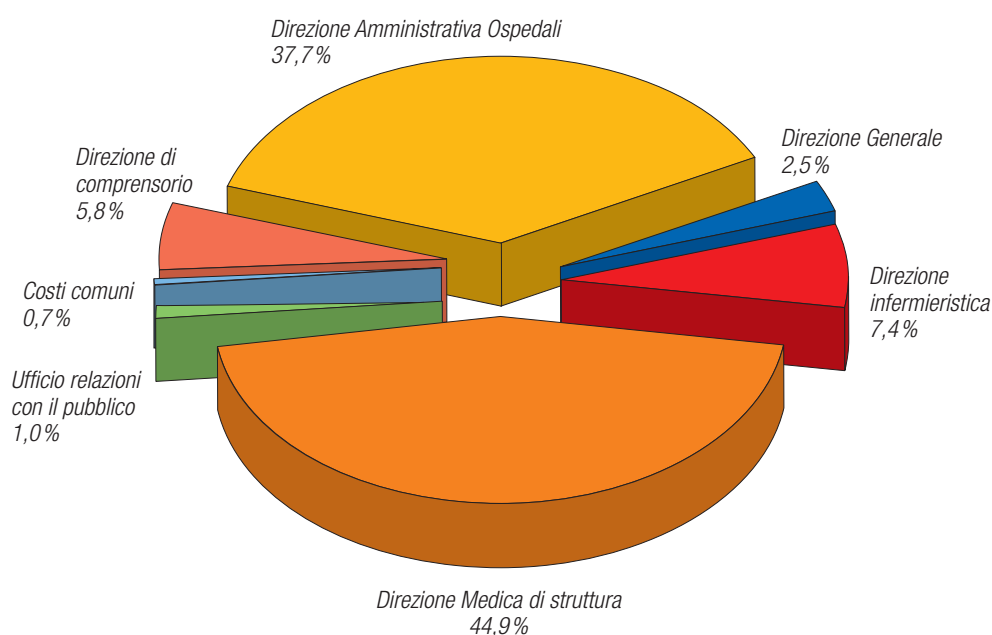
Fonte: dati SIPS

Tabella 8: **Totale personale dipendente nell'area strategica, per figura professionale – Anno 2007**

Centro di responsabilità		Ispettori	Ass./coll. amm.vo	Operat. tecnico	Ausiliari specializz.	Altro person. tecnico	Person. sanitario	Person. profess.	Totale
Costi comuni	N	–	1	–	1	–	3	–	5
	EQ	–	0,50	–	1	–	2,76	–	4,26
Direzione di Comprensorio	N	3	25	2	3	–	1	3	37
	EQ	3,70	22,05	2,00	3,00	–	1,00	3,00	34,75
Direzione Amministrativa Ospedali	N	5	75	133	38	2	1	–	254
	EQ	5,00	63,35	124,66	31,16	2,00	1,00	–	227,17
Direzione Generale	N	3	9	–	–	1	2	–	15
	EQ	2,94	9,34	–	–	1,00	2,00	–	15,28
Direzione infermieristica	N	–	19	–	–	–	32	–	51
	EQ	–	13,94	–	0,17	–	30,38	–	44,49
Direzione Medica di struttura	N	1	49	105	77	8	47	13	300
	EQ	1,00	42,77	93,80	72,77	6,84	41,34	12,06	270,58
Ufficio relazioni con il pubblico	N	2	5	–	–	–	–	–	7
	EQ	2,00	4,24	–	–	–	–	–	6,24
Totale	N	14	183	240	119	11	86	16	669
	EQ	14,64	156,19	220,46	108,10	9,84	78,48	15,06	602,77

Fonte: dati SIPS

Figura 7: Totale personale equivalente medio dipendente nell'area strategica, per sottoarea di impiego – Anno 2007



Fonte: dati SIPS

1.1.3. Personale dipendente nell'area di supporto non sanitaria

La rilevazione dei dati sul personale dipendente nell'area di supporto non sanitaria dell'Azienda Sanitaria prevede in particolare l'aggregazione del personale operante presso i seguenti centri di responsabilità: Direzione affari generali, Ripartizione economato-provveditorato, Ripartizione economico-finanziaria, Ripartizione informatica, Ripartizione patrimoniale-tecnica, Ripartizione personale, Ripartizione prestazioni, Formazione-scuole.

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, ingegneri), 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 nell'area di supporto non sanitaria dell'Azienda al 31.12.2007 risulta pari a 1.456 unità, corrispondenti a 1.299,65 unità equivalenti impiegate durante l'intero 2007. Il 30,6% del personale ha un impiego part-time, mentre il 69,4% è assunto a tempo pieno. Il personale femminile costituisce il 53,4% del personale complessivo e risulta impiegato per il 48,9% a part-time. Il personale maschile (46,6% del personale totale dell'area di supporto non sanitaria), invece, risulta assunto a tempo pieno nel 94,9% dei casi.

Tabella 9: Totale personale dipendente nell'area di supporto non sanitaria per sesso – Anno 2007

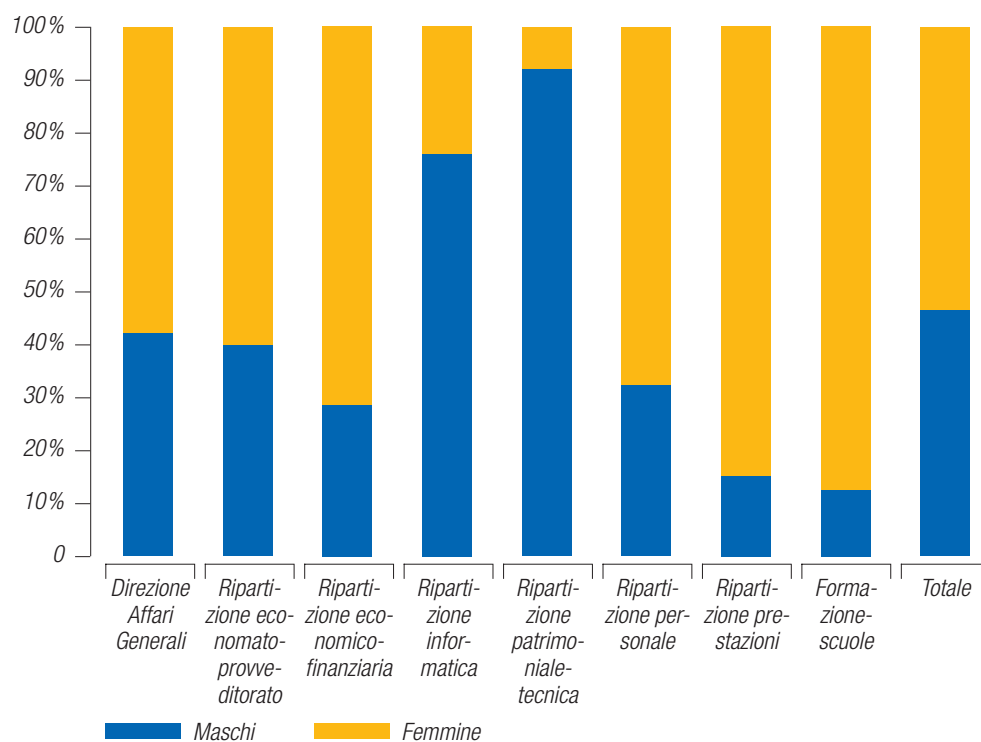
Centro di responsabilità	Maschi			Femmine			Totale		
	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ
Direzione Affari Generali	–	4	4,50	4	4	6,15	4	8	10,65
Ripartizione economato-provveditorato	19	261	274,98	263	249	412,76	282	510	687,74
Ripartizione economico-finanziaria	3	17	21,72	25	40	54,28	28	57	76,00
Ripartizione informatica	–	49	49,75	10	10	15,67	10	59	65,42
Ripartizione patrimoniale-tecnica	8	191	199,21	13	8	17,03	21	199	216,24
Ripartizione personale	–	35	35,38	39	49	73,87	39	84	109,25
Ripartizione prestazioni	1	17	17,88	59	60	100,29	60	77	118,17
Formazione-scuole	–	2	2,02	2	14	14,16	2	16	16,18
Totale	31	576	605,44	415	434	694,21	446	1.010	1.299,65

Fonte: dati SIPs

Considerando i singoli centri di responsabilità, si rileva che il 52,9% del personale dell'area di supporto non sanitaria è impiegato nelle ripartizioni economato-provveditorato; seguono la ripartizione patrimoniale-tecnica e la ripartizione prestazioni (rispettivamente 16,6% e 9,1% del personale totale nell'area).

Si osserva, inoltre, che in tutti i centri risulta prevalente il personale femminile ad eccezione della ripartizione patrimoniale-tecnica e di quella informatica.

Figura 8: Totale personale equivalente medio dipendente nell'area di supporto non sanitaria dell'Azienda Sanitaria, per centro di responsabilità e sesso – Anno 2007



Fonte: dati SIPs

Tabella 10: Totale personale dipendente nell'area di supporto non sanitaria, per figura professionale e per sesso – Anno 2007

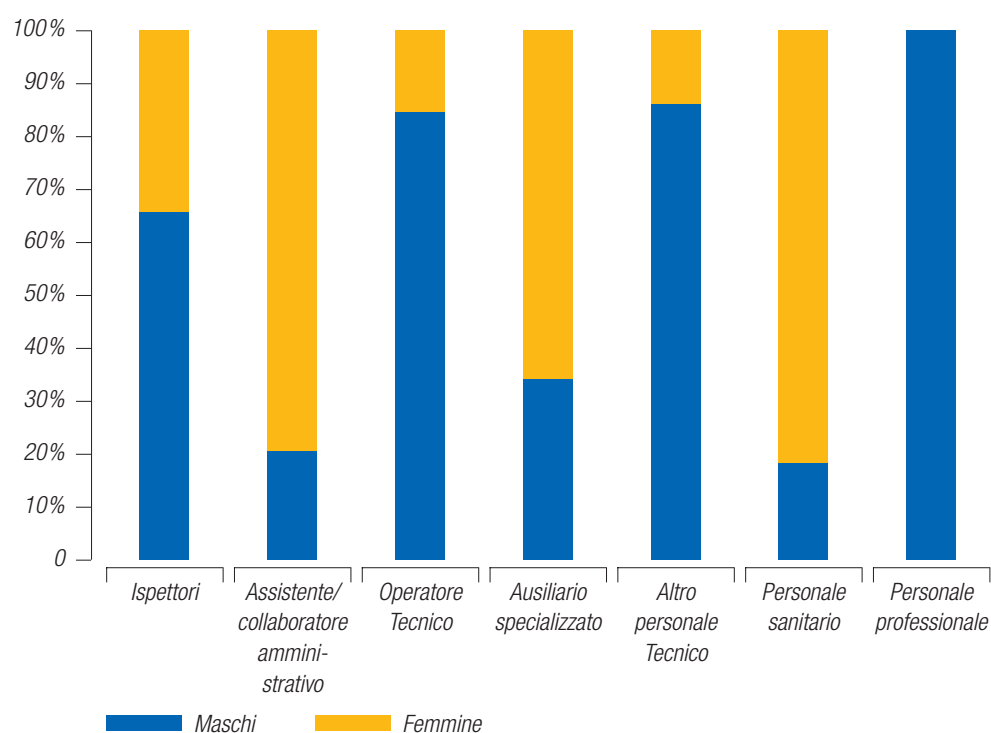
Figura professionale	Maschi		Femmine		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Ispettori	41	41,04	21	21,34	62	62,38
Assistente/collaboratore amministrativo	64	64,78	302	249,07	366	313,85
Operatore Tecnico	271	270,33	55	49,22	326	319,55
Ausiliario specializzato	174	169,23	413	325,49	587	494,72
Altro personale Tecnico	43	44,71	9	7,25	52	51,96
Personale sanitario	8	9,35	49	41,84	57	51,19
Personale professionale	6	6,00	–	–	6	6,00
Totale	607	605,44	849	694,21	1.456	1.299,65

Fonte: dati SIPs

La figura professionale prevalente in termini equivalenti risulta essere quella dell'ausiliario specializzato, con un volume complessivo di 494,72 unità equivalenti, pari al 38,1% del totale personale dipendente nell'area di supporto non sanitaria dell'Azienda Sanitaria. Seguono le figure professionali di operatore tecnico e assistente/collaboratore amministrativo che coprono rispettivamente il 24,6% ed il 24,1% del totale personale operante in quest'area.

I dipendenti di genere maschile prevalgono per i profili del personale professionale (100,0%), dell'ispettore (65,8%), dell'operatore tecnico (84,6%) e dell'altro personale tecnico (86,0%). Il personale sanitario e amministrativo è composto in prevalenza da operatrici donne.

Figura 9: Totale personale equivalente medio dipendente nell'area di supporto non sanitaria dell'Azienda Sanitaria, per profilo professionale e sesso – Anno 2007



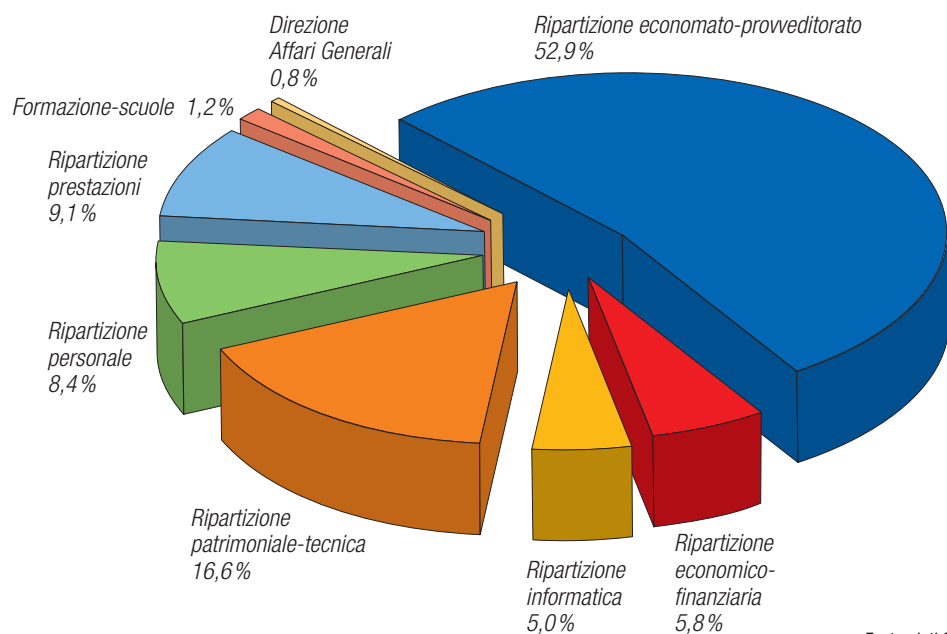
Fonte: dati SIPs

Tabella 11: Totale personale dipendente nell'area di supporto non sanitaria, per figura professionale – Anno 2007

Centro di responsabilità		Ispettori	Ass./coll. amm. vo	Operat. tecnico	Ausiliari specializz.	Altro person. tecnico	Person. sanitario	Person. profess.	Totale
Direzione Affari Generali	N	5	7	–	–	–	–	–	12
	EQ	5,00	5,15	–	0,50	–	–	–	10,65
Ripartizione economato-provveditorato	N	14	68	158	551	1	–	–	792
	EQ	14,60	59,42	152,88	459,84	1,00	–	–	687,74
Ripartizione economico-finanziaria	N	6	52	–	–	–	27	–	85
	EQ	6,73	42,10	–	–	–	27,17	–	76,00
Ripartizione informatica	N	3	10	13	–	42	–	1	69
	EQ	3,00	7,50	12,92	–	41,00	–	1	65,42
Ripartizione patrimoniale-tecnica	N	5	18	151	32	9	–	5	220
	EQ	5,00	14,53	150,21	31,54	9,96	–	5	216,24
Ripartizione personale	N	19	102	–	2	–	–	–	123
	EQ	18,17	89,58	–	1,50	–	–	–	109,25
Ripartizione prestazioni	N	10	109	4	2	–	12	–	137
	EQ	9,88	95,57	3,54	1,34	–	7,84	–	118,17
Formazione-scuole	N	–	–	–	–	–	18	–	18
	EQ	–	–	–	–	–	16,18	–	16,18
Totale	N	62	366	326	587	52	57	6	1.456
	EQ	62,38	313,85	319,55	494,72	51,96	51,19	6,00	1.299,65

Fonte: dati SIPS

Figura 10: Totale personale equivalente medio dipendente nell'area di supporto non sanitaria dell'Azienda Sanitaria, per sottoarea di impiego – Anno 2007



Fonte: dati SIPS

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 60,7% del totale personale equivalente dipendente nell'Azienda Sanitaria, che in termini equivalenti corrispondono a 4.830,16 unità; 2.981,73 operatori equivalenti (pari al 61,7%) sono impiegati nei reparti ospedalieri degli istituti di ricovero della Provincia, e le rimanenti 1.848,43 unità sono impiegate presso i servizi dei presidi ospedalieri.

Tabella 12: Totale personale dipendente nell'area ospedaliera per sesso – Anno 2007

Area	Maschi			Femmine			Totale		
	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ
Totale reparti ospedalieri	6	666	675,84	1.001	1.690	2.305,89	1.007	2.356	2.981,73
Totale servizi ospedalieri	15	519	534,72	683	911	1.313,71	698	1.430	1.848,43
Totale	21	1.185	1.210,56	1.684	2.601	3.619,60	1.705	3.786	4.830,16

Fonte: dati SIPs

Tabella 13: Totale personale dipendente nell'area ospedaliera, per ospedale – Anno 2007

Area	Bolzano	Merano	Silandro	Bressanone	Vipiteno	Brunico	San Candido	Totale
Personale Part-Time								
Totale reparti ospedalieri	327	186	34	174	52	185	49	1.007
Totale servizi ospedalieri	276	131	48	85	3	135	20	698
Totale	603	317	82	259	55	320	69	1.705
Personale a tempo pieno								
Totale reparti ospedalieri	1.007	464	74	319	80	319	93	2.356
Totale servizi ospedalieri	650	295	38	184	27	193	43	1.430
Totale	1.657	759	112	503	107	512	136	3.786
Personale equivalente								
Totale reparti ospedalieri	1.216,32	585,42	95,70	428,71	111,01	420,04	124,53	2.981,73
Totale servizi ospedalieri	831,40	371,72	66,33	234,44	28,68	263,89	51,97	1.848,43
Totale	2.047,72	957,14	162,03	663,15	139,69	683,93	176,50	4.830,16

Fonte: dati SIPs

Il 42,4% del personale complessivo dell'area ospedaliera opera presso il presidio ospedaliero di Bolzano, a fronte del 2,9% di personale impiegato presso l'Ospedale di Vipiteno.

La distribuzione del personale dell'area ospedaliera per genere, evidenzia una componente prevalente di personale femminile sia nei reparti ospedalieri, sia nell'ambito dei servizi ospedalieri (rispettivamente 77,3% e 71,1%).

Il 31,1% del personale dipendente nell'area ospedaliera dell'Azienda è impiegato part-time (+0,6% rispetto al 2006), con differenze marcate tra donne e uomini (39,3% vs 1,7%).

Personale dipendente nei reparti ospedalieri

Come emerso in precedenza, la componente prevalente di personale che opera presso i reparti dei presidi ospedalieri altoatesini è di sesso femminile (77,3%); di questo contingente (2.691 operatrici, pari a 2.305,89 unità equivalenti), il 37,2% è impiegato a part-time. Il personale maschile (672 operatori, pari a 675,84 unità equivalenti) è quasi esclusivamente impiegato a tempo pieno (99,1%).

Il 15,8% del totale personale dipendente opera nei reparti di Medicina degli ospedali della Provincia, l'11,4% è operante nei reparti di Anestesia e Rianimazione, segue il 9,8% nei reparti di Chirurgia, il 9,2% nei reparti di Ostetricia e Ginecologia, l'8,4% nei reparti di Pediatria, mentre l'8,0% è impiegato nei reparti di Ortopedia e Traumatologia. Queste 6 tipologie di reparti ospedalieri coprono complessivamente il 63% circa del totale personale operante nei reparti dell'area ospedaliera dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

Tabella 14: Totale personale dipendente nei reparti ospedalieri per sesso – Anno 2007

Reparto	Maschi			Femmine			Totale		
	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ
Anestesia e R.	2	108	109,65	50	197	230,47	52	305	340,12
Cardiologia	–	26	26,00	18	39	50,76	18	65	76,76
Chirurgia 1	1	59	60,66	93	149	205,37	94	208	266,03
Chirurgia 2	–	13	11,34	4	12	14,68	4	25	26,02
Chir. Pediatrica	–	4	4,00	2	13	14,08	2	17	18,08
Chir. Vasc. Tor.	–	8	7,84	16	15	24,40	16	23	32,24
Dermatologia	–	8	8,00	37	29	52,44	37	37	60,44
Ematologia	–	15	13,84	23	33	49,16	23	48	63,00
Gastroenterol.	–	16	15,10	7	25	30,40	7	41	45,50
Geriatria	–	18	17,50	38	61	85,26	38	79	102,76
Lungodegenza	–	–	–	3	11	12,27	3	11	12,27
Malattie infettive	–	12	11,64	4	12	13,60	4	24	25,24
Medicina 1	–	73	76,09	138	243	330,67	138	316	406,76
Medicina 2	1	18	19,28	24	32	46,02	25	50	65,30
Nefrologia - Emodialisi	–	13	13,30	32	40	62,32	32	53	75,62
Neurochirurgia	–	7	6,35	3	15	17,29	3	22	23,64
Neurologia	1	11	12,08	10	22	28,08	11	33	40,16
Nido	–	–	–	44	33	62,66	44	33	62,66
Ocullistica	1	15	16,69	20	34	41,14	21	49	57,83
Odontostom.	–	6	6,00	4	13	15,41	4	19	21,41
Oncologia m.	–	1	1,00	12	20	27,40	12	21	28,40
Ortopedia e t.	–	69	71,37	82	122	168,43	82	191	239,80
Ostetricia/G.	–	30	30,67	117	176	243,77	117	206	274,44
Otorinolarin.	–	17	16,83	29	50	67,92	29	67	84,75
Pediatria	–	24	21,96	104	167	229,12	104	191	251,08
Pneumologia	–	14	14,50	8	20	25,44	8	34	39,94
Psichiatria	–	53	54,86	40	68	93,42	40	121	148,28
Urologia	–	28	29,29	39	39	63,91	39	67	93,20
Totale	6	666	675,84	1.001	1.690	2.305,89	1.007	2.356	2.981,73

Fonte: dati SIPs

Tabella 15: Totale personale dipendente nei reparti ospedalieri per ospedale – Anno 2007

Reparto		Bolzano	Merano	Silandro	Bressa- none	Vipiteno	Brunico	San Candido	Totale
Anestesia e Rianim.	PT	14	9	3	13	3	9	1	52
	TP	116	66	17	51	10	39	6	305
	EQ	127,40	73,49	19,64	58,56	11,19	43,35	6,49	340,12
Cardiologia	PT	18	–	–	–	–	–	–	18
	TP	58	7	–	–	–	–	–	65
	EQ	69,46	7,3	–	–	–	–	–	76,76
Chirurgia 1	PT	6	15	11	15	10	27	10	94
	TP	32	37	24	24	24	42	25	208
	EQ	35,79	47	31,26	33,72	30,14	54,74	33,38	266,03
Chirurgia 2	PT	4	–	–	–	–	–	–	4
	TP	25	–	–	–	–	–	–	25
	EQ	26,02	–	–	–	–	–	–	26,02
Chirurgia pediatrica	PT	2	–	–	–	–	–	–	2
	TP	17	–	–	–	–	–	–	17
	EQ	18,08	–	–	–	–	–	–	18,08
Chirurgia Vasc.	PT	16	–	–	–	–	–	–	16
	TP	20	–	–	3	–	–	–	23
	EQ	29,24	–	–	3	–	–	–	32,24
Dermatologia	PT	22	10	–	–	–	5	–	37
	TP	23	9	–	–	–	5	–	37
	EQ	37,52	15,75	–	–	–	7,17	–	60,44
Ematologia	PT	23	–	–	–	–	–	–	23
	TP	48	–	–	–	–	–	–	48
	EQ	63	–	–	–	–	–	–	63
Gastroenterol.	PT	7	–	–	–	–	–	–	7
	TP	41	–	–	–	–	–	–	41
	EQ	45,50	–	–	–	–	–	–	45,50
Geriatria	PT	28	10	–	–	–	–	–	38
	TP	46	33	–	–	–	–	–	79
	EQ	62,51	40,25	–	–	–	–	–	102,76
Lungodegenza	PT	–	3	–	–	–	–	–	3
	TP	–	11	–	–	–	–	–	11
	EQ	–	12,27	–	–	–	–	–	12,27
Malattie infet.	PT	4	–	–	–	–	–	–	4
	TP	24	–	–	–	–	–	–	24
	EQ	25,24	–	–	–	–	–	–	25,24
Medicina 1	PT	10	37	13	17	15	28	18	138
	TP	50	79	23	47	23	70	24	316
	EQ	56,22	103,38	30,97	57,67	32,99	89,17	36,36	406,76
Medicina 2	PT	13	–	–	12	–	–	–	25
	TP	33	–	–	17	–	–	–	50
	EQ	40,10	–	–	25,20	–	–	–	65,30
Nefrologia - Emodialisi	PT	14	4	5	2	–	7	–	32
	TP	29	7	2	10	–	5	–	53
	EQ	38,34	9,81	5,33	11,16	–	10,98	–	75,62
Neurochirurgia	PT	3	–	–	–	–	–	–	3
	TP	22	–	–	–	–	–	–	22
	EQ	23,64	–	–	–	–	–	–	23,64
Neurologia	PT	7	1	–	–	–	3	–	11
	TP	23	6	–	–	–	4	–	33
	EQ	27,87	6,79	–	–	–	5,50	–	40,16
Nido	PT	13	9	–	9	6	7	–	44
	TP	9	14	–	4	2	4	–	33
	EQ	20,36	17,62	–	11,57	5,50	7,61	–	62,66
Oculistica	PT	12	–	–	–	–	9	–	21
	TP	22	7	–	–	–	20	–	49
	EQ	27,97	6,08	–	–	–	23,78	–	57,83

Reparto		Bolzano	Merano	Silandro	Bressa- none	Vipiteno	Brunico	San Candido	Totale
Odontostom.	PT	3	–	–	–	–	1	–	4
	TP	16	–	–	–	–	3	–	19
	EQ	17,58	–	–	–	–	3,83	–	21,41
Oncologia medica	PT	3	9	–	–	–	–	–	12
	TP	15	6	–	–	–	–	–	21
	EQ	17,44	10,96	–	–	–	–	–	28,40
Ortopedia e traum.	PT	5	10	–	30	–	37	–	82
	TP	45	58	–	45	–	43	–	191
	EQ	48,17	64,03	–	64,54	–	63,06	–	239,80
Ostetricia - Gin.	PT	18	12	–	32	16	26	13	117
	TP	61	35	5	29	14	35	27	206
	EQ	74,81	42,94	4,50	47,89	22,01	47,28	35,01	274,44
ORL	PT	15	8	–	6	–	–	–	29
	TP	29	17	–	21	–	–	–	67
	EQ	38,73	23,25	–	22,77	–	–	–	84,75
Pediatria	PT	40	29	2	15	2	9	7	104
	TP	105	25	3	17	7	23	11	191
	EQ	128,04	44,12	4	25,35	9,18	27,1	13,29	251,08
Pneumologia	PT	8	–	–	–	–	–	–	8
	TP	34	–	–	–	–	–	–	34
	EQ	39,94	–	–	–	–	–	–	39,94
Psichiatria	PT	4	5	–	14	–	17	–	40
	TP	42	15	–	38	–	26	–	121
	EQ	45,53	19,21	–	47,07	–	36,47	–	148,28
Urologia	PT	15	15	–	9	–	–	–	39
	TP	22	32	–	13	–	–	–	67
	EQ	31,82	41,17	–	20,21	–	–	–	93,20
Totale	PT	327	186	34	174	52	185	49	1.007
	TP	1.007	464	74	319	80	319	93	2.356
	EQ	1.216,32	585,42	95,7	428,71	111,01	420,04	124,53	2.981,73

Fonte: dati SIPS

La figura professionale maggiormente impiegata nei reparti dell'area ospedaliera dell'Azienda Sanitaria è quella del personale infermieristico. In termini equivalenti costituisce il 51,9% del totale personale impiegato (1.547,96 unità equivalenti). Il personale medico copre il 23,9%, mentre il restante 24,2% è composto da personale amministrativo, tecnico e da altro personale sanitario.

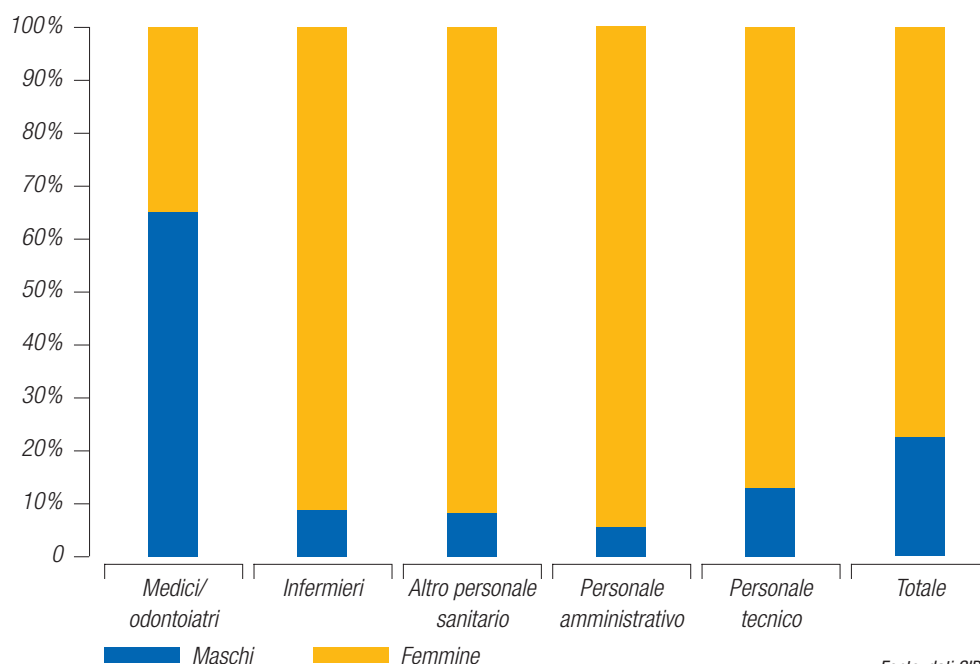
Tabella 16: **Totale personale dipendente nei reparti ospedalieri, per figura professionale e per sesso – Anno 2007**

Figura professionale	Maschi		Femmine		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Medici/odontoiatri	458	465,26	265	248,84	723	714,10
Infermieri	138	137,14	1.637	1.410,82	1.775	1.547,96
Altro personale sanitario	14	14,00	180	156,68	194	170,68
Personale amministrativo	10	8,72	193	148,50	203	157,22
Personale tecnico	52	50,72	416	341,05	468	391,77
Totale	672	675,84	2.691	2.305,89	3.363	2.981,73

Fonte: dati SIPS

Come emerso in precedenza, la distribuzione del personale per genere evidenzia che solamente per quanto riguarda la figura professionale del medico chirurgo vi è una prevalenza di personale maschile (65,2%). Per i restanti profili professionali domina ovunque, con valori oltre l'85% del personale equivalente, la componente femminile.

Figura 11: **Totale personale equivalente medio dipendente nei reparti ospedalieri dell'Azienda Sanitaria, per profilo professionale e sesso – Anno 2007**



La tipologia di reparto con il maggior numero di personale medico è rappresentata dalle unità operative di Medicina (114,87 unità equivalenti di personale, corrispondenti al 16,1% del totale personale medico operante nei reparti ospedalieri), seguite dai reparti di Anestesia e Rianimazione (96,69 unità equivalenti, 13,5%) e della Chirurgia (75,44 u.eq., pari al 10,6%).

I reparti di Medicina registrano anche il maggior numero di personale infermieristico con un totale di 243,95 unità equivalenti (15,8% del totale personale infermieristico), oltre alla quota prevalente di personale amministrativo e tecnico (rispettivamente 26,70 e 86,54 unità equivalenti).

Tabella 17: **Totale personale dipendente nei reparti ospedalieri, per figura professionale – Anno 2007**

Reparto	Medici/ odontoiatri		Infermieri		Altro personale sanitario		Personale amministr.		Personale tecnico		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Anestesia e R.	98	96,69	229	219,11	–	–	8	7,47	22	16,85	357	340,12
Cardiologia	26	25,04	43	40,40	–	–	10	7,03	4	4,29	83	76,76
Chirurgia 1	63	64,54	164	144,44	–	–	13	10,12	62	46,93	302	266,03
Chirurgia 2	11	10,09	15	12,29	–	–	1	1,77	2	1,87	29	26,02
Chir. Pediatrica	5	5,00	10	9,58	–	–	2	1,50	2	2,00	19	18,08
Chir. Vasc. Tor.	11	10,07	16	12,87	–	–	7	5,05	5	4,25	39	32,24
Dermatologia	21	20,06	38	28,99	–	–	13	9,21	2	2,18	74	60,44
Ematologia	12	12,41	33	28,55	12	11,29	5	3,98	9	6,77	71	63,00
Gastroenterol.	13	13,00	26	24,50	–	–	4	3,75	5	4,25	48	45,50
Geriatria	26	24,55	57	49,46	–	–	8	6,53	26	22,22	117	102,76
Lungodegenza	–	–	9	7,29	–	–	–	–	5	4,98	14	12,27
Malattie infettive	6	6,00	17	16,38	–	–	2	0,94	3	1,92	28	25,24
Medicina 1	92	93,00	243	215,03	–	–	30	23,95	89	74,78	454	406,76
Medicina 2	21	21,87	38	28,92	–	–	3	2,75	13	11,76	75	65,30
Nefrologia - Emodialisi	8	8,00	64	56,70	–	–	3	2,25	10	8,67	85	75,62
Neurochirurgia	6	5,35	15	13,69	–	–	2	1,60	2	3,00	25	23,64
Neurologia	20	20,50	15	13,53	–	–	6	3,63	3	2,50	44	40,16
Nido	–	–	73	56,51	3	2,50	–	–	1	3,65	77	62,66
Oculistica	27	25,68	19	15,30	10	7,66	8	5,15	6	4,04	70	57,83
Odontostom.	5	5,00	5	4,58	1	1	2	1,71	10	9,12	23	21,41
Oncologia m.	5	5,00	21	17,19	2	1,54	4	3,22	1	1,45	33	28,40
Ortopedia e t.	60	60,61	143	122,10	–	–	19	14,22	51	42,87	273	239,80
Ostetricia/G.	58	55,52	114	94,04	97	86,88	13	10,00	41	28,00	323	274,44
Otorinolaring.	19	18,83	51	41,73	13	12,20	7	6,58	6	5,41	96	84,75
Pediatria	53	48,91	169	143,13	40	34,18	15	10,95	18	13,91	295	251,08
Pneumologia	13	12,75	20	18,69	–	–	5	4,50	4	4,00	42	39,94
Psichiatria	25	25,67	65	59,71	13	10,63	5	3,86	53	48,41	161	148,28
Urologia	19	19,96	63	53,25	3	2,80	8	5,50	13	11,69	106	93,20
Totale	723	714,10	1.775	1.547,96	194	170,68	203	157,22	468	391,77	3.363	2.981,73

Fonte: dati SIPs

Personale dipendente presso i servizi dell'area ospedaliera

Del totale personale equivalente operante nei servizi dell'area ospedaliera, il 71,1% (pari a 1.313,71 unità equivalenti) è costituito da operatrici, di cui il 42,8% è impiegato a part-time. Come nei reparti ospedalieri, anche nell'area dei servizi il personale maschile è quasi esclusivamente impiegato a tempo pieno (97,2%).

Analizzando per singolo servizio di impiego del personale, il 23,6% del totale personale in termini equivalenti è collocato presso i servizi di Riabilitazione Fisica degli ospedali provinciali (compresi i servizi di logopedia e di riabilitazione fisica del CS di Bolzano). Il 12,4% del personale dipendente è occupato nei servizi di Radiologia, seguono i Laboratori di analisi (11,6%), i Gruppi operatori (11,5%), i poliambulatori (11,4%), mentre il 10,2% del personale equivalente è impiegato nei servizi di Pronto Soccorso – Astanteria degli ospedali.

Queste 6 aree di impiego comprendono l'80,7% del personale impiegato nei servizi dell'area ospedaliera.

Tabella 18: Totale personale dipendente nei servizi ospedalieri per sesso – Anno 2007

Servizio	Maschi			Femmine			Totale		
	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ
Assistenza psicologica nell'ospedale	–	–	–	1	–	0,50	1	–	0,50
Consulenza genetica	–	3	3,00	1	3	4,47	1	6	7,47
Diagnostica funzionale	–	2	2,00	14	10	18,38	14	12	20,38
Gruppo operatorio	–	73	71,49	68	92	141,46	68	165	212,95
Istologia e anatomia patologica	–	21	21,00	11	29	36,27	11	50	57,27
Laboratorio di analisi	1	61	62,44	75	108	151,34	76	169	213,78
Medicina nucleare	–	11	11,15	2	6	7,52	2	17	18,67
Poliambulatori	1	19	18,43	140	110	192,79	141	129	211,22
Pronto Soccorso-Astanteria	1	73	76,13	61	82	111,58	62	155	187,71
Radiologia	8	112	118,72	49	81	109,65	57	193	228,37
Servizio di fisica sanitaria	–	9	8,91	2	5	7,17	2	14	16,08
Servizio di immunoematologia e trasfusionale	2	16	18,32	14	31	42,30	16	47	60,62
Servizio di ingegneria clinica	–	25	25,00	1	4	4,75	1	29	29,75
Servizio di radioterapia	–	3	2,59	2	6	8,89	2	9	11,48
Servizio di riabilitazione fisica	1	57	58,06	146	219	293,87	147	276	351,93
Servizio di riabilitazione fisica - Logopedia	–	–	–	15	16	24,03	15	16	24,03
Servizio di riabilitazione fisica - Via Fago	–	7	8,20	38	30	51,47	38	37	59,67
Servizio diabetologico	–	–	–	12	8	16,75	12	8	16,75
Servizio dietetico-nutrizionale	–	6	6,00	17	44	53,44	17	50	59,44
Servizio farmaceutico	1	21	23,28	14	27	37,08	15	48	60,36
Totale	15	519	534,72	683	911	1.313,71	698	1.430	1.848,43

Fonte: dati SIPs

Tabella 19: Totale personale dipendente nei servizi ospedalieri per ospedale – Anno 2007

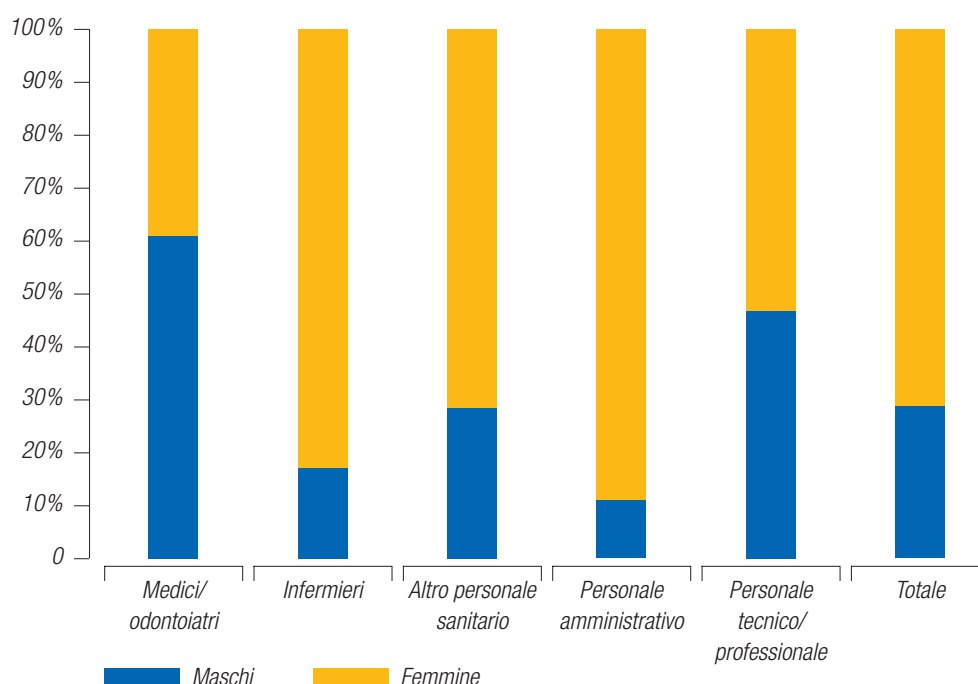
Servizio		Bolzano	Merano	Silandro	Bressa- none	Vipiteno	Brunico	San Candido	Totale
Assistenza psicologica nell'ospedale	PT	–	–	–	1	–	–	–	1
	TP	–	–	–	–	–	–	–	–
	EQ	–	–	–	0,50	–	–	–	0,50
Consulenza genetica	PT	1	–	–	–	–	–	–	1
	TP	6	–	–	–	–	–	–	6
	EQ	7,47	–	–	–	–	–	–	7,47
Diagnostica funzionale	PT	–	14	–	–	–	–	–	14
	TP	–	12	–	–	–	–	–	12
	EQ	–	20,38	–	–	–	–	–	20,38
Gruppo operatorio	PT	21	12	9	10	2	11	3	68
	TP	52	28	13	28	9	25	10	165
	EQ	68,26	36,97	18,10	37,12	10,96	30,45	11,09	212,95
Istologia e anatomia patologica	PT	11	–	–	–	–	–	–	11
	TP	50	–	–	–	–	–	–	50
	EQ	57,27	–	–	–	–	–	–	57,27
Laboratorio di analisi	PT	32	13	2	13	–	14	2	76
	TP	83	24	9	21	6	22	4	169
	EQ	104,62	31,69	9,87	27,87	6	28,57	5,16	213,78
Medicina nucleare	PT	2	–	–	–	–	–	–	2
	TP	17	–	–	–	–	–	–	17
	EQ	17,61	1,06	–	–	–	–	–	18,67
Poliambulatori	PT	35	26	–	12	–	54	14	141
	TP	39	33	–	10	1	33	13	129
	EQ	60,87	47,68	–	15,95	0,33	64,77	21,62	211,22

Servizio		Bolzano	Merano	Silandro	Bressa- none	Vipiteno	Brunico	San Candido	Totale
Pronto Soccorso- Astanteria	PT	22	1	32	1	1	4	1	62
	TP	74	26	10	13	5	16	11	155
	EQ	85,51	26,94	28,61	13,75	5,75	18,05	9,10	187,71
Radiologia	PT	31	5	5	6	–	10	–	57
	TP	78	45	6	29	6	24	5	193
	EQ	97,72	49,12	9,75	32,23	5,64	28,91	5	228,37
Servizio di fisica sanitaria	PT	2	–	–	–	–	–	–	2
	TP	14	–	–	–	–	–	–	14
	EQ	16,08	–	–	–	–	–	–	16,08
Servizio di immunoema- tologia e trasfusionale	PT	15	–	–	1	–	–	–	16
	TP	31	16	–	–	–	–	–	47
	EQ	43,79	16,33	–	0,50	–	–	–	60,62
Servizio di ingegneria clinica	PT	–	1	–	–	–	–	–	1
	TP	29	–	–	–	–	–	–	29
	EQ	29	0,75	–	–	–	–	–	29,75
Servizio di radioterapia	PT	2	–	–	–	–	–	–	2
	TP	9	–	–	–	–	–	–	9
	EQ	11,48	–	–	–	–	–	–	11,48
Servizio di riabilitazione fisica	PT	23	54	–	35	–	35	–	147
	TP	53	94	–	74	–	55	–	276
	EQ	65,47	121,86	–	93,61	–	70,99	–	351,93
Servizio di riabilitazione fisica - Logopedia	PT	15	–	–	–	–	–	–	15
	TP	16	–	–	–	–	–	–	16
	EQ	24,03	–	–	–	–	–	–	24,03
Servizio di riabilitazione fisica – Via Fago	PT	38	–	–	–	–	–	–	38
	TP	37	–	–	–	–	–	–	37
	EQ	59,67	–	–	–	–	–	–	59,67
Servizio diabetologico	PT	10	–	–	2	–	–	–	12
	TP	7	–	–	1	–	–	–	8
	EQ	14,50	–	–	2,25	–	–	–	16,75
Servizio dietetico- nutrizionale	PT	8	2	–	4	–	3	–	17
	TP	25	10	–	3	–	12	–	50
	EQ	30,39	9,77	–	5,80	–	13,48	–	59,44
Servizio farmaceutico	PT	8	3	–	–	–	4	–	15
	TP	30	7	–	5	–	6	–	48
	EQ	37,66	9,17	–	4,86	–	8,67	–	60,36
Totale	PT	276	131	48	85	3	135	20	698
	TP	650	295	38	184	27	193	43	1.430
	EQ	831,40	371,72	66,33	234,44	28,68	263,89	51,97	1.848,43

Fonte: dati SIPs

Il gruppo di figure professionali maggiormente impiegate nei servizi dell'area ospedaliera dell'Azienda Sanitaria è quello riferito alla categoria "altro personale sanitario" che comprende il personale con funzioni di riabilitazione, personale tecnico sanitario, e personale laureato non medico. In termini equivalenti ne compone il 42,1% del totale personale impiegato (779,08 unità equivalenti). Il personale infermieristico copre il 27,6%, il personale tecnico/professionale il 13,8%. Il restante 16,5% è composto da personale amministrativo e medico (rispettivamente l'8,5% e 7,9%).

Figura 12: **Totale personale equivalente medio dipendente nei servizi dell'area ospedaliera dell'Azienda Sanitaria, per profilo professionale e sesso – Anno 2007**



Fonte: dati SIPs

Analizzando il personale dipendente impiegato presso i servizi ospedalieri secondo il sesso ed il profilo professionale, si osserva – come per l'area dei reparti ospedalieri – una prevalenza di personale maschile (60,9%) solamente per la figura professionale medica. La composizione del personale per genere è abbastanza equilibrata per quanto riguarda il profilo del personale tecnico/professionale (46,8% personale maschile, 53,2% femminile), mentre per i restanti profili professionali prevale, con valori oltre il 70%, la componente di personale femminile.

Tabella 20: **Totale personale dipendente nei servizi ospedalieri, per figura professionale e per sesso – Anno 2007**

Figura professionale	Maschi		Femmine		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Medici/odontoiatri	90	88,94	59	57,00	149	145,94
Infermieri	87	87,38	530	422,92	617	510,30
Altro personale sanitario	220	221,28	664	557,80	884	779,08
Personale amministrativo	17	17,64	168	140,35	185	157,99
Personale tecnico/professionale	120	119,48	173	135,64	293	255,12
Totale	534	534,72	1.594	1.313,71	2.128	1.848,43

Fonte: dati SIPs

Le tipologie di servizi con il maggior numero di personale medico sono i servizi di Radiologia (38,08 unità equivalenti di personale, corrispondenti al 26,1% del totale personale medico operante nei servizi ospedalieri), seguite dai servizi di Riabilitazione Fisica (33,20 unità equivalenti di personale, pari al 22,7%).

I servizi di Pronto Soccorso – Astanteria registrano la quota maggiore di personale infermieristico (135,60 unità equivalenti, 26,6%).

La quota degli operatori della categoria “altro personale sanitario” è prevalente presso i reparti di Riabilitazione Fisica (complessive 303,25 unità equivalenti, pari a 38,9% del totale altro personale sanitario).

La composizione del personale dipendente presso i reparti di Riabilitazione Fisica è descritto con maggiore dettaglio nella Tabella 22.

Il personale amministrativo è collocato in prevalenza presso i servizi di Poliambulatorio (29,27 u.eq., pari a 18,5% del totale personale amministrativo), mentre presso i Gruppi Operatori si osserva una percentuale maggiore di personale tecnico/professionale (85,56, 33,5%).

Tabella 21: **Totale personale dipendente nei servizi ospedalieri, per figura professionale – Anno 2007**

Servizio	Medici / odontoiatri		Infermieri		Altro personale sanitario		Personale amministr.		Personale tecnico/ professionale		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Assistenza psicologica nell'ospedale	–	–	–	–	1	0,50	–	–	–	–	1	0,50
Consulenza genetica	2	2	–	0,97	4	3,50	1	1	–	–	7	7,47
Diagnostica funzionale	–	–	22	16,92	–	–	4	3,46	–	–	26	20,38
Gruppo operatorio	–	–	136	125,39	–	–	3	2	94	85,56	233	212,95
Istologia e anato- mia patologica	12	12	–	–	27	25,60	11	9,17	11	10,5	61	57,27
Laboratorio di analisi	21	19,50	21	11,88	160	145,21	22	18,33	21	18,86	245	213,78
Medicina nucleare	4	4,25	–	–	12	11,15	2	2,27	1	1	19	18,67
Poliambulatori	4	3,25	163	121,23	35	33,80	35	29,27	33	23,67	270	211,22
Pronto Soccorso- Astanteria	17	17,04	158	135,60	1	0,50	21	18,44	20	16,13	217	187,71
Radiologia	39	38,08	8	6,57	160	145,55	25	22	18	16,17	250	228,37
Servizio di fisica sanitaria	–	–	–	–	12	12,58	2	2	2	1,5	16	16,08
Servizio di immu- noematologia e trasfusionale	10	9,50	16	15,35	27	25,68	6	5,50	4	4,59	63	60,62
Servizio di ingegneria clinica	–	–	–	–	–	–	5	4,75	25	25	30	29,75
Servizio di radio- terapia	2	3,23	4	3,25	4	4	–	–	1	1	11	11,48
Servizio di riabili- tazione fisica	30	28,97	62	52,51	279	231,49	18	14,32	34	24,64	423	351,93
Servizio di riabili- tazione fisica - Logopedia	–	–	–	–	28	22,45	2	0,58	1	1	31	24,03
Servizio di riabili- tazione fisica – Via Fago	1	1	6	4,61	61	49,31	3	2,25	4	2,5	75	59,67
Servizio diabetologico	–	–	17	13,01	1	1,77	1	1	1	0,97	20	16,75
Servizio dietetico- nutrizionale	7	6,75	–	–	55	47,74	4	3,95	1	1	67	59,44
Servizio farmaceutico	–	0,37	4	3,01	17	18,25	20	17,70	22	21,03	63	60,36
Totale	149	145,94	617	510,30	884	779,08	185	157,99	293	255,12	2.128	1.848,43

Fonte: dati SIPS

Tabella 22: **Totale personale dipendente nei servizi di riabilitazione fisica, per figura professionale e per sesso – Anno 2007**

Figura professionale	Maschi		Femmine		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Medici	12	12,56	19	17,41	31	29,97
Infermieri	5	5,68	63	51,44	68	57,12
Educatore professionale	–	–	1	1,00	1	1,00
Puericultrice	–	–	1	0,75	1	0,75
Fisioterapista	30	29,90	170	137,36	200	167,26
Logopedista	1	1,00	83	64,40	84	65,40
Massaggiatore/trice	11	11,12	24	17,19	35	28,31
Ergoterapista	3	3,00	44	36,86	47	39,86
Terapista occupazionale	–	–	–	0,67	–	0,67
Personale amministrativo	–	–	23	17,15	23	17,15
Personale tecnico	3	3,00	36	25,14	39	28,14
Totale	65	66,26	464	369,37	529	435,63

Fonte: dati SIPs

Nell'ambito dei soli servizi di Riabilitazione Fisica, la quota di personale femminile raggiunge l'84,8% del totale personale dipendente, in cui prevale la figura professionale del fisioterapista (167,26 u.eq., pari al 38,4%).

1.1.5. Personale dipendente dell'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. Le macro-aree con la maggiore percentuale di personale dipendente in termini equivalenti si riferiscono all'Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale e all'Assistenza distrettuale (rispettivamente 32,5% e 32,4% del totale personale operante nella macroarea). L'area Assistenza territoriale in convenzione registra invece la concentrazione più bassa di personale dipendente con 31,72 unità equivalenti di personale dipendente (pari al 2,7%).

Tabella 23: **Totale personale dipendente nell'area territoriale, per macroarea e per sesso – Anno 2007**

Macroarea	Maschi			Femmine			Totale		
	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ
Assistenza distrettuale	5	24	26,20	317	172	357,00	322	196	383,20
Assistenza territoriale in convenzione	–	5	5,67	12	20	26,05	12	25	31,72
Assistenza territoriale, semi-residenziale e residenziale	6	85	88,74	176	183	295,38	182	268	384,12
Medicina di base	–	31	31,84	2	4	6,47	2	35	38,31
Prevenzione	2	128	130,33	81	98	146,28	83	226	276,61
Servizi generali, amministrativi area territoriale	–	21	20,28	21	33	49,43	21	54	69,71
Totale	13	294	303,06	609	510	880,61	622	804	1.183,67

Fonte: dati SIPs

Il personale dell'area territoriale è composto in prevalenza da operatori di genere femminile (74,4%) e quasi la metà (43,6%) è impiegato part-time (+1,6% rispetto al 2006). La componente part-time femminile supera il 54%, mentre quella dei colleghi maschi raggiunge appena il 4,2%.

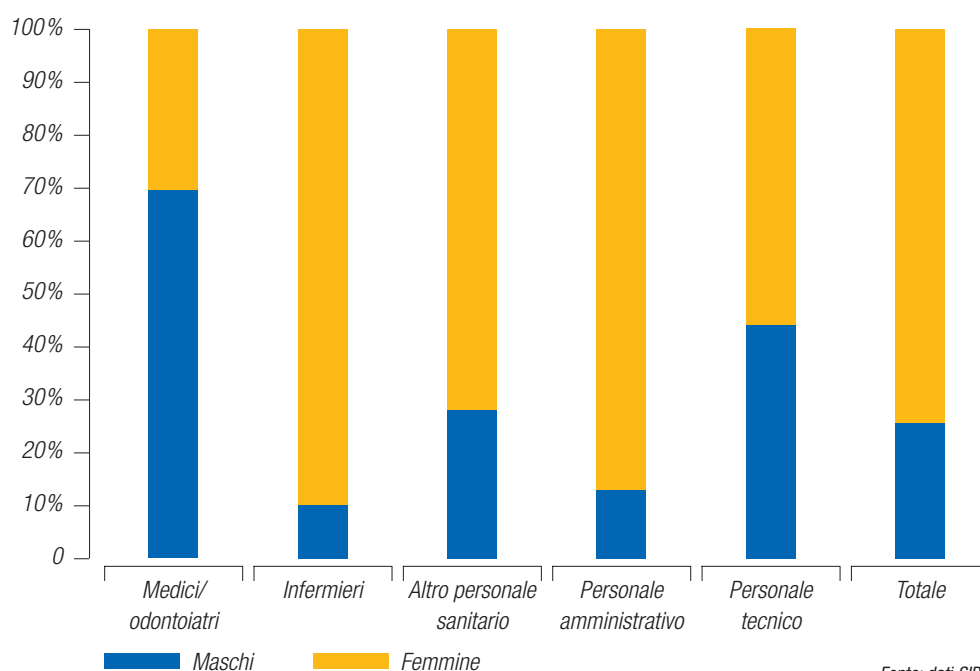
Tabella 24: **Totale personale dipendente nell'area territoriale, per macroarea, per figura professionale e per sesso – Anno 2007**

Figura professionale	Maschi		Femmine		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Medici/odontoiatri	94	94,93	44	41,23	138	136,16
Infermieri	46	43,69	522	387,18	568	430,87
Altro personale sanitario	81	81,62	258	209,88	339	291,50
Personale amministrativo	26	25,46	205	169,40	231	194,86
Personale tecnico	60	57,36	90	72,92	150	130,28
Totale	307	303,06	1.119	880,61	1.426	1.183,67

Fonte: dati SIPs

La figura professionale maggiormente presente tra i dipendenti dell'area territoriale dell'Azienda Sanitaria è quella del personale infermieristico. In termini equivalenti corrisponde al 36,4% del totale personale impiegato (430,87 unità equivalenti). L'altro personale sanitario copre il 24,6%, seguito dal personale amministrativo con il 16,5%. Le figure mediche compongono l'11,5% del totale personale dipendente dell'area territoriale, mentre il personale tecnico copre l'11,0%.

Figura 13: Totale personale equivalente medio dipendente nell'area territoriale dell'Azienda Sanitaria, per profilo professionale e sesso – Anno 2007



La composizione percentuale tra personale maschile e femminile varia a seconda del profilo professionale. Il personale medico è composto per ca. il 70% da operatori maschi, mentre per i restanti profili è il personale femminile che costituisce la componente principale di operatori (89,9% del personale infermieristico, 72,0% dell'altro personale sanitario, 86,9% del personale amministrativo e 56,0% del personale tecnico).

Tabella 25: Totale personale dipendente nell'area territoriale, per macroarea e per figura professionale – Anno 2007

Macroarea	Medici/ odontoiatri		Infermieri		Altro personale sanitario		Personale ammini- strativo		Personale tecnico		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Assistenza distrettuale	1	1,00	318	223,52	100	75,96	81	68,31	18	14,41	518	383,20
Assistenza territoriale in convenzione	2	1,75	15	14,00	8	7,60	4	2,75	8	5,62	37	31,72
Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale	33	32,71	172	140,37	131	114,83	25	19,54	89	76,67	450	384,12
Medicina di base	4	4,00	14	15,76			2	1,55	17	17,00	37	38,31
Prevenzione	83	81,70	44	32,62	99	92,11	70	57,60	13	12,58	309	276,61
Servizi generali, amministrativi area territoriale	15	15,00	5	4,60	1	1,00	49	45,11	5	4,00	75	69,71
Totale	138	136,16	568	430,87	339	291,50	231	194,86	150	130,28	1.426	1.183,67

Fonte: dati SIPS

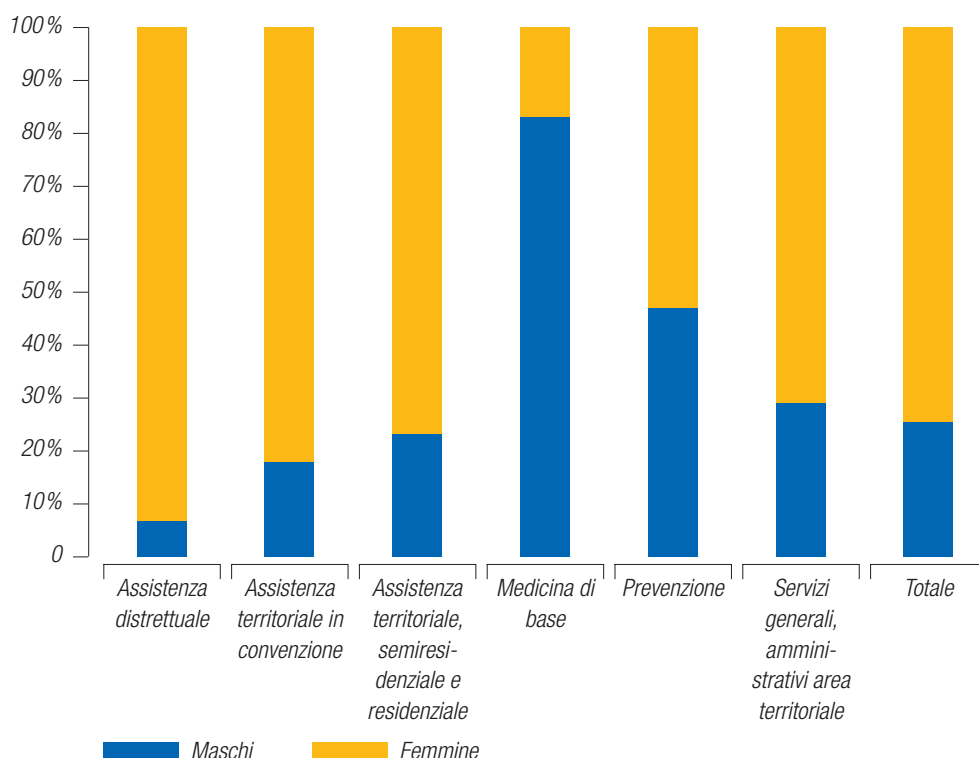
L'area territoriale in cui è presente il maggior numero di personale medico è quella della Prevenzione (81,70 unità equivalenti di personale, corrispondente al 60,0% del totale personale medico operante nella macroarea).

L'Assistenza distrettuale registra la quota maggiore di personale infermieristico (223,52 unità equivalenti, pari al 51,9% del totale personale infermieristico).

La quota di altro personale sanitario dipendente e del personale tecnico sono prevalenti presso l'area dell' Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale (rispettive 114,83 e 76,67 unità equivalenti, corrispondenti a 39,4% e 58,9% del totale rispettivo profilo professionale).

Il personale amministrativo è infine maggiormente presente nell'area dell'Assistenza distrettuale.

Figura 14: **Totale personale equivalente medio dipendente nell'area territoriale dell'Azienda Sanitaria, per area di impiego e sesso – Anno 2007**



Fonte: dati SIPS

Analizzando la distribuzione del personale per sesso presso le singole aree della macroarea territoriale, emerge una prevalenza di personale maschile (oltre l'80%) solamente presso la medicina di base.

La distribuzione è abbastanza equilibrata nell'area Prevenzione, mentre prevale in tutti i restanti ambiti la componente di personale femminile.

Assistenza distrettuale

Il numero di persone dipendenti nell'assistenza distrettuale dell'Azienda Sanitaria al 31.12.2007 risulta pari a 518 unità (62,2% di questo è impiegato a part-time), corrispondente a 383,20 unità equivalenti.

Il distretto con maggiore presenza di personale equivalente risulta quello di Bolzano (64,84 u. eq.), mentre nel distretto della Val Badia figura il minor numero di unità equivalenti di personale dipendente (6,25).

Oltre il 90% del personale dipendente impiegato nei distretti, è di sesso femminile.

Tabella 26: Totale personale dipendente nell'area territoriale, per distretto e per sesso –
Anno 2007

Distretto	Maschi			Femmine			Totale		
	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ
Val Gardena	–	–	–	10	2	8,75	10	2	8,75
Val d'Ega Sciliar	–	–	–	16	11	21,88	16	11	21,88
Salto-Sarentino-Renon	–	1	0,50	15	7	15,55	15	8	16,05
Oltradige	–	2	2,00	11	12	18,55	11	14	20,55
Laives-Bronzolo-Vadena	–	–	–	18	6	17,50	18	6	17,50
Bassa Atesina	1	2	2,96	25	9	23,42	26	11	26,38
Bolzano	1	7	7,12	45	30	57,72	46	37	64,84
Alta Val Venosta	–	–	–	12	5	12,35	12	5	12,35
Media Val Venosta	–	2	2,00	14	8	15,06	14	10	17,06
Naturno-circondario	–	–	–	6	12	15,04	6	12	15,04
Lana-circondario	–	2	1,62	17	5	15,48	17	7	17,10
Merano-circondario	–	4	4,00	29	22	37,98	29	26	41,98
Val Passiria	–	–	–	6	12	15,35	6	12	15,35
Alta Valle Isarco	–	–	–	7	4	8,25	7	4	8,25
Bressanone-circondario	1	–	0,75	22	8	21,31	23	8	22,06
Chiusa-circondario	1	1	1,75	11	1	7,70	12	2	9,45
Tures-Aurina	1	–	0,50	11	3	8,34	12	3	8,84
Brunico-circondario	–	3	3,00	26	9	22,02	26	12	25,02
Alta Val Pusteria	–	–	–	8	4	8,50	8	4	8,50
Val Badia	–	–	–	8	2	6,25	8	2	6,25
Totale	5	24	26,20	317	172	357,00	322	196	383,20

Fonte: dati SIPs

Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale

Il numero di persone dipendenti nell'ambito dell'Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale al 31.12.2007 risulta pari a 450 unità (40,5% di questo è impiegato a part-time), corrispondente a 384,12 unità equivalenti. Nel complesso il 76,9% del totale personale dipendente risulta di genere femminile.

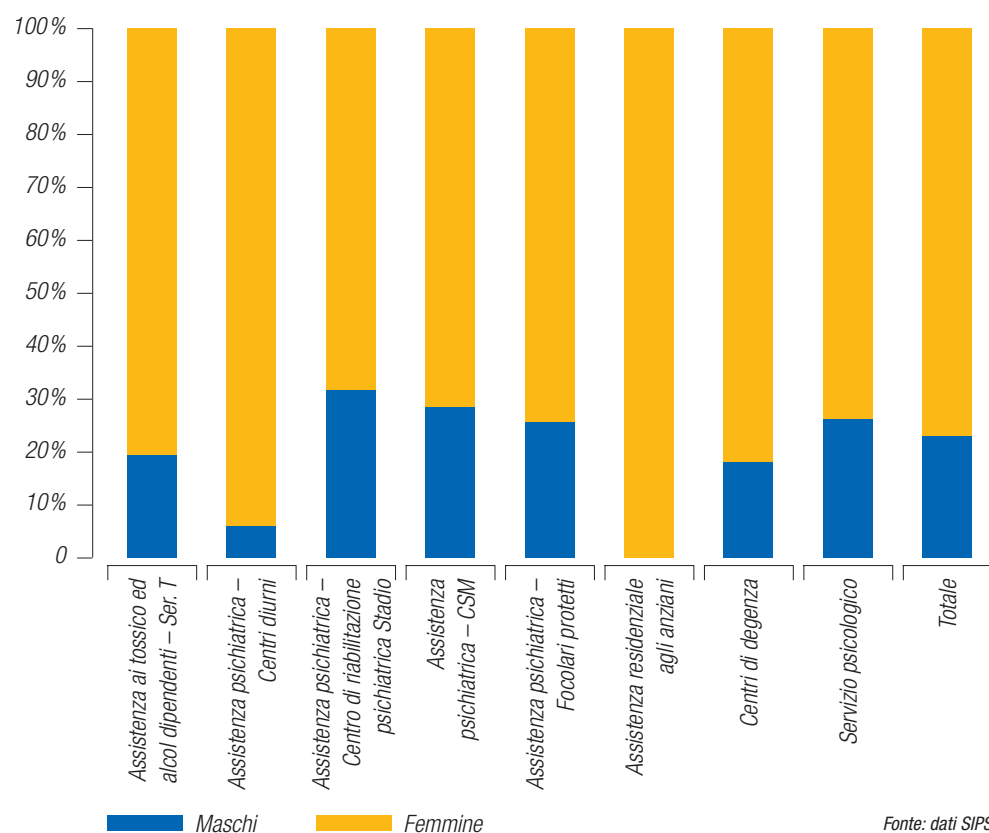
In particolare l'area dell'Assistenza residenziale agli anziani registra solamente del personale femminile, mentre il centro di riabilitazione psichiatrica Stadio, è quello con maggiore presenza di personale maschile (31,7%).

Tabella 27: **Totale personale dipendente nell'area dell'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale per sesso – Anno 2007**

Servizio	Maschi			Femmine			Totale		
	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ
Assistenza ai tossico ed alcol dipendenti – Ser. T	1	13	13,29	18	45	55,47	19	58	68,76
Assistenza psichiatrica – Centri diurni	–	1	0,31	2	4	4,88	2	5	5,19
Assistenza psichiatrica – Centro di riabilitazione psichiatrica Stadio	2	11	12,71	19	17	27,41	21	28	40,12
Assistenza psichiatrica – CSM	3	32	36,27	45	61	91,28	48	93	127,55
Assistenza psichiatrica – Focolari protetti	–	11	10,08	20	15	29,32	20	26	39,4
Assistenza residenziale agli anziani	–	–	–	37	12	37,1	37	12	37,1
Centri di degenza	–	3	2,75	12	6	12,43	12	9	15,18
Servizio psicologico	–	14	13,33	23	23	37,49	23	37	50,82
Totale	6	85	88,74	176	183	295,38	182	268	384,12

Fonte: dati SIPS

Figura 15: **Totale personale equivalente medio dipendente nell'area dell'Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale, per area di impiego e sesso – Anno 2007**



Fonte: dati SIPS

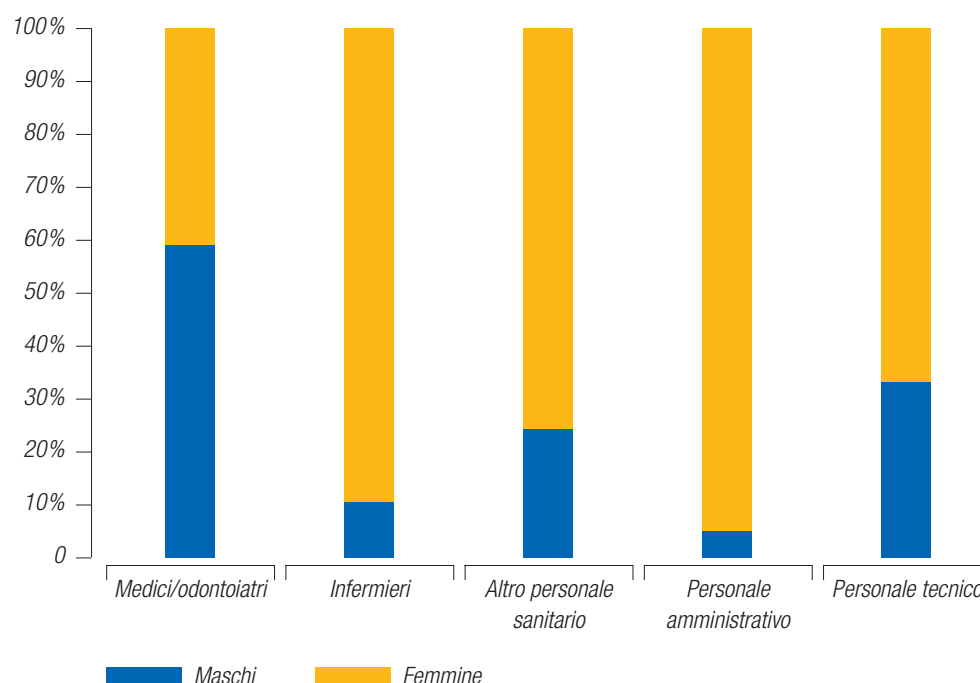
La figura prevalente che opera nella macro-area dell'Assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale è quella del personale infermieristico (36,5% del totale personale equivalente operante in quest'area, corrispondente a 140,37 u. eq.). Seguono l'altro personale sanitario con il 29,9% (114,83 u. eq.) ed il personale tecnico con il 20,0%.

Tabella 28: **Totale personale dipendente nell'area dell'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale per sesso e figura professionale – Anno 2007**

Figura professionale	Maschi		Femmine		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Medici/odontoiatri	19	19,33	14	13,38	33	32,71
Infermieri	15	14,82	157	125,55	172	140,37
Altro personale sanitario	29	28,06	102	86,77	131	114,83
Personale amministrativo	1	1,00	24	18,54	25	19,54
Personale tecnico	27	25,53	62	51,14	89	76,67
Totale	91	88,74	359	295,38	450	384,12

Fonte: dati SIPS

Figura 16: **Totale personale equivalente medio dipendente nell'area dell'Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale, per profilo professionale e sesso – Anno 2007**



Fonte: dati SIPS

Solamente il profilo professionale dei medici/odontoiatri presenta una percentuale maggiore di dipendenti maschili (59,1%) rispetto a quella femminile.

Per i restanti profili, vi è netta prevalenza di personale femminile (98,4% del profilo infermieristico, 75,6% dell'altro personale sanitario, 94,9% del personale amministrativo e 66,7% del personale tecnico).

Tabella 29: **Totale personale dipendente nell'area dell'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale per figura professionale – Anno 2007**

Servizio	Medici/ odontoiatri		Infermieri		Altro persona- le sanitario		Personale amministra- tivo		Personale tecnico		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Assistenza ai tossico ed alcol dipendenti – Ser. T	10	9,38	19	18,07	28	25,96	7	4,79	13	10,56	77	68,76
Assistenza psichiatrica – Centri diurni	–	–	5	3,88	–	–	–	–	2	1,31	7	5,19
Assistenza psichiatrica – Centro di riabilitazione psichiatrica Stadio	2	2,00	15	12,28	5	3,40	2	2,00	25	20,44	49	40,12
Assistenza psichiatrica – CSM	20	20,33	43	37,07	43	38,40	10	8,00	25	23,75	141	127,55
Assistenza psichiatrica – Focolari protetti	–	–	23	18,79	1	1,00	–	–	22	19,61	46	39,40
Assistenza residenziale agli anziani	–	–	48	36,60	–	–	–	–	1	0,50	49	37,10
Centri di degenza	1	1	19	13,68	–	–	–	–	1	0,50	21	15,18
Servizio psicologico	–	–	–	–	54	46,07	6	4,75	–	–	60	50,82
Totale	33	32,71	172	140,37	131	114,83	25	19,54	89	76,67	450	384,12

Fonte: dati SIPS

La maggiore concentrazione di personale medico, di personale infermieristico, di personale amministrativo e di personale tecnico dipendente è presente nei servizi di Assistenza psichiatrica dei Centri di Salute Mentale (rispettivamente 20,33; 37,07; 8,00; 23,75 u. eq.). Gli psicologi (categoria di altro personale sanitario) sono presenti in percentuale maggiore presso il Servizio Psicologico (46,07 u.eq.).

Area Prevenzione

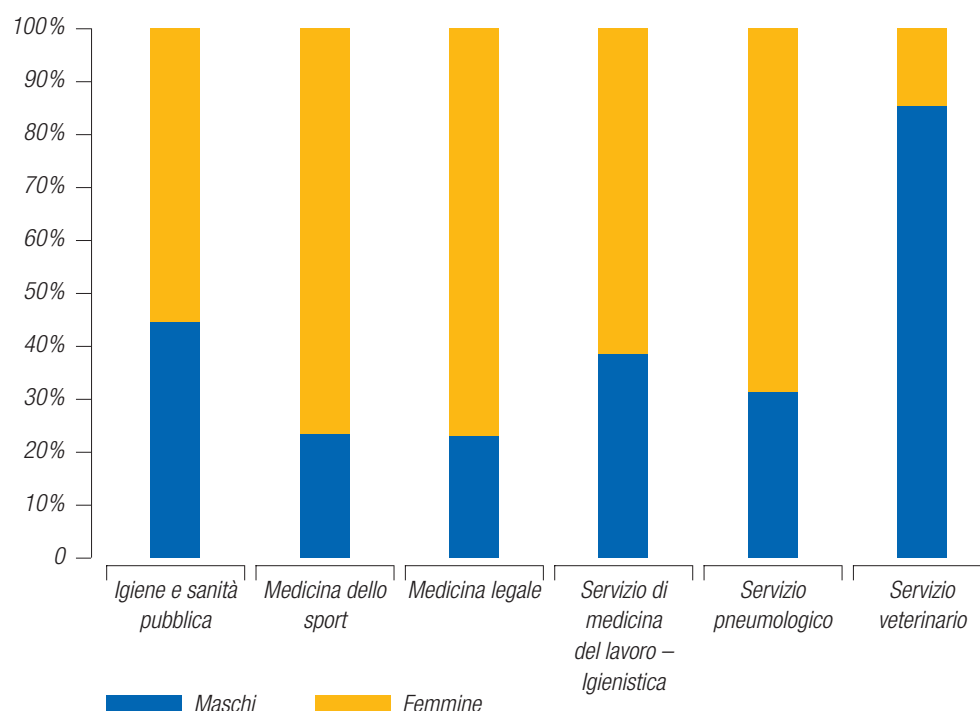
Il personale dipendente nell'area prevenzione dell'Azienda Sanitaria al 31.12.2007 risulta pari a 309 unità (26,9% di questo è impiegato a part-time), che in termini equivalenti corrisponde a 276,61 unità.

Tabella 30: **Totale personale dipendente nell'area della prevenzione per servizio e per sesso – Anno 2007**

Servizio	Maschi			Femmine			Totale		
	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ
Igiene e sanità pubblica	1	42	43,50	28	37	54,24	29	79	97,74
Medicina dello sport	–	5	5,00	13	10	16,32	13	15	21,32
Medicina legale	1	7	8,02	15	17	26,87	16	24	34,89
Servizio di medicina del lavoro – Igienistica	–	15	15,53	10	18	24,75	10	33	40,28
Servizio pneumologico	–	7	7,00	13	7	15,29	13	14	22,29
Servizio veterinario	–	52	51,28	2	9	8,81	2	61	60,09
Totale	2	128	130,33	81	98	146,28	83	226	276,61

Fonte: dati SIPS

Figura 17: **Totale personale equivalente medio dipendente nell'area Prevenzione, per area di impiego e sesso – Anno 2007**



Fonte: dati SIPs

Più equilibrata rispetto ai servizi precedenti risulta la distribuzione del personale per sesso (52,9% donne vs 47,1% uomini).

Nel servizio Veterinario, la presenza di personale dipendente maschile si attesta all'85,3%, mentre nei restanti servizi prevale il personale femminile, con una punta del 77,6% presso la Medicina Legale.

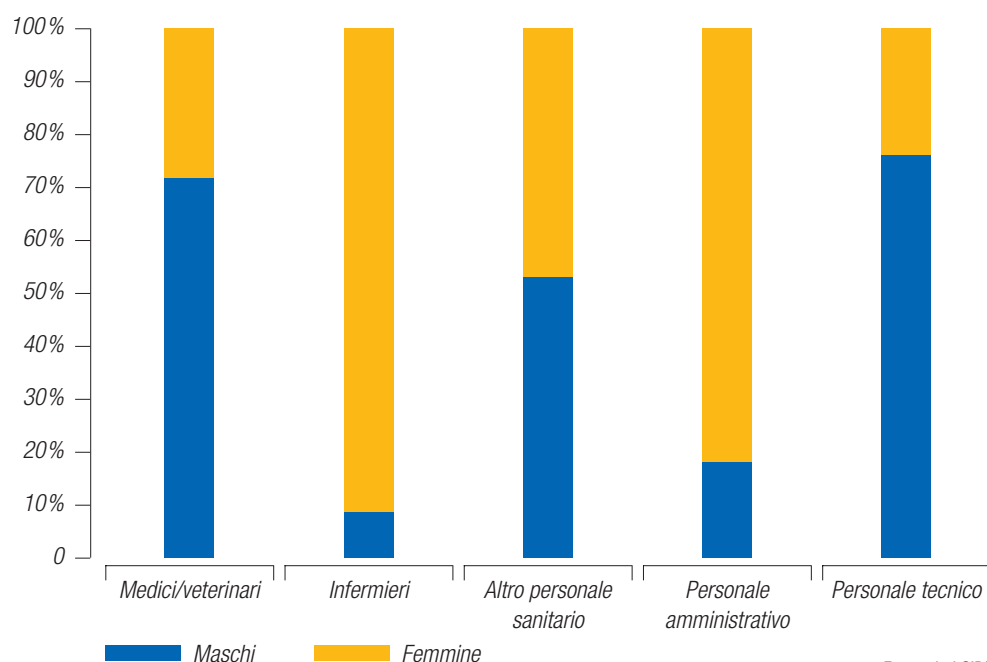
La figura professionale prevalente operante nella macro-area della Prevenzione è quella dell'altro personale sanitario, che copre il 33,3% del totale personale equivalente operante in quest'area (corrisponde a 92,11 u. eq.). Seguono il personale medico (compresi i veterinari) ed il personale amministrativo con rispettivamente il 29,5% (81,70 u.eq.) ed il 20,8% (57,70 u. eq.). Il personale infermieristico copre l'11,8% (32,62 u. eq.) mentre il restante 4,5% (12,58 u. eq.) è composto da personale tecnico.

Tabella 31: **Totale personale dipendente nell'area della prevenzione per sesso e figura professionale – Anno 2007**

Figura professionale	Maschi		Femmine		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Medici/veterinari	58	58,60	25	23,10	83	81,70
Infermieri	3	2,79	41	29,83	44	32,62
Altro personale sanitario	48	48,89	51	43,22	99	92,11
Personale amministrativo	11	10,47	59	47,13	70	57,60
Personale tecnico	10	9,58	3	3,00	13	12,58
Totale	130	130,33	179	146,28	309	276,61

Fonte: dati SIPs

Figura 18: **Totale personale equivalente medio dipendente nell'area Prevenzione, per profilo professionale e sesso – Anno 2007**



I profili professionali dei medici/veterinari, del personale tecnico e dell'altro personale sanitario si distinguono per una componente di personale dipendente maschile prevalente rispetto a quella femminile (rispettivamente 71,7%, 76,2% e 53,1%).

Per i restanti profili vi è una netta prevalenza di personale dipendente femminile (91,4% del personale infermieristico e 81,8% del personale amministrativo).

Tabella 32: **Totale personale dipendente nell'area della prevenzione per figura professionale – Anno 2007**

Servizio	Medici/ odontoiatri		Infermieri		Altro personale sanitario		Personale ammini- strativo		Personale tecnico		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Igiene e sanità pubblica	10	10,83	10	7,64	63	57,96	23	19,31	2	2,00	108	97,74
Medicina dello sport	6	5,63	14	9,87	1	1,02	7	4,80	–	–	28	21,32
Medicina legale	4	3,43	3	2,25	4	3,78	27	23,43	2	2,00	40	34,89
Servizio di medicina del lavoro – Igienistica	16	15,85	8	6,54	13	12,39	5	4,50	1	1,00	43	40,28
Servizio pneumologico	8	7,75	9	6,32	4	3,25	6	4,97	–	–	27	22,29
Servizio veterinario	39	38,21	–	–	14	13,71	2	0,59	8	7,58	63	60,09
Totale	83	81,70	44	32,62	99	92,11	70	57,60	13	12,58	309	276,61

Fonte: dati SIPs

La maggiore concentrazione di personale della classe medico/veterinario è presente nel servizio Veterinario (38,21 u. eq.). Il servizio con la presenza più elevata di personale infermieristico dipendente è il servizio di Medicina dello Sport, con 9,84 unità equivalenti. La maggiore concentrazione di personale amministrativo si registra presso il servizio di Medicina Legale (23,43 u. eq.).

1.2. LA FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO

Nell'anno accademico 2007/2008 gli iscritti alla Scuola Superiore di Sanità "Claudiana" sono stati 593; i diplomati nell'anno 2007 sono stati 142.

Gli operatori socio sanitari (OSS) diplomati sono invece stati 174.

Sono state concesse 66 borse di studio a personale medico per specializzazioni all'estero e 35 per specializzazioni in Italia.

Nell'ambito della formazione continua, sono stati 69 i corsi e 18 i convegni organizzati o sponsorizzati dalla Provincia; 903 i corsi organizzati dall'Azienda Sanitaria, oltre a 31 convegni.

La Provincia Autonoma di Bolzano promuove e gestisce, direttamente o attraverso convenzioni con enti e con l'Azienda Sanitaria, interventi di formazione 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 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 dall'Azienda Sanitaria. 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 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.

È 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 33: **Numero iscritti a corsi della Scuola Superiore di Sanità secondo l'anno di frequenza – Anno 2007/2008**

Figura professionale	I° anno	II° anno	III° anno	Totale
<i>infermiere</i>	118	104	112	334
<i>fisioterapista</i>	25	18	18	61
<i>logopedista</i>	20		17	37
<i>terapista occupazionale</i>	20	15		35
<i>master in management</i>	20			20
<i>dietista</i>			15	15
<i>master in psichiatria</i>	14			14
<i>igienista dentale</i>	11			11
<i>tecnico della prevenzione ambientale</i>		11		11
<i>tecnico di radiologia</i>	11			11
<i>assistente sanitario</i>		10		10
<i>master in infermieristica pediatrica</i>	10			10
<i>tecnico di laboratorio</i>		10		10
<i>master in geriatria</i>	8			8
<i>ortottista</i>			6	6
Totale	257	168	168	593

Fonte: Ufficio Formazione del personale, PAB – Archivio formazione

Rispetto all'anno precedente, il numero di iscritti ha registrato nell'anno scolastico 2007/2008 un incremento del 16,7%. Sono stati tenuti in aggiunta corsi universitari per il riconoscimento dei titoli pregressi, ai quali hanno partecipato 230 studenti.

Anche nell'anno scolastico 2007/08 sono stati svolti i corsi per operatori socio-sanitari. Questi operatori svolgono la loro attività 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.

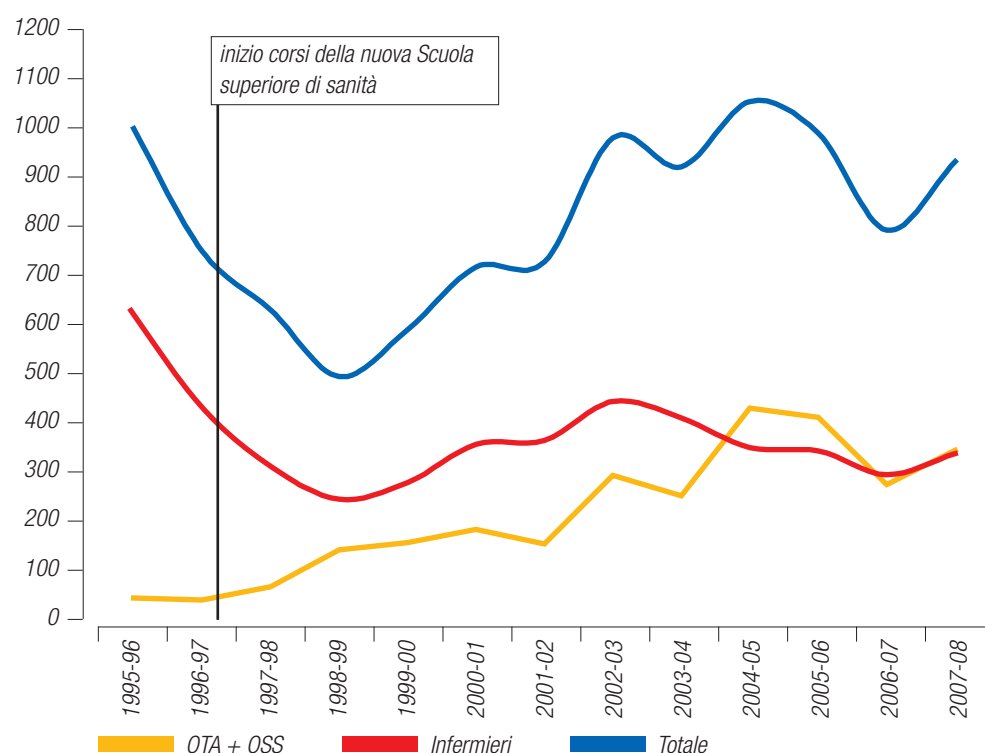
I corsi vengono svolti presso l'Azienda Sanitaria, presso le Scuole per le professioni sociali italiana e tedesca e presso il KVV ("Katholischer Verband der Werktätigen") e hanno la durata di un anno scolastico oppure di due anni scolastici nella forma per lavoratori-studenti. Nel 2007 si sono diplomati 174 studenti, mentre gli iscritti per l'anno 2007/2008 sono stati 340.

Tabella 34: **Numero operatori socio sanitari (OSS) diplomati per istituto frequentato – Anno 2007**

Istituto	n. diplomati
<i>Azienda Sanitaria</i>	32
<i>Scuole prof. sociali in lingua italiana</i>	60
<i>Scuole prof. sociali in lingua tedesca</i>	68
<i>KVV</i>	14
Totale	174

Fonte: ufficio Formazione del Personale, PAB – Archivio formazione

Figura 28: Numero iscritti ai corsi di formazione di base – Anni scolastici 1995/1996 - 2007/2008



Fonte: ufficio Formazione del Personale, PAB – archivio formazione

Tabella 35: Numero diplomati alla Scuola Provinciale Superiore di Sanità “Claudiana” per figura professionale – Anno 2007

Figura professionale	n° diplomati	percentuale sugli iscritti all'ultimo anno di corso
Infermieri professionali	91	100,0%
Ergoterapisti	2	(*)%
Fisioterapisti	18	112,5%
Igienisti dentali	9	90,0%
Tecnici di radiologia	8	88,9%
Ostetriche	14	107,7%
Totale	142	102,2%

(*) il numero di diplomati supera il 100% degli iscritti all'ultimo anno di corso, poiché vi sono stati studenti diplomati che avevano concluso il periodo formativo in un periodo antecedente all'anno di frequenza 2006-2007

Fonte: Ufficio Formazione del personale, PAB – Archivio formazione

Il numero totale di diplomati presso la Scuola Provinciale Superiore di Sanità “Claudiana” e ai corsi per OSS nell'anno scolastico 2005/2006 è stato pari a 316, registrando una riduzione del 23,8% rispetto all'anno precedente. In particolare, il numero totale dei diplomati alla Scuola Provinciale Superiore di Sanità “Claudiana” nel 2007 è diminuito di 18 unità; si osserva però un incremento del numero di infermieri professionali diplomati (passano da 51 nel 2006 a 91 nel 2007). Anche nel 2007 si registrano studenti diplomati in discipline non presenti nel 2006 (9 igienisti dentali e 8 tecnici di radiologia).

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.

Tabella 36: **Numero borse di studio concesse per le specializzazioni – Anno accademico 2006-2007**

Tipo di specializzazione	Eestero	Italia
Anestesia e Rianimazione	10	5
Pediatria	12	2
Chirurgia generale	9	–
Medicina interna	5	3
Ginecologia e Ostetricia	7	–
Medicina Fisica e Riabilitazione	3	1
Oftalmologia	3	1
Radiodiagnostica	2	2
Cardiologia	–	3
Gastroenterologia	–	3
Otorinolaringoiatria	3	–
Igiene e Medicina Preventiva	1	1
Malattie Infettive	–	2
Medicina dello Sport	–	2
Ortopedia e Traumatologia	2	–
Psichiatria	2	–
Urologia	2	–
Anatomia patologica	1	–
Biochimica clinica	1	–
Chirurgia Maxillo-Facciale	–	1
Chirurgia Vascolare	–	1
Dermatologia e Venereologia	–	1
Ematologia	–	1
Geriatrics	–	1
Malattie App. Respiratorio	1	–
Medicina del Lavoro	1	–
Microbiologia e Virologia	–	1
Neurochirurgia	1	–
Neurologia	–	1
Neuropsichiatria Infantile	–	1
Reumatologia	–	1
Tossicologia Medica	–	1
Totale	66	35

Fonte: Ufficio Formazione del personale, PAB – Archivio formazione

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/o 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 dall'Azienda Sanitaria e dalle strutture convenzionate, tenendo presenti gli obiettivi del Piano Sanitario Provinciale.

È stata inoltre approvata la legge provinciale n. 14/2002 sulla formazione medico-specialistica elaborata in armonia con le novità legislative statali ed europee in materia. Sono stati anche predisposti i relativi regolamenti di esecuzione, che sono entrati in vigore nel corso dell'anno 2006.

Anche nel 2007 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 293.918,00 (– 45,5% rispetto al 2006).

Tabella 37: **Numero contributi concessi per periodi di specializzazione o pratica (art. 4 L.P. n. 14/2002) – Anno 2007**

Tipo di specializzazione	Eestero	Italia
Amministrativi	1	–
Biologi	–	2
Farmacisti	–	1
Medici	4	3
Psicologi	23	66
Veterinari	2	1
Totale	30	73

Fonte: Ufficio Formazione del personale, PAB – Archivio formazione

1.2.3. Tirocini

Nel 2007 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 diminuito rispetto all'anno precedente, passando da 36 a 32 richieste totali per un importo totale di Euro 299.714,00.

Tabella 38: **Numero domande di assegno di studio presentate da biologi, psicologi e veterinari tirocinanti e importo impegnato – Anni 1993-2007**

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
2006	–	36	–	424.296,00
2007	–	32	–	299.714,00

Fonte: ufficio Formazione del Personale, PAB – Archivio formazione

1.2.4. Medicina generale

Nel 2007 si è concluso il corso triennale di formazione specifica in medicina generale con 15 diplomati. È stata rinnovata la convenzione con l'Accademia altoatesina di medicina generale per la parte teorica della formazione. Il Comitato scientifico si è riunito tre volte.

1.2.5. Formazione continua

La formazione continua offre ai professionisti della salute la possibilità di acquisire nel corso della loro carriera nuove conoscenze ed abilità, che consentono di mantenere il livello della loro professionalità 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).

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 (residenziale ed e-learning) ed i criteri di valutazione delle esperienze formative degli operatori ed operatrici del Servizio Sanitario Provinciale maturati all'estero. 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. 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.

Alla base del sistema dei "crediti formativi ECM" vi è il presupposto che la professionalità di ogni operatore ed operatrice della sanità, sia definibile da tre caratteristiche fondamentali:

- il possesso di conoscenze teoriche aggiornate (il sapere);
- il possesso di abilità tecniche o manuali (il fare);
- il possesso di capacità comunicative e relazionali (l'essere).

Per mantenersi "aggiornato e competente", e garantire al cittadino una prestazione sanitaria sempre efficace ed appropriata, il sistema ECM prevede il 'life long learning'. 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, 30 nel 2005 e 30 nel 2006).

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, soprattutto considerata l'istituzione dell'Azienda Sanitaria unica a partire dal 01/01/2007. Ciò ha significato l'aver affrontato e sviluppato importanti argomenti d'interesse provinciale, nonché la costruzione dell'offerta formativa in modo corrispondente, abbandonando quindi la strada del 5° ente, che offre formazione continua in ambito sanitario insieme alle 4 ex aziende sanitarie.

L'obiettivo di ciò è stato quello di raggruppare le risorse, promuovere l'interdisciplinarietà 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, medicina ambientale e gender.

Palliative Care: in collaborazione con l'Università di Klagenfurt è stato programmato il 3° corso base interdisciplinare, che si svolgerà tra marzo 2008 e maggio 2009. È stata inoltre organizzata la "Giornata delle cure palliative" a Vipiteno, con grande partecipazione di operatori del settore sanitario e sociale.

Evidence Based Nursing: in collaborazione con l'Università di Halle-Wittenberg è proseguita la formazione specialistica per i futuri esperti in EBN dell'Azienda Sanitaria e la programmazione della formazione di gruppi di lavoro in materia per tutti i comprensori sanitari, che inizierà nell'autunno 2008.

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. È 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.bz.it" è accessibile a tutti. Alle risorse dei periodici elettronici e alle banche dati della Biblioteca Medica Virtuale in abbonamento hanno accesso gratuitamente:

- il personale dipendente e le strutture convenzionate con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
- 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
- i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta operanti nella Provincia di Bolzano

E-learning: sono proseguite le 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. I corsi proposti sono: Privacy e sanità, Introduzione alla Evidence based medicine, Conoscere e usare le riviste scientifiche, Valutazione e implementazione di linee guida cliniche e Codifica delle diagnosi nella SDO (Scheda di dimissione ospedaliera). Si è voluto così avviare un percorso di Educazione continua in medicina integrata e plurale con il progetto della Biblioteca medica virtuale.

Gender medicine: nell'ottobre 2007 si è svolto il primo simposio altoatesino sulla salute femminile e la medicina di genere, dedicato alle patologie cardiocircolatorie.

Management e gestione: nel 2007 sono stati conclusi altri 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 44 partecipanti. Ai corsi sono stati ammessi anche collaboratori

non dirigenti per consentire ai comprensori sanitari 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. È stato inoltre attivato e concluso un corso integrativo di 36 ore per 15 dirigenti che avevano in passato frequentato corsi di management riconosciuti dalla Provincia con una durata inferiore alle 100 ore obbligatorie. 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.

Psicosomatica: il progetto biennale della psicosomatica destinata a medici e psicologi è terminato nel 2007 con la conclusione del corso di formazione in terapia psicosomatica del dolore. Sono state inoltre trattate le tematiche dei disturbi fittizi, così come i disturbi psicosomatici della pelle. Tutti i seminari si sono svolti al Centro terapeutico di Bad Bachgart.

Etica: nel 2007 ha continuato ed ampliato la sua attività il Comitato Etico Provinciale, che ha svolto due sedute plenarie e alcune sedute dei sottogruppi per l'esame di vari argomenti. Il tema principale dell'anno era "La vulnerabilità del paziente", intorno al quale è stato svolto un convegno per personale sanitario ed altri interessati, inoltre è stata pubblicata una serie di articoli sui maggiori quotidiani della Provincia. I membri del Comitato hanno risposto a numerose richieste pervenute via e-mail da parte di cittadini. Inoltre è stato avviato il progetto "Istituzione di gruppi di consulenza etica negli ospedali e nelle case di cura".

Medicina complementare: è stata offerta la possibilità a chi aveva frequentato il corso di perfezionamento in omeopatia per farmacisti, organizzato dall'anno 2005 all'anno 2007 in collaborazione con l'Università di Camerino e la "Società Italiana di Medicina Omeopatica", di frequentare un corso di aggiornamento di n.3 moduli (12 ore ciascuno) intitolato "Migliorare i risultati in farmacia omeopatica: l'uso del repertorio omeopatico". È inoltre proseguito il corso di formazione in agopuntura per medici (terzo anno), organizzato in collaborazione con l'Istituto "Matteo Ricci" di Bologna e la DÄGFA (Deutsche Ärztgesellschaft für Akupunktur). Nell'ottobre 2007 ha avuto inizio il corso triennale in medicina omeopatica, organizzato in collaborazione con la Società Italiana di Medicina Omeopatica – SIMO di Bologna e la Österreichische Gesellschaft für homöopathische Medizin – ÖGHM di Vienna.

Medicina dell'ambiente: nel 2004 è stato organizzato un "Corso di formazione di base in medicina ambientale", destinato a medici di medicina generale e a medici specialisti, nel 2005 si è tenuto il convegno "Focus polveri sottili: cause, effetti sulla salute, contromisure", nel 2006 è stato affrontato il tema dell'elettrosmog e nel 2007 quello del rumore. Sono temi molto sentiti dalla popolazione, infatti la partecipazione è stata molto positiva. Hanno partecipato il personale sanitario, amministratori politici, esperti del settore operanti nelle strutture provinciali e comunali, e rappresentanti delle organizzazioni ambientaliste.

Complessivamente nel 2007 la Provincia Autonoma di Bolzano ha organizzato 69 corsi e 18 convegni rivolti al personale sia laureato che al personale infermieristico, tecnico, riabilitativo e ausiliario operante nei comprensori sanitari.

Tabella 39: **Attività di aggiornamento per il personale impiegato nei servizi sanitari della Provincia – Anno 2007**

<i>Figure professionali</i>	<i>N° partecipanti a corsi di formazione continua</i>	<i>N° partecipanti a convegni</i>
Medici	702	1.178
Psicologi	401	51
Psichiatri	132	–
Veterinari	6	–
Biologi, fisici, farmacisti, chimici	85	19
Personale amministrativo	24	32
Personale infermieristico	445	488
Personale riabilitativo	87	128
Personale tecnico sanitario	159	95
Personale ausiliario	3	22
Altro personale non laureato	210	553
Totale	2.254	2.566

Fonte: Ufficio Formazione del personale, PAB – Archivio formazione

I corsi di formazione continua hanno visto la partecipazione di 2.254 operatori sanitari. A questo dato corrisponde un incremento medio pari al 27 % ca. di personale per singolo corso (in media 33 partecipanti per singolo corso nel 2007, a fronte dei 26 del 2006). La figura professionale prevalente tra quelle partecipanti ai corsi è quella del personale medico (702 partecipazioni), seguita da quella del personale infermieristico (445). Le ore complessive organizzate per attività di formazione continua sono state circa 1.592 (–5,6 % rispetto all'anno precedente), a cui è equivalsa una spesa di circa 1.018.828 € (–16,8 % rispetto al 2006).

Ai 18 convegni organizzati dalla Provincia hanno partecipato 2.566 dipendenti dell'Azienda Sanitaria, di cui 1.178 erano medici. Complessivamente le ore dedicate ai convegni sono state 207 e l'importo liquidato ammonta a 222.922 € circa.

1.2.5.2. Corsi gestiti dall'Azienda Sanitaria

Anche nel 2007 i comprensori sanitari hanno organizzato numerosi corsi di formazione continua e convegni per il personale operante sia nel territorio che in ospedale. Complessivamente hanno organizzato più di 903 corsi, alcuni dei quali ripetuti in diverse edizioni durante l'anno, e 31 convegni.

Tabella 40: **Numero corsi e spesa complessiva per l'attività di formazione gestita dai comprensori sanitari – Anno 2007**

	<i>Bolzano</i>	<i>Merano</i>	<i>Bressanone</i>	<i>Brunico</i>
<i>N° corsi</i>	371	200	215	117
<i>N° convegni</i>	8	19	3	1
Spesa complessiva (in Euro)	185.094	258.721	158.798	196.278

Fonte: Azienda Sanitaria – ufficio Formazione del Personale

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 dell'Azienda Sanitaria.

Tabella 41: **Numero partecipazioni all'attività di formazione gestita dai comprensori sanitari – Anno 2007**

	<i>Bolzano</i>	<i>Merano</i>	<i>Bressanone</i>	<i>Brunico</i>
<i>Medici</i>	1.228	676	1.164	884
<i>Altro personale laureato</i>	309	70	272	122
<i>Personale infermieristico</i>	4.376	3.363	6.472	5.030
<i>Personale di riabilitazione</i>	333	223	584	622
<i>Personale tecnico-sanitario</i>	463	134	180	328
<i>Personale amministrativo</i>	487	322	528	528
<i>Altre figure professionali</i>	645	375	668	862

Fonte: Azienda Sanitaria – ufficio Formazione del Personale

2. LA SPESA SANITARIA

La spesa sanitaria pubblica complessiva, ovvero le spese correnti e in conto capitale sostenute dall'Azienda Sanitaria e dalla Provincia, per l'anno 2007 ammonta a 1.195,388 milioni di Euro (2.433,28 Euro pro-capite), pari ad un incremento del 2,6% rispetto al 2006.

La spesa sanitaria corrente rappresenta il 93,4% della spesa sanitaria complessiva sostenuta dall'Azienda Sanitaria e dalla Provincia (1.116,063 milioni di Euro; 2.271,81 Euro pro-capite).

Il saldo monetario della mobilità ospedaliera interregionale del 2007 risulta essere complessivamente positivo, e corrisponde a 5,268 milioni di Euro.

Anche il saldo monetario della mobilità specialistica interregionale del 2007 risulta essere complessivamente positivo, e corrisponde a circa 1,297 milioni di Euro.

I paragrafi che seguono hanno lo scopo di analizzare la spesa sanitaria pubblica della Provincia Autonoma di Bolzano ossia la spesa sostenuta dal Servizio Sanitario Provinciale. Alla determinazione della spesa concorrono:

- i costi sostenuti dall'Azienda Sanitaria e gli investimenti effettuati dalla stessa desumibili rispettivamente dal bilancio 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 in Provincia di Bolzano le risorse destinate ai consumi sanitari rispetto agli anni passati non sono aumentate in modo considerevole.

Le analisi che seguono sono dedicate alla sola spesa sanitaria pubblica, dal momento che le rilevazioni della spesa sanitaria privata risultano disomogenee.

All'interno della spesa pubblica vanno distinti la spesa corrente e la spesa in conto capitale, trattate rispettivamente nel paragrafo 2.2 e nel paragrafo 2.3.

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 dall'Azienda Sanitaria e da una quota a carico del bilancio della Provincia. La spesa in conto capitale o per investimenti è invece quella diretta all'acquisto, alla costruzione e alla ristrutturazione di beni durevoli ed è costituita dagli investimenti effettuati dall'Azienda e dalle spese direttamente sostenute dalla Provincia a tal scopo.

I dati di costo dell'Azienda Sanitaria sono estrapolati dal piano dei conti che alimenta il bilancio d'esercizio 2007 ed elaborati secondo la logica di aggregazione del Ministero della Salute. Si precisa che a differenza degli anni precedenti i conti di costo relativi alla mobilità infracomprenditoriale risultano a zero dal momento che le quattro Aziende sanitarie sono state accorpate a partire dall'01.01.2007. A concorrere alla determinazione dei costi dell'Azienda Sanitaria unica 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. Nella presente analisi, non concorrono alla determinazione dei costi sostenuti dall'Azienda Sanitaria le voci di natura economica come gli ammortamenti e la svalutazione dei crediti. I costi

**SPESA PUBBLICA E
SPESA PRIVATA**

**SPESA SANITARIA
CORRENTE ED IN CONTO
CAPITALE**

**COSTI SOSTENUTI
DALL'AZIENDA
SANITARIA E MODELLO
DI AGGREGAZIONE**

**INVESTIMENTI
DELL'AZIENDA SANITARIA**

sostenuti dall'Azienda Sanitaria 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 contabilità economico-patrimoniale da parte dell'Azienda Sanitaria. Prima del 2002 vigeva la contabilità finanziaria; dato che i due sistemi contabili si fondano su presupposti diversi, non è sempre possibile effettuare confronti storici. Fonte dei dati è il bilancio di esercizio 2007 dell'Azienda Sanitaria.

Gli investimenti dell'Azienda Sanitaria sono stati calcolati sulla base delle assegnazioni effettuate alla stessa mediante deliberazioni della Giunta Provinciale. Tali assegnazioni provengono dai fondi stanziati sugli appositi capitoli del bilancio provinciale 2007; 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 consuntivo 2007. Il modello è stato rivisto nell'ottica di considerare anche la quota della spesa aggiuntiva scorporata dai costi di esercizio dell'Azienda Sanitaria e di depurare il dato così ottenuto da quote di costo già imputate all'Azienda Sanitaria 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.

**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 2007**

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 2007. 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 2007:**
Provincia (Comune di Bolzano) e Italia

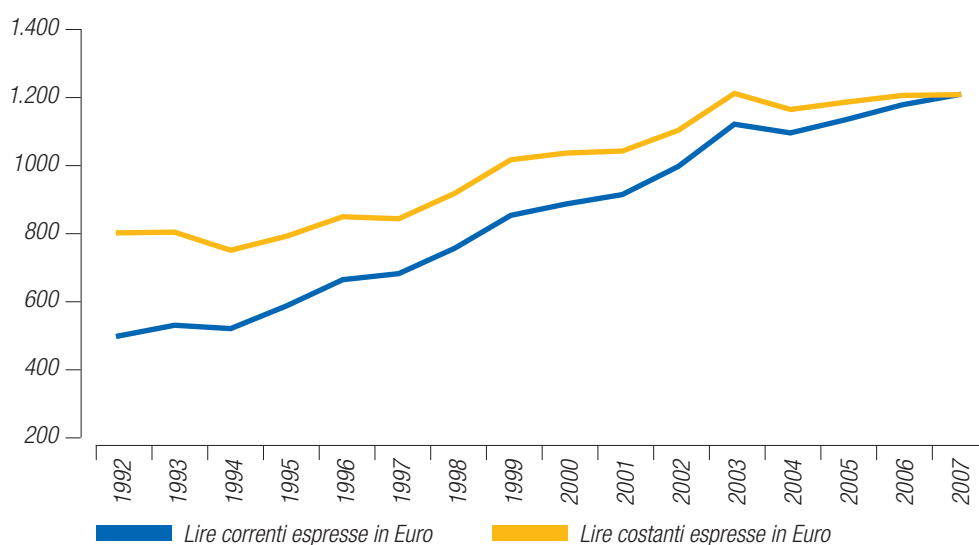
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Provincia	1,616	1,526	1,452	1,352	1,282	1,241	1,215	1,195	1,170	1,141	1,108	1,081	1,063	1,045	1,023	1,000
Italia	1,483	1,423	1,369	1,300	1,251	1,230	1,208	1,189	1,159	1,129	1,102	1,076	1,055	1,037	1,017	1,000

Fonte: ASTAT

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 (esprese 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 dall'Azienda Sanitaria. 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 ordinaria, finanziaria e straordinaria dell'Azienda.

Figura 1: **Spesa sanitaria pubblica complessiva (Azienda Sanitaria e Provincia).**
Anni 1992-2007 (milioni di Euro)

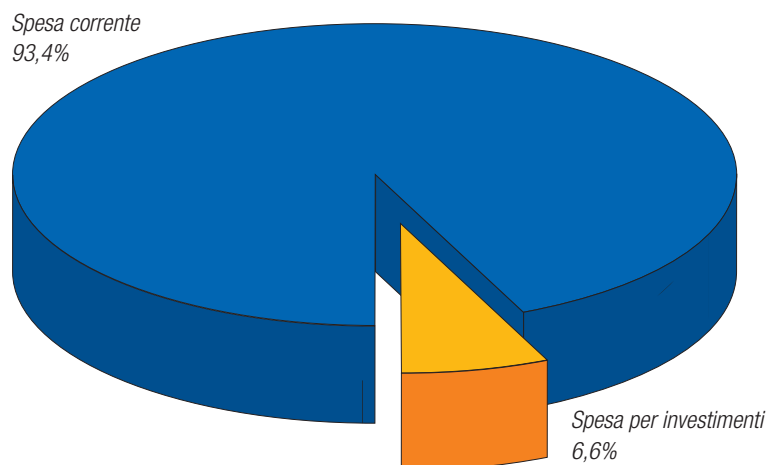


Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

La spesa sanitaria pubblica complessiva per l'anno 2007 ammonta complessivamente a 1.195,388 milioni di Euro pari a 2.433,28 Euro pro-capite. In figura 1 è rappresentato l'andamento della spesa sanitaria pubblica provinciale per il periodo temporale 1992-2007. Dal grafico si evince che la spesa complessiva per l'anno 2003 risulta in Euro costanti superiore rispetto ai quattro anni successivi; tale differenza è 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. Mentre per il periodo 2000-2003 si riscontra un incremento della spesa pubblica complessiva pari al 3,1% calcolata sugli importi espressi in Euro costanti e del 5,7% calcolata sugli importi espressi in Euro correnti, per il periodo 2004-2007 emerge che la crescita risulta più contenuta e si è attestata rispettivamente attorno al 1,4% (Euro costanti) e 3,3% (Euro correnti). Si precisa che il calcolo dello scostamento è stato effettuato non tenendo conto dei fondi pervenuti dallo Stato di cui sopra.

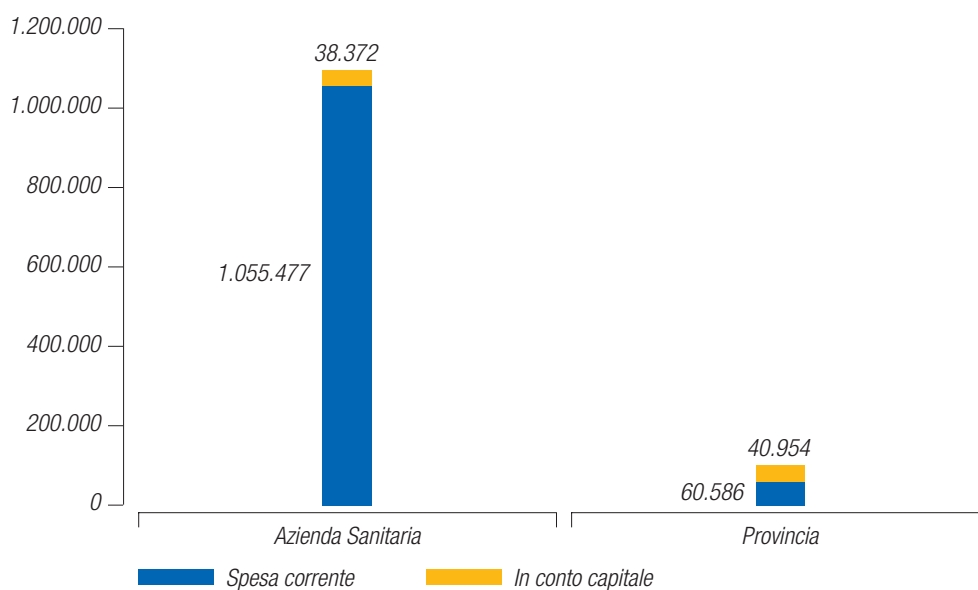
Dalla distribuzione della spesa sanitaria complessiva secondo le componenti, spesa corrente e spesa per investimenti, rappresentata in figura 2, emerge che l'incidenza della spesa corrente sulla spesa complessiva nel 2007, è pari al 93,4%; il rimanente 6,6% riguarda la spesa per investimenti in beni immobili, beni mobili ed attrezzature biomediche.

**SPESA CORRENTE
E SPESA
PER INVESTIMENTI**

Figura 2: **Spesa sanitaria corrente e per investimenti – Anno 2007**

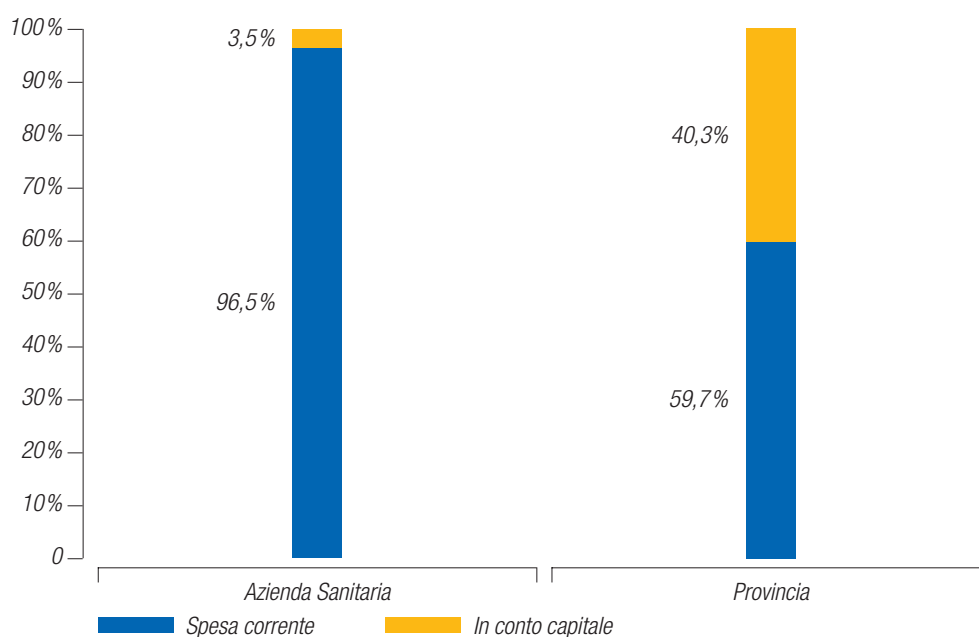
Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

In figura 3 viene evidenziata la spesa corrente e in conto capitale sostenuta rispettivamente dall'Azienda Sanitaria e dalla Provincia. In figura 4 la stessa viene rappresentata in termini percentuali.

Figura 3: **Spesa sanitaria dell'Azienda Sanitaria e della Provincia – Anno 2007 (migliaia di Euro)**

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

Figura 4: **Spesa sanitaria corrente e per investimenti dell'Azienda Sanitaria e della Provincia – Anno 2007**



In termini pro-capite, la spesa sanitaria complessiva sostenuta dall'Azienda Sanitaria è di 2.226,59 Euro di cui 2.184,48 è l'ammontare della spesa corrente pro capite. Per non indurre in errate interpretazioni si precisa che nei costi dell'Azienda Sanitaria sono compresi anche i costi sostenuti per i cittadini non residenti. Considerando anche la spesa direttamente sostenuta dalla Provincia, la spesa totale pro-capite, come anticipato in apertura di paragrafo è pari a 2.433,28 Euro.

2.2. LA SPESA SANITARIA CORRENTE

La spesa sanitaria corrente rappresenta il 93,4% della spesa complessiva sostenuta dall'Azienda Sanitaria e dalla Provincia, quantificabile nel 2007 in 1.116,063 milioni di Euro, corrispondente a 2.271,81 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. prov. 16/88), l'ospedalizzazione a domicilio (l. prov. 33/88), la fornitura straordinaria di protesi non previste nel nomenclatore tariffario (l. prov. 2/86).

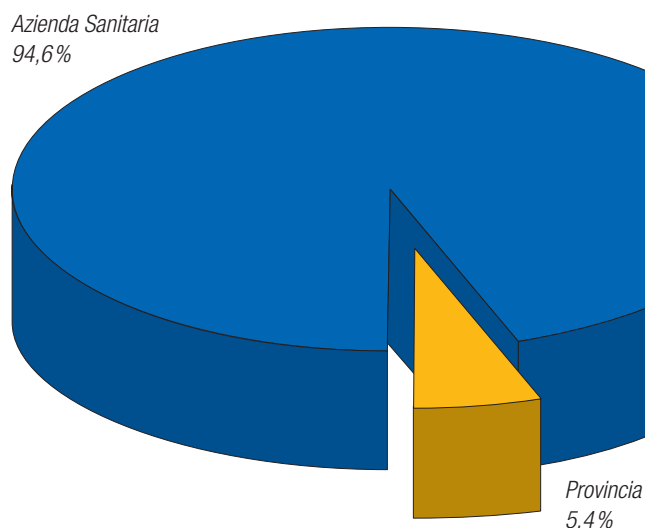
Come già descritto in apertura del capitolo a concorrere alla determinazione dei costi dell'Azienda Sanitaria vi sono i costi di gestione (personale, acquisti di beni, servizi sanitari e non sanitari, ...), i costi straordinari, altri costi (come gli accantonamenti per il personale) e la quota relativa alla mobilità passiva extra provinciale ed estera. Non concorrono alla determinazione dei costi sostenuti dall'Azienda Sanitaria le voci di natura economica come gli ammortamenti. I costi sostenuti dall'Azienda Sanitaria per l'erogazione dell'assi-

**COSTI SOSTENUTI
DALL'AZIENDA**

stenza 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 evince dalla figura 5 i costi sostenuti dall'Azienda Sanitaria sono pari al 94,6% della spesa corrente complessiva e la spesa corrente della Provincia incide quindi per il 5,4% sul totale.

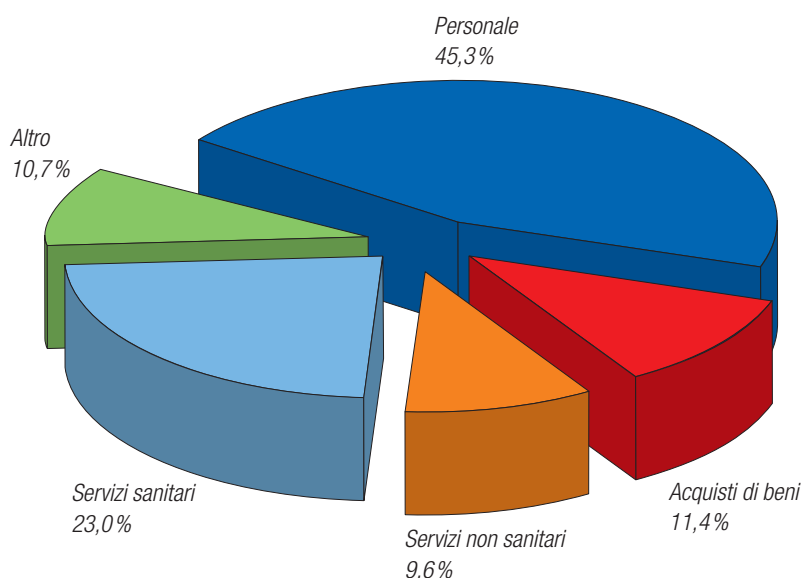
Figura 5: **Spesa sanitaria corrente della Provincia e costi sostenuti dall'Azienda Sanitaria – Anno 2007 Spesa corrente complessiva: 1.116,063 milioni di Euro**



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

In valore assoluto infatti dei 1.116,063 milioni di Euro, 1.055,477 milioni sono costi sostenuti dall'Azienda Sanitaria 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. In figura 6 viene presentata la suddivisione dei costi sostenuti dall'Azienda Sanitaria per le principali categorie, dalla quale si desume la forte incidenza dei costi del personale.

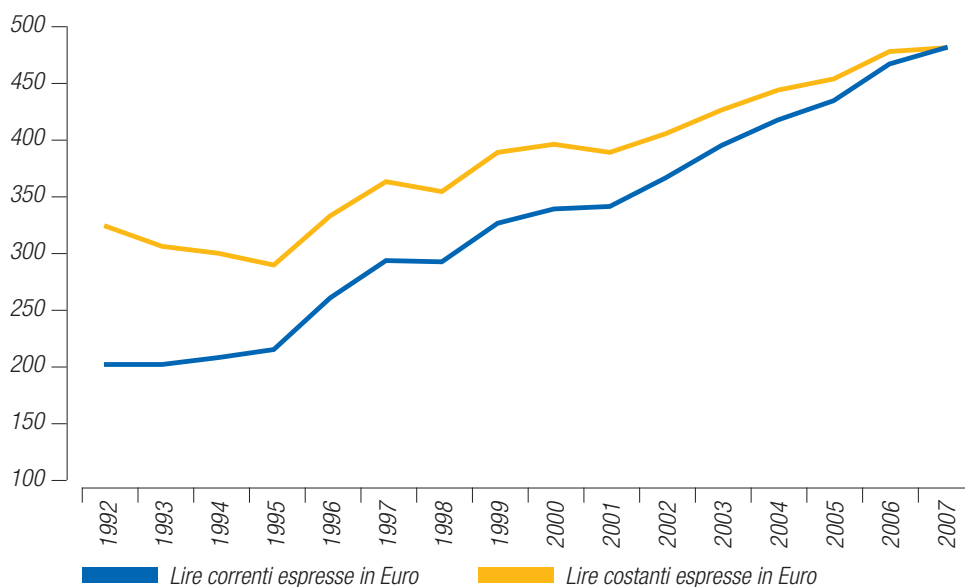
Figura 6: **Costi dell'Azienda Sanitaria per categoria – Anno 2007 (totale costi Azienda Sanitaria: 1.055,477 milioni di Euro)**



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

Di seguito viene esposto graficamente l'andamento storico della spesa sostenuta dalla Provincia e dall'Azienda per i principali aggregati di costo illustrati in figura 6.

Figura 7: **Andamento storico della spesa per il personale (1992-2007) espressa in termini correnti e costanti (milioni di Euro)**



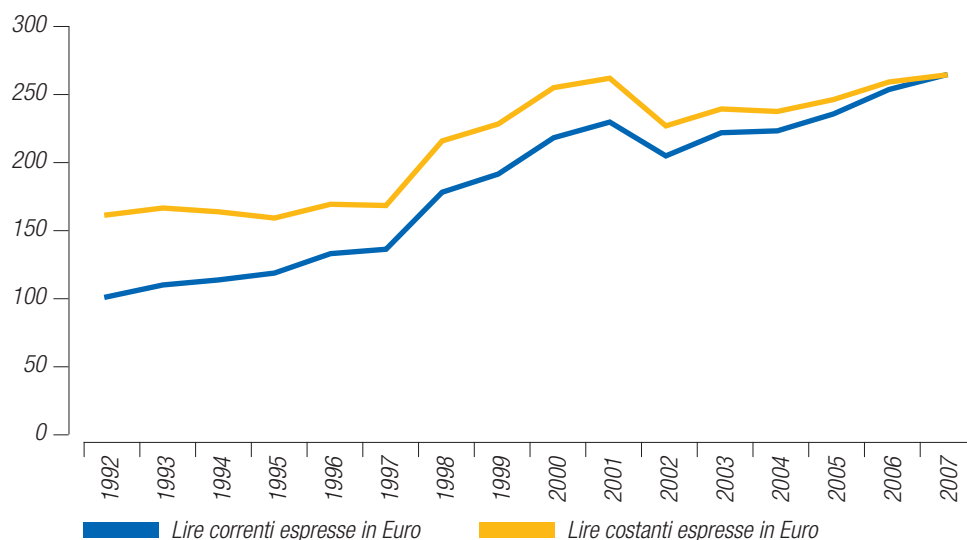
Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

La spesa del personale è stata calcolata tenendo conto oltre che del personale dipendente anche del personale assunto con il contratto d'opera. Più precisamente concorrono alla determinazione della spesa del personale:

- personale del ruolo sanitario,
- personale del ruolo professionale

- c) personale del ruolo tecnico
- d) personale del ruolo amministrativo
- e) altri costi del personale che comprendono, tra le altre voci, gli oneri per il personale religioso, per il personale tirocinante e borsista, le indennità per libera docenza, i compensi a sanitari.

Figura 8: **Andamento storico della spesa per i beni e servizi (1992-2007) espressa in termini correnti e costanti (milioni di Euro)**

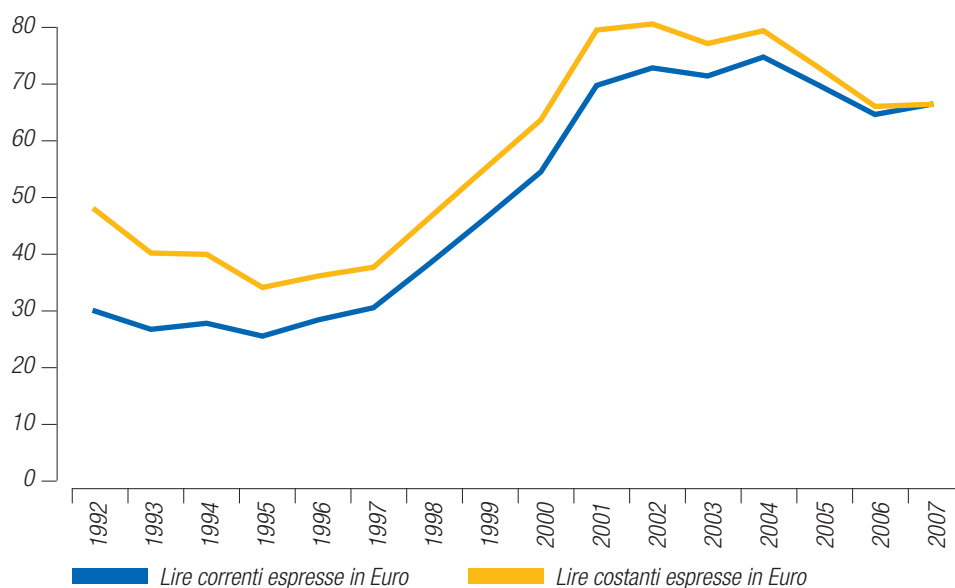


Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

Alla determinazione della spesa per beni e servizi concorrono:

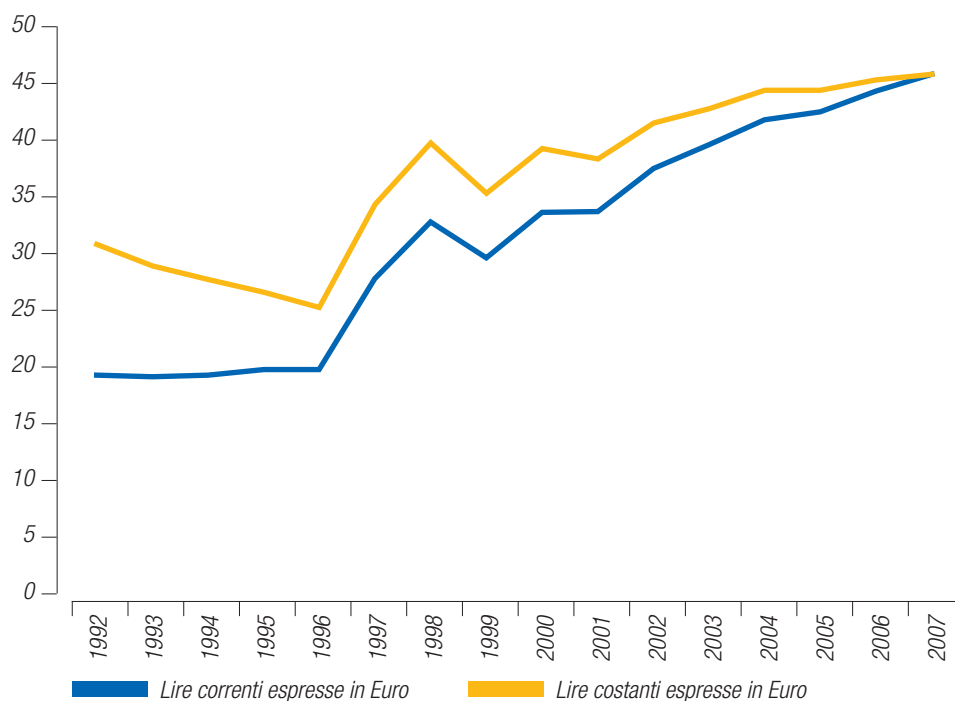
- a) gli acquisti di beni (prodotti farmaceutici, emoderivati, materiali per la profilassi, materiali diagnostici, presidi chirurgici, ...)
- b) i servizi non sanitari più precisamente i costi per la manutenzione, per il godimento beni di terzi (fitti, canoni leasing), gli oneri di gestione, i servizi appaltati (lavanderia, pulizia, mensa, riscaldamento ...), altri servizi non sanitari
- c) le imposte e tasse (inclusa IRAP).

Figura 9: **Andamento storico della spesa per farmaceutica convenzionata (1992-2007) espressa in termini correnti e costanti (milioni di Euro)**



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

Figura 10: **Andamento storico della spesa per la medicina generale (1992-2007) espressa in termini correnti e costanti (milioni di Euro)**

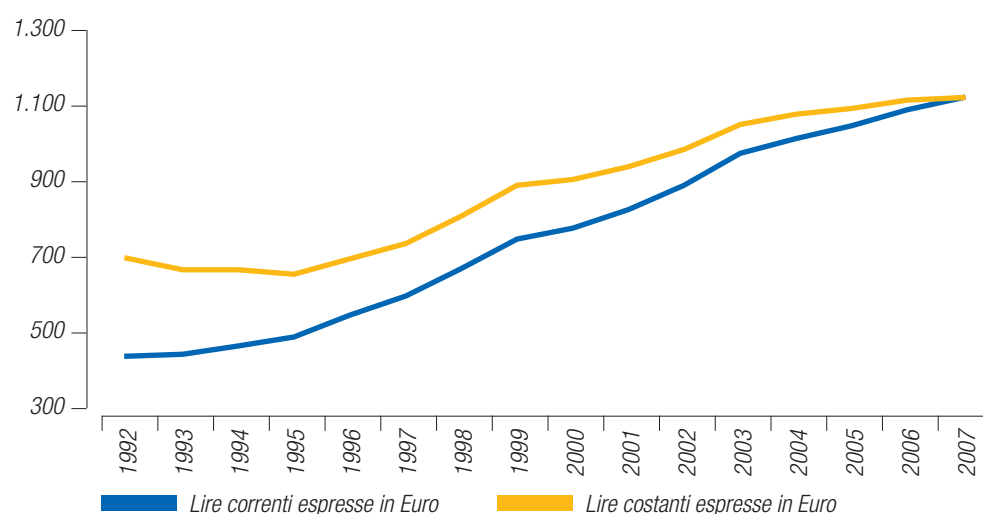


Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

**SPESA SOSTENUTA
DALLA PROVINCIA**

La spesa sanitaria corrente sostenuta dalla Provincia ammonta per il 2007 a 60,586 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 ridimensionata rispetto agli anni precedenti al 2003, in quanto il servizio di trasporto in ambulanza, l'elisoccorso, l'assistenza erogata in Austria e l'assistenza indiretta sono stati trasferiti all'Azienda Sanitaria ai sensi dell'art. 76 della legge provinciale n.7/2001.

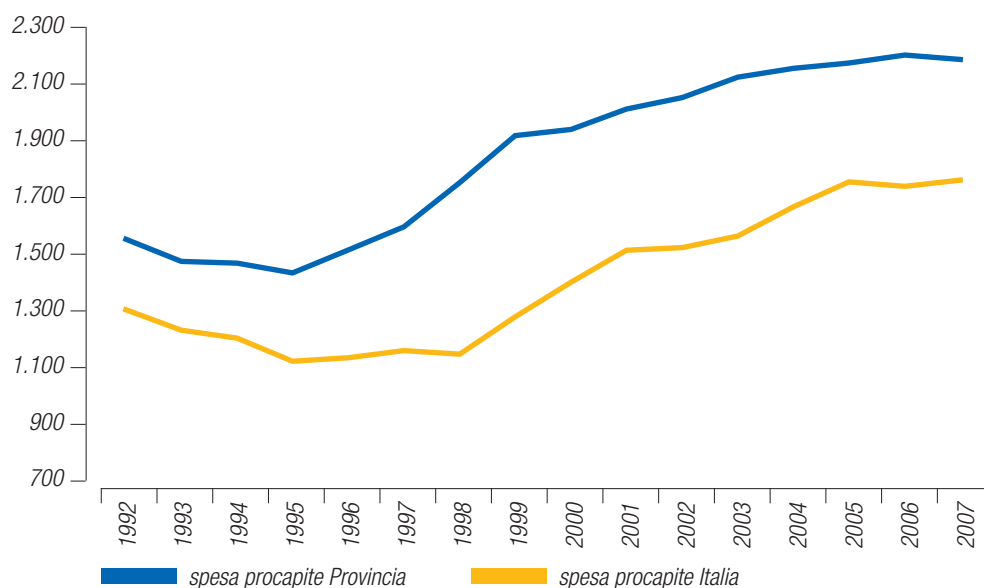
Figura 11: **Spesa sanitaria corrente complessiva (Azienda Sanitaria e Provincia);**
Anni 1992-2007 (milioni di Euro)



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

L'andamento temporale della spesa sanitaria corrente sostenuta dall'Amministrazione Provinciale a cui vanno ad aggiungersi i costi dell'Azienda Sanitaria (figura 11) 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. Dall'analisi dell'andamento della spesa corrente si evince che per il periodo 2000-2003 la crescita media percentuale è del 4,4% calcolata sugli importi espressi in Euro costanti e del 7,0% sugli importi espressi in Euro correnti, mentre per il periodo 2004-2007 è stata rispettivamente dell'1,7% (Euro costanti) e del 3,7% (Euro correnti).

Figura 12: **Spesa sanitaria corrente pro-capite calcolata sugli importi espressi in euro costanti; Anni 1992-2007 (milioni di Euro)**



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

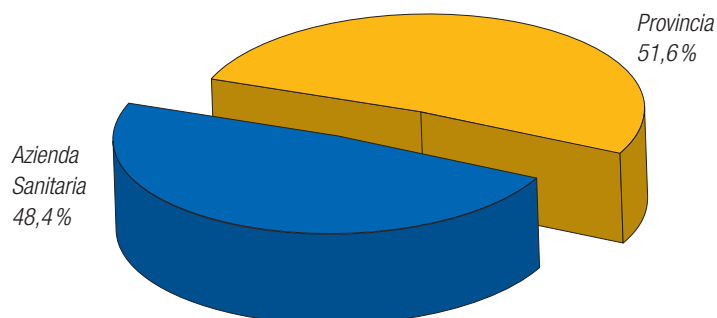
Di grande interesse è anche il confronto dell'andamento della spesa sanitaria corrente pro-capite provinciale con quello nazionale registrato dal 1992 al 2007. Dato che il Servizio Sanitario Provinciale eroga delle prestazioni che rientrano in livelli assistenziali oltre allo standard nazionale, la spesa pro-capite provinciale è più alta di quella nazionale come si può notare dalla figura 12. Ai fini della confrontabilità 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 la mobilità passiva extra provinciale e estera (per evitare duplicazioni di spesa a livello nazionale) e le altre voci di natura economica (ammortamenti, svalutazione crediti,...). Fonte dei dati nazionali è il conto economico riepilogativo nazionale per il IV° trimestre 2007.

Dal grafico si evince che la spesa sanitaria pro-capite altoatesina risulta essere più elevata rispetto a quella nazionale.

2.3. LA SPESA SANITARIA PER INVESTIMENTI

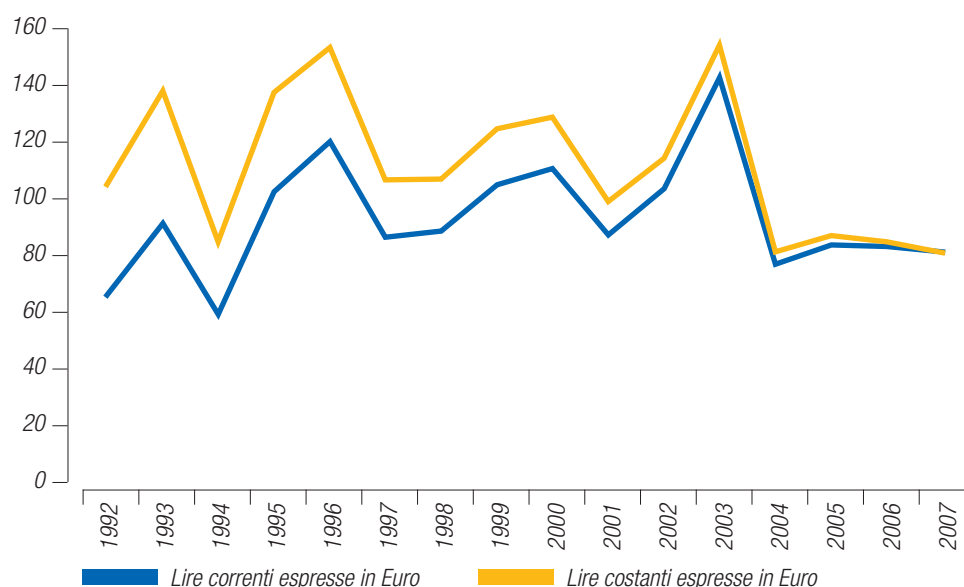
La spesa sanitaria complessivamente sostenuta dall'Azienda Sanitaria e dalla Provincia per investimenti in beni immobili, arredi ed attrezzature biomediche ammonta nel 2007 circa a 79,325 milioni di Euro, pari al 6,6% della spesa sanitaria complessiva. Di questi, 38,372 milioni sono a carico del bilancio dell'Azienda Sanitaria e 40,954 milioni di Euro sono sostenuti direttamente dalla Provincia (figura 13).

**SPESA CORRENTE
PRO-CAPITE
PROVINCIALE E
NAZIONALE**

Figura 13: **Ripartizione percentuale spesa per investimenti – Anno 2007**

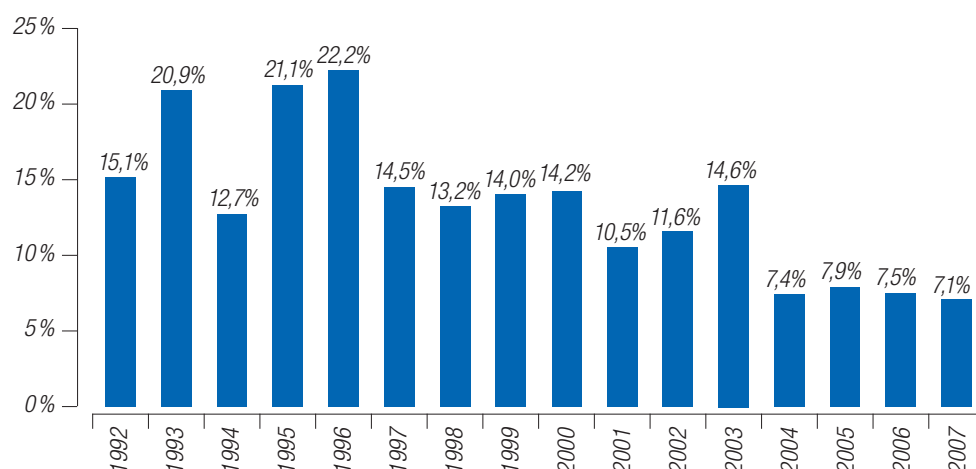
Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

L'andamento della spesa provinciale per investimenti nel periodo 1992-2007, 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 14). Questo risultato emerge anche dall'analisi storica del rapporto percentuale della spesa complessiva per investimenti (Azienda Sanitaria e Provincia) rispetto alla spesa complessiva corrente (figura 15). 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 7,1% nel 2007. Mentre per la spesa corrente si tratta principalmente di assegnazioni all'Azienda Sanitaria, per le spese in conto capitale circa la metà degli investimenti è sostenuta direttamente dalla Provincia, la quale presta particolare attenzione agli investimenti sugli immobili.

Figura 14: **Spesa sanitaria per investimenti (Azienda Sanitaria e Provincia) – Anni 1992-2007 (milioni di Euro)**

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

Figura 15: **Andamento del rapporto percentuale spesa sanitaria per investimenti (Azienda Sanitaria e Provincia) e spesa sanitaria corrente complessiva – Anni 1992-2007**

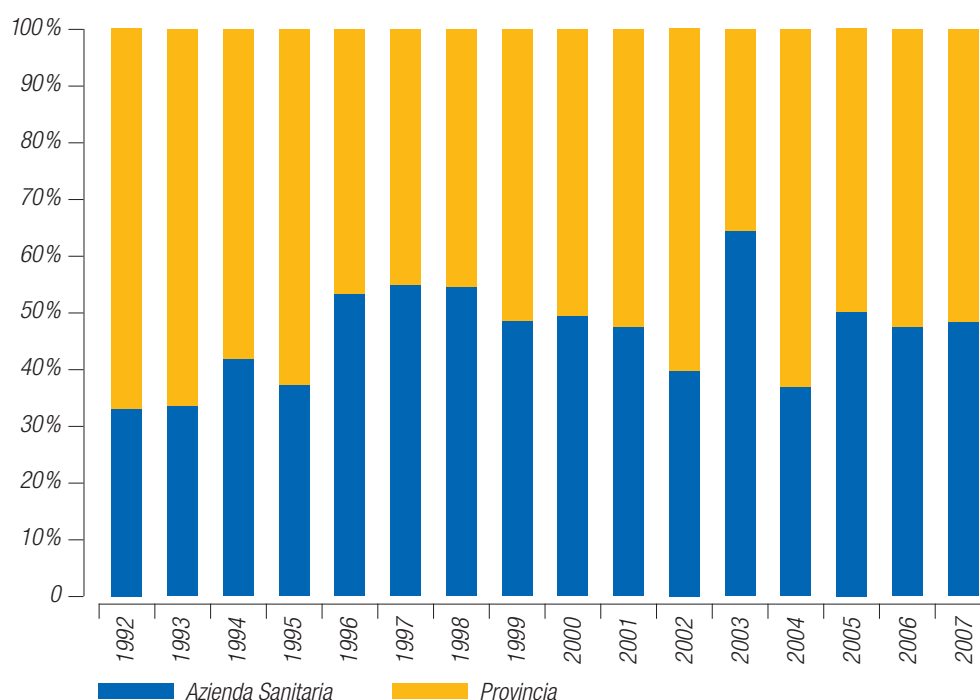


Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

Nel corso degli ultimi anni si può osservare come la distribuzione percentuale degli investimenti rispettivamente a carico dell'Azienda 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 è superiore a quella sostenuta dall'Azienda Sanitaria; dal 1996 al 1998 la tendenza si inverte: è l'Azienda Sanitaria che sostiene 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, giustificata quest'ultima dai fondi pervenuti dallo Stato a sostegno delle spese per investimento. Dal 2005 circa la metà degli investimenti sono effettuati dall'Azienda e metà 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 16: **Spesa per investimenti, suddivisa tra Azienda Sanitaria e Provincia – Anni 1992-2007**



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

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 i comprensori sanitari viene chiamata intraprovinciale, 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 per propri residenti che usufruiscono di prestazioni sanitarie presso altre aziende sanitarie (mobilità passiva) e come voce attiva figura l'ammontare incassato per prestazioni sanitarie prodotte dalle strutture provinciali e fruiti da cittadini non residenti nel territorio di appartenenza della struttura 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

La mobilità interregionale relativa ai ricoveri per l'anno 2007 ha registrato un saldo complessivo pari a circa 5,2 milioni di Euro, con un incremento rispetto al 2006 del 27,7%.

Il numero di ricoveri nel 2007 prodotti dalle strutture provinciali per persone residenti nel resto d'Italia sono stati 8.010, corrispondente ad un valore tariffario pari a 22,4 milioni di Euro, mentre il numero di ricoveri prodotti dalle strutture del resto d'Italia a pazienti residenti in Provincia di Bolzano sono stati 4.532, pari a 17,2 milioni di Euro.

Tabella 2: **Numero di ricoveri relativi a mobilità ospedaliera attiva e passiva interregionale e importo corrispondente – Anno 2007**

	<i>Azienda Sanitaria</i>
Mobilità attiva	
N. ricoveri	8.010
Importo totale (migliaia di €)	22.474
Mobilità passiva	
N. ricoveri	4.532
Importo totale (migliaia di €)	17.206
Saldo attiva - passiva (migliaia di €)	5.268

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – SDO – Archivio mobilità

La struttura provinciale che ha prodotto il maggior numero di ricoveri per pazienti non residenti in provincia è l'Ospedale di Bolzano con 3.541 ricoveri pari a 12,4 milioni di Euro, seguito dall'Ospedale di Brunico con 1.244 ricoveri pari a 2,3 milioni di Euro. L'Ospedale di Silandro invece risulta aver prodotto il minor numero di ricoveri per pazienti non residenti con 63 ricoveri.

Tabella 3: **Ricoveri e corrispondenti valori tariffari relativi a mobilità attiva interregionale, per istituto di cura – Anno 2007**

<i>Istituti di cura</i>	<i>Numero di ricovero</i>	<i>Importo tariffario</i>
Ospedale di Bolzano	3.541	12.474.337
Ospedale di Merano	642	1.561.210
Ospedale di Bressanone	828	2.562.382
Ospedale di Brunico	1.244	2.346.303
Ospedale di Silandro	63	93.381
Ospedale di Vipiteno	398	640.717
Ospedale di San Candido	1.099	2.133.633
Totale ospedali pubblici	7.815	21.811.964
Casa di Cura S. Maria	52	2.348
Casa di Cura Villa S. Anna	29	54.193
Casa di Cura Bonvicini	74	430.737
Casa di Cura Villa Melitta	30	174.292
Casa di Cura Fonte S. Martino	10	–
Totale istituti privati	195	661.570
Totale istituti di cura	8.010	22.473.533

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – SDO – Archivio mobilità

Il DRG più frequente prodotto dalle strutture provinciali per pazienti non residenti è il DRG 359 “Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza cc” seguito dal DRG 39 “Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia.

Tabella 4: DRGs più frequenti nei ricoveri di mobilità attiva interregionale – Anno 2007

DRG	Descrizione	n° ric	%	% cum.
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	321	4,0%	4,0%
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	294	3,7%	7,7%
503	Interventi su ginocchio senza diagnosi principale di infezione	265	3,3%	11,0%
391	Neonato normale	258	3,2%	14,2%
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	233	2,9%	17,1%
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 senza CC	194	2,4%	19,5%
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	167	2,1%	21,6%
243	Affezioni mediche del dorso	164	2,0%	23,7%
231	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore	144	1,8%	25,5%
183	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 senza CC	133	1,7%	27,1%
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	125	1,6%	28,7%
381	Aborto con dilatazione e raschiamento mediante aspirazione o isterotomia	124	1,5%	30,2%
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	106	1,3%	31,6%
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	105	1,3%	32,9%
32	Commozione cerebrale, età > 17 senza CC	104	1,3%	34,2%
Totale		8.010	100,0%	

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB- Archivio mobilità

Il DRG più frequente prodotto dalle strutture del resto d'Italia per pazienti residenti in Provincia di Bolzano è il DRG 39 "Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia" seguito dal DRG 410 "Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta".

Tabella 5: DRGs più frequenti nei ricoveri di mobilità passiva interregionale e relativo importo – Anno 2007

DRG	Descrizione	n° ric	%	% cum.
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	150	3,3%	3,3%
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	132	2,9%	6,2%
503	Interventi su ginocchio senza diagnosi principale di infezione	118	2,6%	8,8%
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	105	2,3%	11,1%
105	Interventi sulle valvole cardiache ed altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	96	2,1%	13,3%
231	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore	93	2,1%	15,3%
381	Aborto con dilatazione e raschiamento mediante aspirazione o isterotomia	78	1,7%	17,0%
391	Neonato normale	74	1,6%	18,7%
63	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	73	1,6%	20,3%
256	Altre diagnosi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	68	1,5%	21,8%
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	63	1,4%	23,2%
500	Interventi su dorso e collo eccetto artrodesi vertebrale senza cc	62	1,4%	24,5%
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	62	1,4%	25,9%
109	Bypass coronario senza cateterismo cardiaco	60	1,3%	27,2%
479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	55	1,2%	28,4%
Totale		4.532	100,0%	

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB- Archivio mobilità

Invece il DRG che rappresenta la maggior entrata di mobilità sanitaria interregionale prodotto dalle strutture provinciali risulta essere il DRG 481 "Trapianto di midollo osseo" seguito dal DRG 209 "Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori" e dal DRG 483 "Tracheotomia eccetto per disturbi orali, laringei o faringei".

Tabella 6: **DRGs con maggiore rilevanza economica nei ricoveri di mobilità attiva interregionale e relativo numero e importo – Anno 2007**

DRG	Descrizione	n° ric	Importo (in migliaia di €)	%	% cum.
481	Trapianto di midollo osseo	46	2.116	9,4%	9,4%
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	167	1.492	6,6%	16,1%
483	Tracheostomia eccetto per disturbi orali, laringei o faringei	25	1.261	5,6%	21,7%
503	Interventi su ginocchio senza diagnosi principale di infezione	265	865	3,8%	25,5%
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	294	547	2,4%	27,9%
1	Craniotomia, età > 17, eccetto per traumatismo	52	539	2,4%	30,3%
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 senza CC	194	507	2,3%	32,6%
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	125	498	2,2%	34,8%
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	321	410	1,8%	36,6%
492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	56	395	1,8%	38,4%
Totale		8.010	22.474	100,0%	

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB- Archivio mobilità

Il DRG più costoso di mobilità sanitaria interregionale risulta essere il DRG 105 “Interventi sulle valvole cardiache ed altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo” seguito dal DRG 209 “Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori” e dal DRG 109 “Bypass coronario senza cateterismo cardiaco”.

Tabella 7: **DRGs con maggiore rilevanza economica nei ricoveri di mobilità passiva interregionale e relativo numero e importo – Anno 2007**

DRG	Descrizione	n° ric	Importo (in migliaia di €)	%	% cum.
105	Interventi sulle valvole cardiache ed altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	96	1.845	10,7%	10,7%
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	105	986	5,7%	16,5%
109	Bypass coronario senza cateterismo cardiaco	60	929	5,4%	21,9%
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	132	373	2,2%	24,0%
483	Tracheostomia eccetto per disturbi orali, laringei o faringei	6	336	2,0%	26,0%
108	Altri interventi cardiotoracici	18	262	1,5%	27,5%
63	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	73	253	1,5%	29,0%
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	150	240	1,4%	30,4%
409	Radioterapia	35	235	1,4%	31,7%
1	Craniotomia, età > 17, eccetto per traumatismo	19	230	1,3%	33,1%
Totale		4.532	17.206	100,0%	

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB- Archivio mobilità

**MOBILITÀ
INTERREGIONALE
COMPLESSIVA**

2.4.2. Le prestazioni di specialistica e i relativi saldi della mobilità

L'Azienda Sanitaria deve 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 8: **Importo mobilità specialistica interregionale – Anno 2007**

	<i>Azienda Sanitaria</i>
Mobilità attiva	
Importo totale (migliaia di €)	3.374
Mobilità passiva	
Importo totale (migliaia di €)	2.077
Saldo attiva - passiva (migliaia di €)	1.297

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – SPA – Archivio mobilità

A livello interregionale per l'anno 2007 si è registrato un saldo positivo anche per le prestazioni di specialistica ambulatoriale pari a 1,2 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 il numero di prestazioni di mobilità attiva interregionale sono state complessivamente 446.567 pari a 29,4 milioni di Euro, mentre le prestazioni di mobilità passiva interregionale sono state 275.714 pari a 21,8 milioni di Euro.

Tabella 9: **Numero di prestazioni relative a mobilità interregionale attiva e passiva complessiva e importo corrispondente – Anno 2007**

	<i>Azienda Sanitaria</i>
Mobilità attiva	
N. prestazioni	446.567
Importo totale (migliaia di €)	29.490
Mobilità passiva	
N. prestazioni	275.714
Importo totale (migliaia di €)	21.808
Saldo attiva - passiva (migliaia di €)	7.682

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB- Archivio mobilità

Complessivamente il saldo monetario della mobilità interregionale relativa al 2007 evidenzia un importo positivo di 7,7 milioni di Euro (5,9 nel 2006).

I pazienti della Provincia Autonoma di Trento risultano essere i maggiori fruitori di prestazioni sanitarie presso la Provincia di Bolzano con 13,8 milioni di Euro, seguiti dai pazienti della Regione Veneto con 6,1 milioni di Euro e dalla Regione Lombardia con 2,1 milioni di Euro.

Tabella 10: **Importi totali mobilità interregionale attiva per regione di residenza – Anno 2007**

Regione	Importo (Euro)	%	% cum.
Trento	13.841.027	46,9%	46,9%
Veneto	6.194.194	21,0%	67,9%
Lombardia	2.134.426	7,2%	75,2%
Lazio	1.334.245	4,5%	79,7%
Emilia Romagna	1.302.862	4,4%	84,1%
Toscana	801.231	2,7%	86,8%
Friuli-Venezia Giulia	700.928	2,4%	89,2%
Sicilia	525.823	1,8%	91,0%
Puglia	497.179	1,7%	92,7%
Liguria	400.939	1,4%	94,0%
Campania	354.006	1,2%	95,2%
Piemonte	347.404	1,2%	96,4%
Marche	300.493	1,0%	97,4%
Calabria	271.765	0,9%	98,4%
Sardegna	203.735	0,7%	99,0%
Umbria	109.897	0,4%	99,4%
Abruzzo	74.903	0,3%	99,7%
Basilicata	47.522	0,2%	99,8%
Molise	29.385	0,1%	99,9%
Valle d'Aosta	18.570	0,1%	100,0%
Totale	29.490.534	100,0%	

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB - Archivio mobilità

I pazienti altoatesini hanno fruito del maggior numero di prestazioni sanitarie presso la Regione Veneto pari a 9,0 milioni di Euro seguita dalla Provincia Autonoma di Trento con 4,8 milioni di Euro e la regione Lombardia con 2,4 milioni.

Tabella 11: Importi totali mobilità interregionale passiva per regione di cura – Anno 2007

Regione	Importo (Euro)	%	% cum.
Veneto	9.042.971	41,5%	41,5%
Trento	4.824.908	22,1%	63,6%
Lombardia	2.410.337	11,1%	74,6%
Emilia Romagna	2.398.223	11,0%	85,6%
Friuli-Venezia Giulia	630.898	2,9%	88,5%
Campania	535.909	2,5%	91,0%
Lazio	394.442	1,8%	92,8%
Toscana	378.841	1,7%	94,5%
Piemonte	211.253	1,0%	95,5%
Marche	173.723	0,8%	96,3%
Calabria	168.960	0,8%	97,1%
Puglia	151.034	0,7%	97,8%
Liguria	121.275	0,6%	98,3%
Sardegna	95.138	0,4%	98,8%
Sicilia	77.573	0,4%	99,1%
Umbria	69.534	0,3%	99,4%
Abruzzo	63.613	0,3%	99,7%
Basilicata	16.034	0,1%	99,8%
Molise	15.796	0,1%	99,9%
Ospedale Bambin Gesù	12.410	0,1%	99,9%
Acismom	12.350	0,1%	100,0%
Valle d'Aosta	1.960	0,0%	100,0%
Totale	21.807.179	100,0%	

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB- Archivio mobilità

2.4.3. La mobilità internazionale

Per quanto riguarda la mobilità internazionale sono disponibili i dati complessivi relativi all'anno 2005 ad esclusione dei ricoveri in Austria, regolamentati da specifiche convenzioni.

Come risulta dalla tabella 12, il saldo complessivo della mobilità ospedaliera internazionale per l'anno 2005 è aumentato rispetto all'anno 2004, ed è in attivo per 3 milioni di Euro.

Tabella 12: Importo mobilità ospedaliera internazionale (esclusa assistenza ospedaliera erogata in Austria) – Anno 2005

	Azienda Sanitaria
Mobilità attiva	
Importo totale (migliaia di €)	7.421
Mobilità passiva	
Importo totale (migliaia di €)	4.416
Saldo attiva - passiva (migliaia di €)	3.005

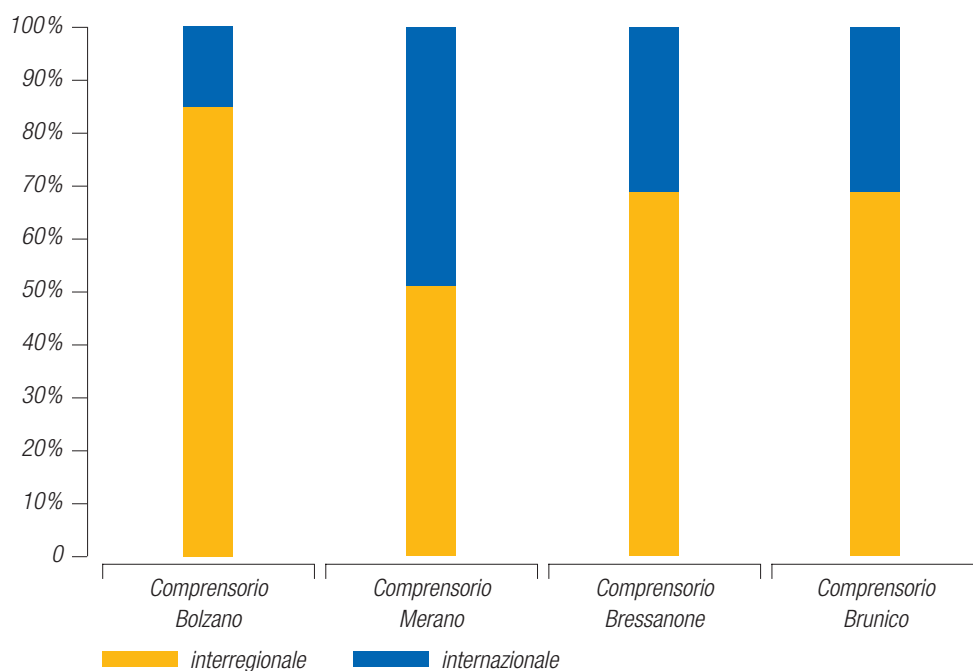
Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB- Archivio mobilità

**RIEPILOGO MOBILITÀ
INTERREGIONALE
ED INTERNAZIONALE**

Nelle figura 17 e 18 viene rappresentata la composizione del valore economico della mobilità attiva e passiva secondo le due componenti interregionale ed internazionale.

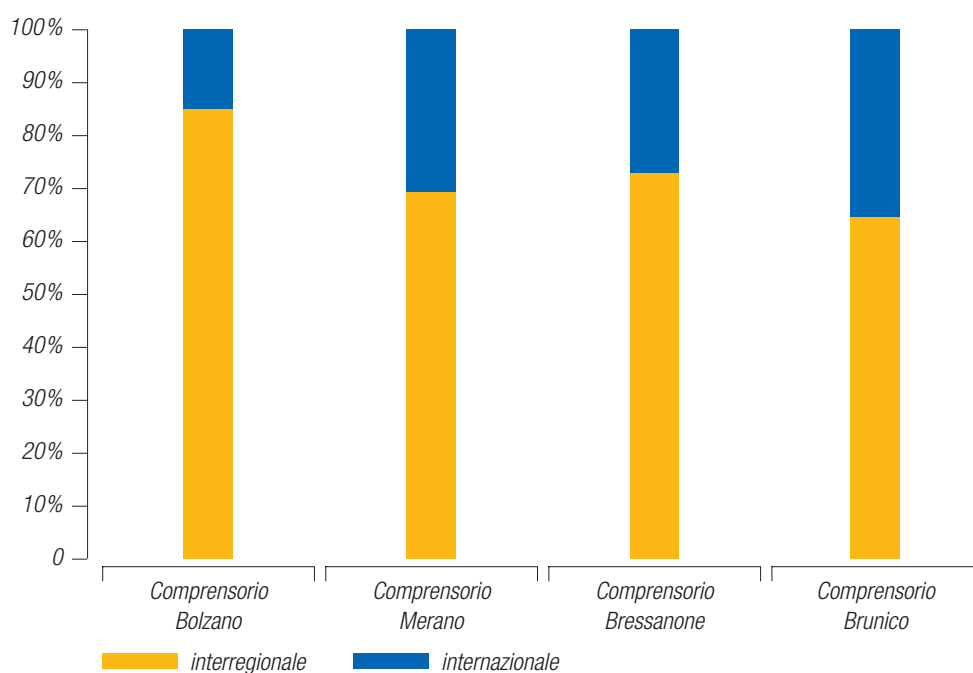
A livello interregionale il Comprensorio Sanitario di Bolzano risulta essere il preferito tra gli italiani residenti al di fuori della Provincia.

Figura 17: **Entrate per mobilità attiva interregionale 2007 e internazionale 2005 – Migliaia di Euro**



Per quanto riguarda la mobilità passiva internazionale sono i residenti del Compendio Sanitario di Brunico a ricorrere in maggior misura a ricoveri all'estero; relativamente a quella attiva, il compendio più "attraente" per gli stranieri risulta essere ancora quella di Merano.

Figura 18: **Spesa per mobilità passiva interregionale 2007 e internazionale 2005 – Migliaia di Euro**





Appendice

Profilo Stranieri

Profilo Stranieri

Negli ultimi 20 anni il fenomeno dell'immigrazione nei Paesi membri dell'Unione Europea ha assunto dimensioni in costante aumento. Secondo i dati pubblicati nel Dossier statistico 2007 sull'Immigrazione – Caritas/Migrantes, ad inizio 2006 gli immigrati con cittadinanza straniera erano circa 28 milioni, ma si arriva a 50 milioni circa se si includono quanti nel frattempo hanno acquisito la cittadinanza. In Italia, la presenza regolare di cittadini stranieri residenti al 1° gennaio 2006 risultava pari a circa 3,35 milioni di persone, a cui vanno aggiunti i nati nell'anno ed i visti rilasciati a stranieri per ricongiungimenti familiari, per motivi di studio o religiosi ed altre motivazioni.

Nel complesso la presenza di cittadini stranieri in Italia nel 2006 è stata stimata in circa 3,69 milioni di persone, pari al 6,2% della popolazione residente complessiva.

A fronte della continua evoluzione del fenomeno, solo recentemente, in Europa e in Italia, sono state intraprese politiche indirizzate all'integrazione di questi nuovi cittadini. In ambito sanitario il quadro normativo nazionale si è notevolmente evoluto, dalla Legge n. 33/1980, prima tappa del percorso evolutivo che prevedeva norme particolari capaci di assicurare agli stranieri presenti nel territorio nazionale le cure urgenti, alla legge n. 40/1998 relativa al Testo Unico sull'immigrazione approvato con d.lgs n. 286/1998 e relativo Regolamento emanato con DPR n. 394/1999 che contengono il regime giuridico dell'assistenza sanitaria erogata agli stranieri nel nostro Paese, attualmente in vigore. Le norme contenute in questi provvedimenti disciplinano l'assistenza sanitaria agli stranieri secondo quattro direttrici principali¹:

1. la piena equiparazione ai cittadini italiani, per quanto riguarda il diritto all'assistenza e i doveri contributivi per:
 - gli stranieri regolarmente soggiornanti che svolgono lavoro subordinato o autonomo;
 - gli stranieri in possesso di regolare permesso di soggiorno o che ne abbiano chiesto il rinnovo (...);
2. l'obbligo per gli stranieri in possesso di regolare permesso di soggiorno (che non siano obbligatoriamente iscritti al SSN in quanto non appartenenti alle precedenti categorie) di assicurarsi, a proprie spese, presso un'impresa assicurativa, oppure iscriversi al SSN, alle particolari condizioni contributive previste dal DM 8 ottobre 1986;
3. l'erogazione a favore degli stranieri extracomunitari non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, delle cure ospedaliere urgenti o comunque essenziali;
4. l'erogazione delle prestazioni sanitarie agli irregolari senza oneri a loro carico se privi di risorse economiche, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani. Conseguentemente le spese per le prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali, sono a carico di un apposito fondo iscritto nel bilancio del Ministero dell'Interno; negli altri casi sono le aziende sanitarie locali del territorio in cui la prestazione è fornita a farvi fronte utilizzando un'apposita quota del FSN.

Dal punto di vista dei flussi informativi sanitari le informazioni disponibili riguardano i dati relativi alla popolazione straniera residente, che al pari dei cittadini italiani, è presente nelle banche dati degli assistibili e degli assistiti.

In questa parte di relazione sanitaria, viene presentato un profilo dell'assistenza sanitaria erogata dal Servizio Sanitario Provinciale alla popolazione straniera residente nel 2007.

¹ Monitor 18 – “Immigrati e assistenza sanitaria” – Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali

La popolazione straniera residente nel 2007, espressa in anni vissuti, ammonta a 26.468 unità, pari al 5,5% della popolazione residente complessiva, di cui 3.652 provenienti dall'Albania, 2.284 dal Marocco, 2.034 dalla Serbia-Montenegro e 7.916 da altri stati EU-27. La popolazione straniera, in particolare quella extra-comunitaria, è costituita in prevalenza da maschi giovani di età compresa tra i 18 e 49 anni. Rispetto ai cittadini italiani si rileva un elevato tasso di natalità (23 nati per 1.000 abitanti vs 10,7 per i cittadini italiani).

Le patologie croniche riscontrate nei cittadini stranieri riguardano oltre l'ipertensione e la cardiopatia che si collocano ai primi due posti, il diabete nelle popolazioni asiatica ed africana e la broncopatia nelle popolazioni americana ed africana. Il ricorso all'assistenza sanitaria da parte dei cittadini stranieri risulta più contenuta rispetto ai cittadini italiani; il tasso di ospedalizzazione è pari a 193,6 ricoveri per 1.000 residenti e in media nel 2007 ciascun cittadino straniero ha effettuato circa 11,8 prestazioni ambulatoriali e assunto 4,9 confezioni di farmaci.

Oltre il 40% dei ricoveri erogati alle cittadine straniere ha riguardato la categoria MDC della gravidanza, parto e puerperio, mentre i maschi sono stati ricoverati maggiormente per patologie dell'apparato gastrointestinale in età infantile e per abuso di alcol in età giovane adulta. Tra le prestazioni specialistiche erogate a cittadini stranieri si osserva una rilevante consistenza di prestazioni ostetrico-ginecologiche, visite mediche e prestazioni odontostomatologiche, mentre il ricorso a terapie farmacologiche ha riguardato a differenza della popolazione italiana i medicinali antimicrobici generici per uso sistemico ed i farmaci per il sistema respiratorio.

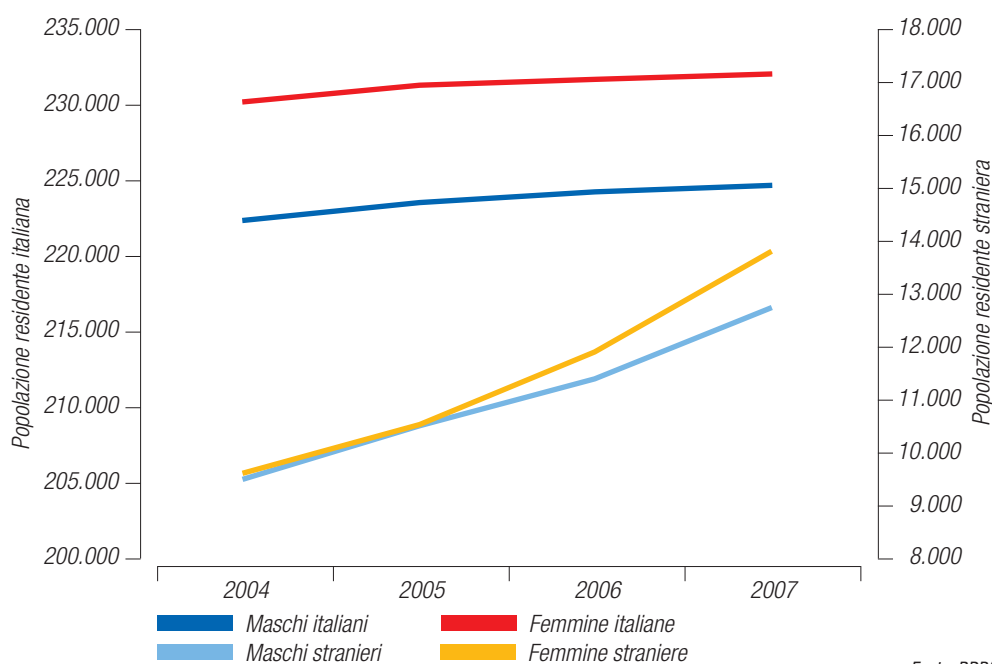
1. POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE

1.1. STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

Secondo i dati contenuti nella banca dati sanitaria provinciale assitibili, la popolazione straniera residente in Alto Adige nel 2007, espressa in anni vissuti, comprensiva di cittadini provenienti dagli altri Stati membri della Comunità Europea, annessi Romania e Bulgaria dal 1 gennaio 2007 (UE-27), ammonta a 26.468 persone, di cui 7.916 (29,9%) comunitari e 18.552 (70,1%) extracomunitari.

Negli ultimi quattro anni la popolazione straniera residente ha registrato un aumento complessivo del 40% circa passando da 19.000 unità circa nel 2004 ad oltre 26.500 nel 2007. Gli incrementi maggiori si sono rilevati nell'ultimo anno con percentuale pari al 13,8%, corrispondente a 3.220 nuovi residenti.

Figura 1: **Distribuzione della popolazione residente straniera ed italiana (in anni vissuti) secondo il genere – Anni 2004-2007**



Fonte: BDPA

L'andamento della popolazione straniera residente nel biennio 2004-2005 secondo il genere, contrariamente ai cittadini italiani, evidenzia una consistenza della popolazione femminile uguale a quella maschile; nel biennio successivo l'andamento tende ad una configurazione simile a quella altoatesina, segno di un processo di stabilizzazione in Alto Adige della popolazione straniera (nel 2007 la percentuale di donne straniere è risultata pari al 52% vs 51% di cittadine italiane).

Rispetto alla popolazione residente complessiva nel 2007, la popolazione straniera in Alto Adige (in anni vissuti) rappresenta il 5,5%; rispetto alle altre regioni italiane i dati del 2006 evidenziano che la realtà altoatesina in termini di consistenza si colloca a metà classifica, a ridosso delle regioni dell'Italia settentrionale con valori poco superiori alla media nazionale.

**TREND DELLA
POPOLAZIONE
STRANIERA DAL
2004 AL 2007**

STRANIERI IN ITALIA

STRANIERI IN EUROPA

Tabella 1: Popolazione residente totale e straniera per Regione d'Italia al 31.12.2006 – Valori in migliaia

Regione	Totale Popolazione	Stranieri	%	Regione	Totale Popolazione	Stranieri	%
Lombardia	9.545	729	7,6%	Liguria	1.608	81	5%
Emilia Romagna	4.223	318	7,5%	ITALIA	59.131	2.939	5%
Veneto	4.774	350	7,3%	Valle D'Aosta	125	6	4,4%
Umbria	873	64	7,3%	Abruzzo	1.310	48	3,7%
Marche	1.536	99	6,5%	Calabria	1.998	35	1,8%
Toscana	3.638	234	6,4%	Campania	5.790	98	1,7%
Trentino Alto Adige	995	62	6,2%	Sicilia	5.017	78	1,6%
Lazio	5.493	330	6%	Molise	320	5	1,5%
Friuli-Venezia Giulia	1.213	72	6%	Puglia	4.070	51	1,3%
PA BOLZANO	486	28	5,8%	Sardegna	1.659	19	1,2%
Piemonte	4.353	252	5,8%	Basilicata	591	7	1,1%

Fonte: ISTAT – Popolazione residente italiana e straniera 2006

Nel contesto europeo, il fenomeno dell'immigrazione nei Paesi membri EU-25, secondo i dati del 2005, si attesta a livelli superiori rispetto a quelli italiani (4,5%) ed altoatesini (5,3%), in particolare nei Paesi limitrofi all'Italia (Austria 9,8%, Spagna 9,1%, Germania 8,8% e Francia 5,6%).

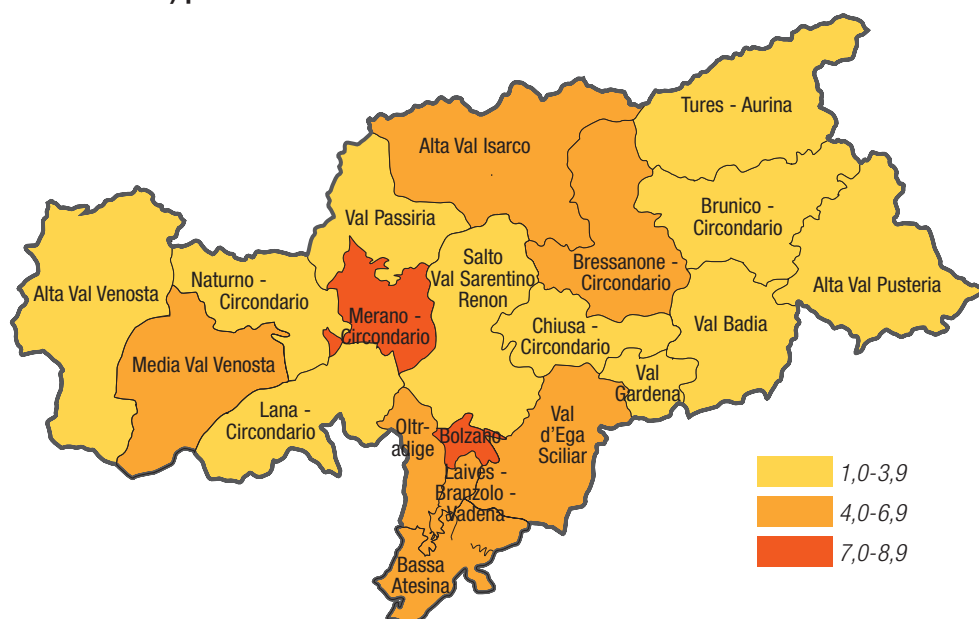
Tabella 2: Popolazione residente totale e straniera per Stato Membro UE al 31.12.2005 – Valori in migliaia

Nazione	Popolazione Totale	Stranieri	%	Nazione	Popolazione Totale	Stranieri	%
Lussemburgo	460	182	39,6%	PA BOLZANO	481	25	5,3%
Lettonia	2.295	457	19,9%	Danimarca	5.427	270	5%
Estonia	1.345	242	18%	ITALIA	58.752	2.671	4,5%
Cipro	766	98	12,8%	Olanda	16.334	691	4,2%
Austria	8.266	814	9,8%	Malta	404	12	3%
Spagna	43.758	4.003	9,1%	Portogallo	10.570	276	2,6%
Germania	82.438	7.289	8,8%	Repubblica Ceca	10.251	258	2,5%
Belgio	10.511	901	8,6%	Slovenia	2.003	49	2,4%
Grecia	11.125	884	7,9%	Finlandia	5.256	114	2,2%
Irlanda	4.209	314	7,5%	Polonia	38.157	700	1,8%
EU-25	463.636	27.853	6%	Ungheria	10.077	156	1,5%
Regno Unito	60.393	3.425	5,7%	Lituania	3.403	33	1%
Francia	62.999	3.510	5,6%	Slovacchia	5.389	26	0,5%
Svezia	9.048	480	5,3%				

Fonte: EUROSTAT

In termini di dislocazione territoriale, la popolazione straniera in Alto Adige risiede in prevalenza presso i grandi centri urbani (Figura 2): quasi il 60% risiede nelle città di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico; il 47% nei soli centri abitati di Bolzano e Merano.

Figura 2: Percentuale di popolazione straniera residente sul totale popolazione (in anni vissuti) per distretto sanitario di residenza – Anno 2007



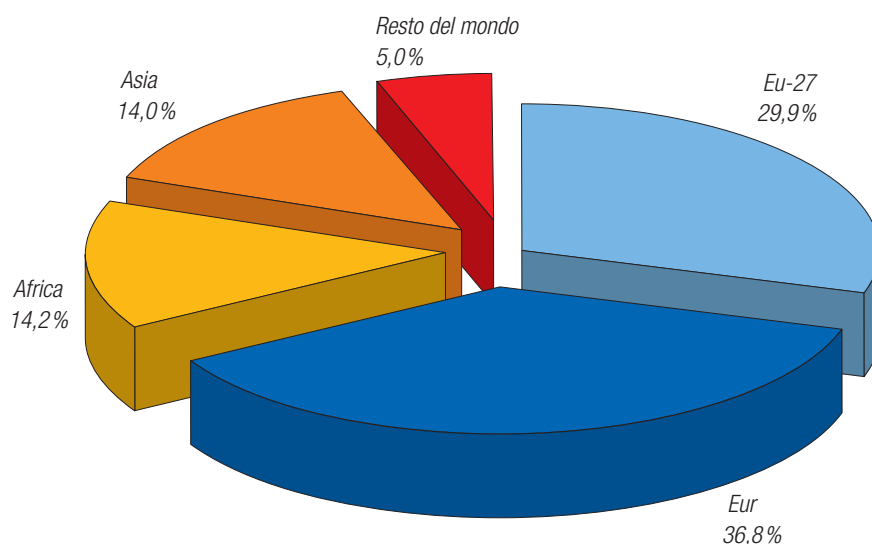
Fonte: BDPA

Nell'ultimo decennio la composizione della popolazione straniera residente secondo la cittadinanza ha evidenziato un elevato incremento della popolazione straniera proveniente da Paesi europei non UE-25.

**PROVENIENZA DELLA
POPOLAZIONE
STRANIERA RESIDENTE**

389

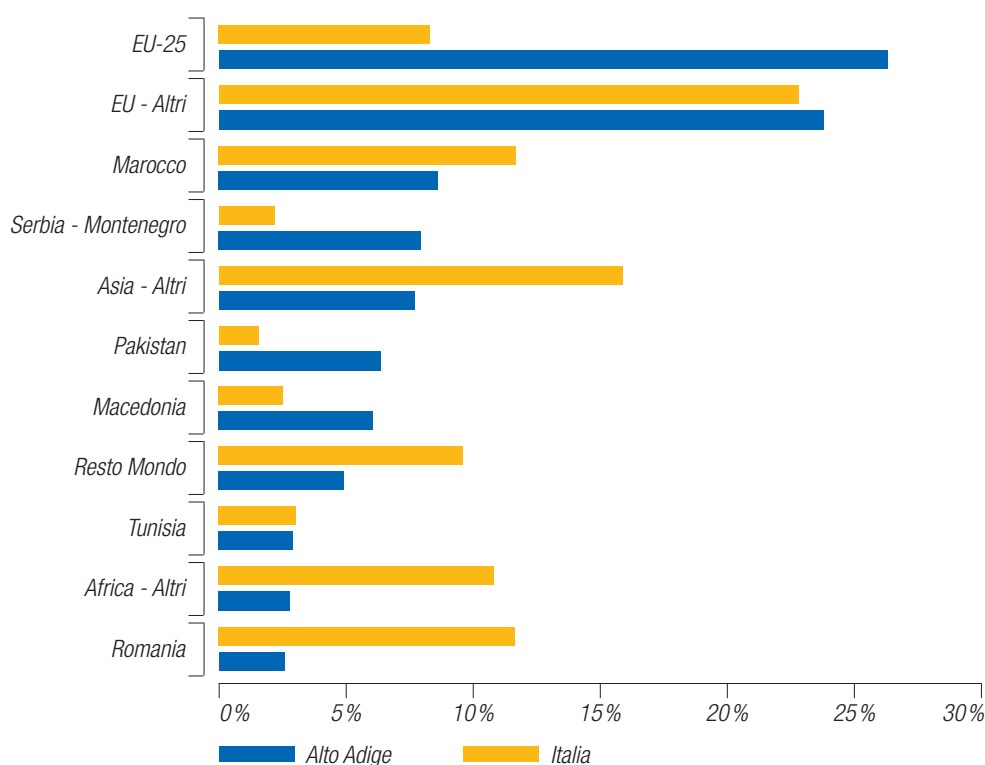
Figura 3: Popolazione straniera residente per area di provenienza – Anno 2007



Fonte: BDPA

In particolare, la popolazione straniera residente in Alto Adige nel 2007 proveniente dagli stati europei extra-comunitari (ad esclusione di Romania e Bulgaria che dal 2007 fanno parte della Comunità Europea) rappresenta il 37% della popolazione straniera complessiva (pari a 9.748 persone) (Figura 3), di cui oltre 3.500 provenienti dall'Albania, che costituisce la prima nazionalità straniera. Il Marocco con oltre 2.200 cittadini, pari all'8,6% della popolazione straniera residente, rappresenta la seconda nazionalità straniera più frequente.

Figura 4: **Percentuale di stranieri residenti in Provincia di Bolzano e in Italia, secondo la cittadinanza al 31.12.2006**



Fonte: ISTAT – Demografia in cifre

Rispetto alla distribuzione della popolazione straniera residente in Italia al 31.12.2006, la Provincia di Bolzano si caratterizza per una maggiore presenza percentuale di cittadini della comunità Europea, della Serbia-Montenegro, del Pakistan e della Macedonia; nelle altre regioni italiane, rappresentativa è la nazionalità rumena che contribuisce in buona misura al 39,1 % costituito dalla popolazione straniera proveniente dagli Stati europei non EU-25, oltre ad una sensibile rappresentanza dei Paesi Asiatici ed Africani, in quota percentuale superiore rispetto alla realtà altoatesina.

La struttura per età della popolazione straniera evidenzia una componente giovanile di popolazione compresa tra i 18 ed i 49 anni, pari a circa i due terzi del totale degli stranieri (65,2%). Rispetto alla popolazione residente con cittadinanza italiana, quella straniera è costituita da pochi anziani, circa 1.048 di età oltre i 64 anni (pari al 4% del totale, a fronte del 18,8% per i cittadini italiani), e da molti bambini, oltre 5.000 fino a 14 anni (pari al 19,3% del totale, a fronte del 16,2% per i cittadini italiani).

Tabella 3: Popolazione straniera residente in P.A. di Bolzano e in Italia al 31.12.2006 – Valori assoluti e percentuali

	Alto Adige		Italia	
	Valori assoluti	Valori %	Valori assoluti	Valori %
EU-25	7.464	26,3%	244.064	8,3%
EU - Altri	6.749	23,8%	669.669	22,8%
Marocco	2.449	8,6%	343.228	11,7%
Serbia - Montenegro	2.260	8,0%	64.411	2,2%
Asia - Altri	2.183	7,7%	466.295	15,9%
Pakistan	1.808	6,4%	46.085	1,6%
Macedonia	1.721	6,1%	74.162	2,5%
Resto Mondo	1.400	4,9%	282.139	9,6%
Tunisia	830	2,9%	88.932	3,0%
Africa - Altri	799	2,8%	317.737	10,8%
Romania	731	2,6%	342.200	11,6%
Totale	28.394	100,0%	2.938.922	100,0%

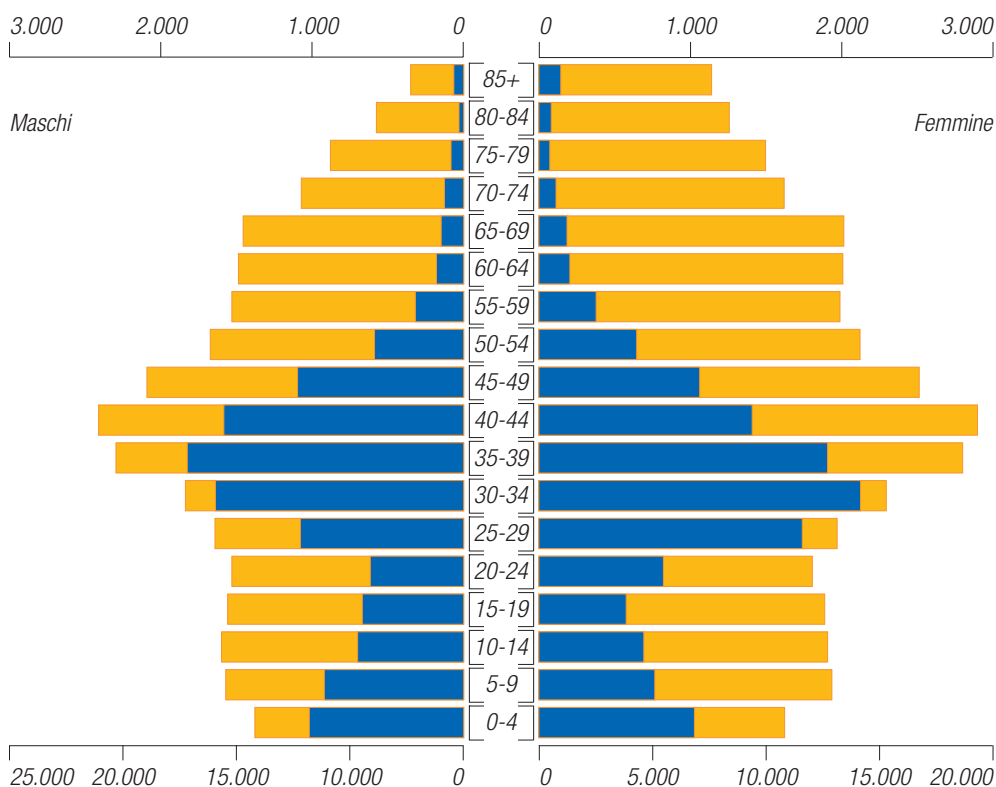
Fonte: ISTAT – Demografia in cifre

Analizzando, inoltre, la struttura per età della popolazione straniera secondo la cittadinanza dei residenti, la popolazione straniera proveniente da altri Paesi della Comunità Europea (EU-27), presenta caratteristiche simili agli altoatesini di nazionalità italiana.

**STRUTTURA PER ETÀ
DELLA POPOLAZIONE
STRANIERA RESIDENTE**

Figura 5: Struttura per età della popolazione straniera e italiana residente in Alto Adige nel 2007

Scala Valori stranieri



Scala Valori italiani

■ Stranieri ■ Italiani

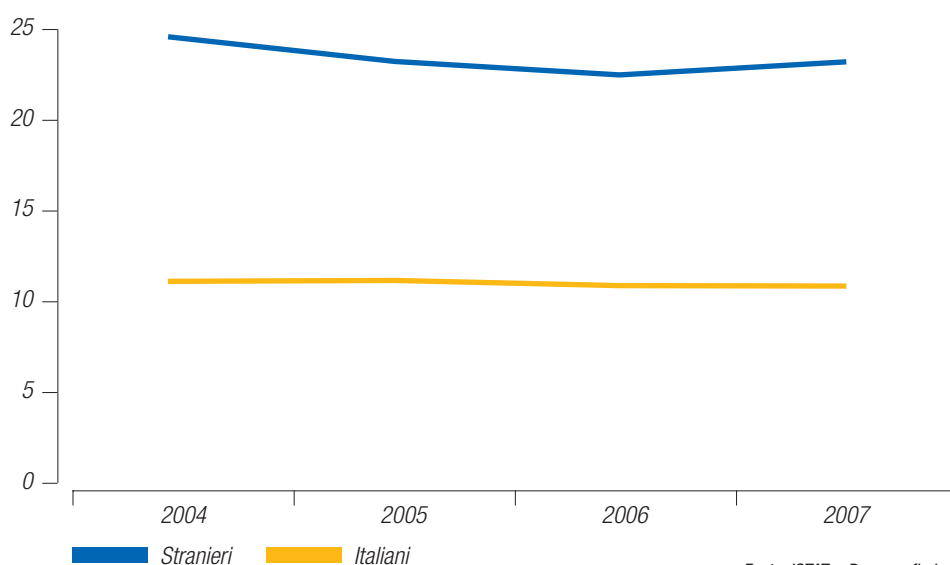
Fonte: BDPA

**TASSO DI NATALITÀ
DELLA POPOLAZIONE
STRANIERA RESIDENTE**

1.2. DINAMICA DEMOGRAFICA

Nel 2007 i bambini nati nell'anno per i quali almeno un genitore ha dichiarato cittadinanza straniera ammontano a 1.020 unità, di cui 128 hanno il padre straniero (12,5% dei nati da genitori stranieri), 283 hanno la madre straniera (pari al 27,7% vs 32,1% nel 2006) e 609 hanno entrambe i genitori di cittadinanza straniera (pari al 59,7%). Nell'anno i bambini registrati anagraficamente come cittadini di nazionalità straniera sono stati 610, che in termini di tasso di natalità, calcolato come il numero di nati vivi ogni 1.000 residenti in anni vissuti, corrisponde ad un valore pari a 23, a fronte di un tasso di 10,7 nati vivi per 1.000 abitanti di cittadinanza italiana.

Figura 6: **Tassi di natalità della popolazione straniera e italiana residente in Alto Adige – Anni 2004-2007**



Fonte: ISTAT – Demografia in cifre

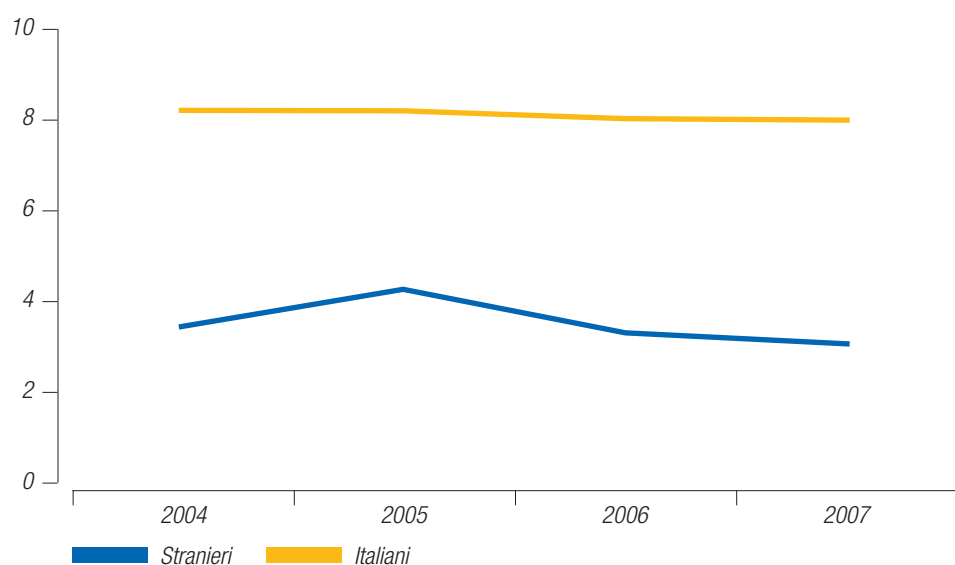
Nel periodo 2004-2007 il tasso di natalità complessivo nella popolazione altoatesina è rimasto sostanzialmente stazionario, contrariamente al trend della popolazione straniera che evidenzia un andamento decrescente fino al 2006, pur rimanendo molto più elevato rispetto ai valori osservati per la popolazione italiana.

Analizzando la distribuzione dei parti di donne altoatesine di nazionalità straniera nel 2007, secondo la cittadinanza, alle donne di nazionalità africana spetta il primato di nascite con 112 parti ogni 1.000 donne residenti, seguite dalla popolazione femminile proveniente dall'Asia (80 parti ogni 1.000 donne residenti) e dalle cittadine dell'America centro-meridionale (66 parti ogni 1.000 donne).

La mortalità nella popolazione straniera, per effetto della struttura per età giovane rispetto quella altoatesina, si mantiene numericamente molto contenuta pari a 80 persone nel 2007, con un relativo tasso di mortalità che si attesta a 3 decessi ogni 1.000 residenti. Nell'ultimo quadriennio, si osserva una sostanziale stabilità ad eccezione del 2005 in cui il tasso di mortalità registrato è superiore alla media del periodo, comunque molto inferiore ai valori assunti dalla popolazione italiana.

**TASSO DI MORTALITÀ
DELLA POPOLAZIONE
STRANIERA RESIDENTE**

Figura 7: **Tasso di mortalità della popolazione straniera e italiana residente in Alto Adige – Anni 2004-2007**



Fonte: ISTAT – Demografia in cifre

Oltre al movimento naturale della popolazione residente straniera, il cui saldo risulta molto positivo (20 per 1.000 residenti stranieri contro il 2,8 per 1.000 cittadini italiani), la crescita della popolazione straniera in Alto Adige è determinata anche dalla dinamica migratoria. Nel 2007 le immigrazioni straniere ammontano a 7.292 persone, di cui 5.049 pari al 69,2% imputabili ad ingressi direttamente dall'estero.

2. CONDIZIONI DI SALUTE

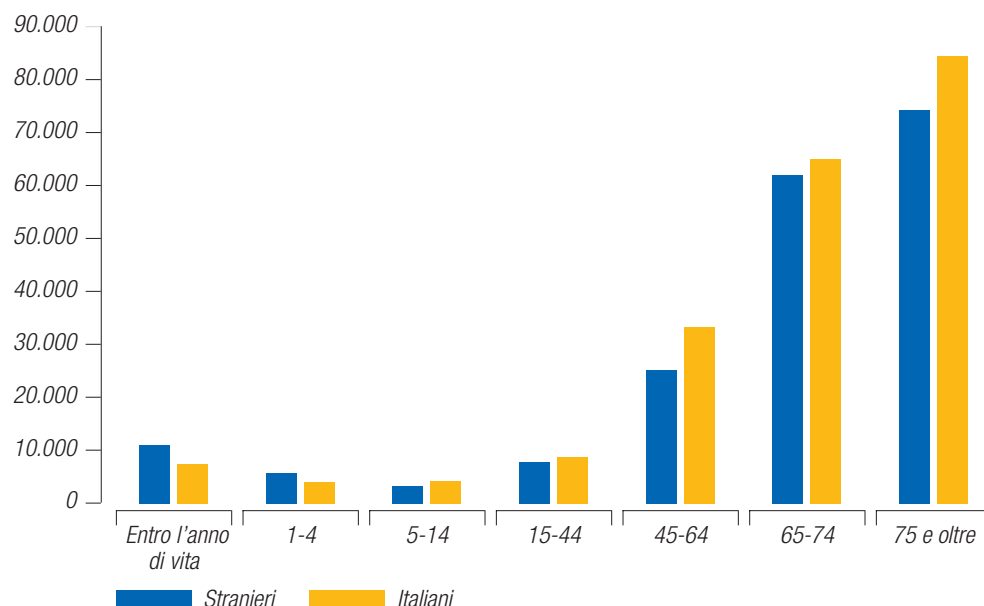
La valutazione delle condizioni di salute di una popolazione non è di per se agevole per i molti fattori che concorrono a determinarla; inoltre, la rilevazione delle informazioni distintamente per popolazione con cittadinanza straniera ed italiana non sempre è possibile soprattutto per i flussi informativi ad hoc.

Sulla base dell'analisi dei flussi informativi correnti, è possibile definire un profilo parziale dello stato di salute, in grado comunque di cogliere le principali peculiarità della popolazione straniera rispetto quella italiana.

I risultati che emergono dall'analisi della mappatura delle patologie croniche (cfr. parte prima capitolo 3.2.), sebbene maggiormente diffuse nella popolazione anziana, quindi apparentemente poco affini con la popolazione straniera, offrono alcune considerazioni interessanti. Nel complesso la prevalenza di patologie croniche nella popolazione straniera è pari al 12,5%, mentre nella popolazione italiana la stessa è oltre il doppio (26,4%). La distribuzione per classi di età della prevalenza delle patologie croniche (per 100.000 residenti), evidenzia nei primi anni di vita (0-4 anni), valori superiori nella popolazione straniera rispetto alla popolazione italiana, e molto simili tra le due popolazioni, nelle classi di età 5-14 anni e 15-44 anni. Oltre i 44 anni prevalgono le patologie croniche nella popolazione italiana.

**PATOLOGIE CRONICHE
NELLA POPOLAZIONE
STRANIERA RESIDENTE**

Figura 8: **Prevalenza di patologie croniche per classi di età nella popolazione residente straniera e italiana. Provincia di Bolzano – Anno 2007**



La prevalenza delle patologie croniche, secondo il genere e la cittadinanza di provenienza, indica nella popolazione straniera, una maggiore diffusione di malattie nella popolazione africana ed asiatica; la presenza di patologie croniche si riscontra maggiormente nella popolazione femminile africana ed americana, mentre in quella maschile per gli altri cittadini stranieri.

Tabella 4: **Cronicità nella popolazione residente per genere e cittadinanza – Anno 2007**

	Maschi		Femmine		Totale	
	Numero	Tasso Std	Numero	Tasso Std	Numero	Tasso Std
Africa	258	16.123,0	167	17.428,6	425	16.442,8
Altro	25	15.825,0	28	15.469,5	53	16.215,4
America	34	18.325,5	86	17.331,9	120	17.464,6
Asia	297	18.458,5	169	18.071,4	466	19.432,6
Europa	941	16.472,8	1.291	15.999,8	2.232	16.195,5
Italia	53.698	19.714,9	66.616	20.636,9	120.314	20.169,6

Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

Tabella 5: **Cronicità nella popolazione residente per patologia, genere e cittadinanza – Anno 2007**

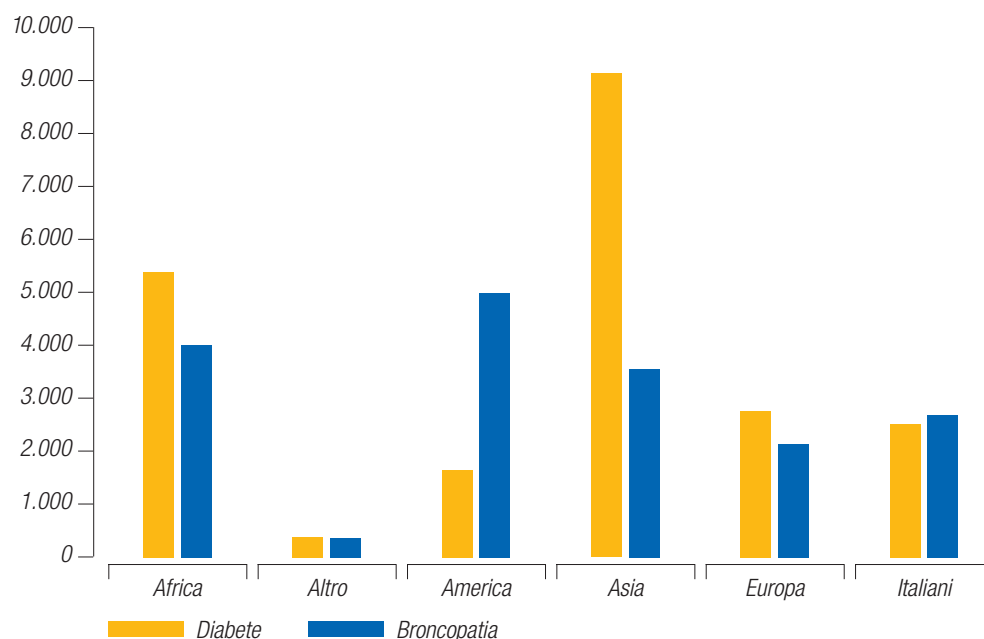
	Stranieri				Italiani			
	Maschi	Femmine	Totale	Tasso Std	Maschi	Femmine	Totale	Tasso Std
Iperensione	551	593	1.144	8.087,3	30.067	36.596	66.663	10.074,4
Cardiopatìa	330	262	592	4.262,6	17.154	17.540	34.694	4.617,1
Diabete	326	273	599	3.427,9	8.522	8.041	16.563	2.517,7
Broncopatia	373	295	668	2.642,5	8.224	6.686	14.910	2.686,0
Dislipidemie	190	116	306	2.416,8	9.705	9.109	18.814	2.849,6
Neoplasia	180	202	382	2.410,5	9.916	10.224	20.140	3.081,6
Ipotiroidismo Cong. ed Acq.	55	278	333	1.617,3	2.981	13.621	16.602	2.891,1
Vasculopatia	77	48	125	809,4	3.860	2.889	6.749	954,0
Epatopatia/Enteropatia	103	75	178	715,7	2.589	1.576	4.165	768,0
MRGE	62	45	107	669,3	2.498	2.627	5.125	731,5
Epilessia	62	55	117	549,8	2.024	1.790	3.814	723,7
Psicosi	58	78	136	503,8	1.785	3.140	4.925	988,6
Insufficienza Renale	55	21	76	422,3	1.908	1.236	3.144	405,5
Parkinson	36	32	68	412,7	1.514	2.066	3.580	477,6
Tiroidite di Hashimoto	8	85	93	324,5	276	2.342	2.618	545,1
Artrite Reumatoide	13	39	52	251,9	525	1.388	1.913	333,8
Morbo di Basedow	12	40	52	184,2	212	773	985	197,5
Portatore di trapianto	14	6	20	97,4	317	185	502	98,6
Alzheimer	3	7	10	88,8	297	729	1.026	98,8
Demenze	6	7	13	77,8	323	639	962	89,3
HIV ed AIDS	12	8	20	75,5	186	88	274	54,6
Sclerosi Multipla	4	12	16	55,1	211	445	656	132,2
Lupus Eritematoso	2	7	9	32,8	54	263	317	62,7
Spondilite Anchilosante	5	3	8	32,4	99	55	154	30,9
Iper/Ipoparatiroidismo	1	5	6	32,1	49	154	203	35,2
Anemie Emolitiche	–	2	2	17,8	22	30	52	7,8
Sclerosi Sistemica	–	3	3	16,2	23	110	133	24,0
Malattia di Sjogren	–	4	4	14,7	13	119	132	24,2
Miastenia	1	2	3	12,6	28	44	72	12,0
Acromegalia	1	2	3	12,1	22	29	51	9,3
Morbo di Addison	2	–	2	7,1	35	58	93	16,2
Diabete Insipido	1	1	2	4,3	22	21	43	9,2
Nanismo Ipofisario	1	–	1	4,3	87	66	153	41,1
Sindrome di Cushing	1	1	2	3,9	11	26	37	7,5
Neuromielite Ottica	0	0	0	0,0	–	2	2	0,3

Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

Tra le patologie maggiormente diffuse nella popolazione straniera figurano l'ipertensione e le cardiopatie; seguono diabete, broncopatia e dislipidemie, la prima delle quali in termini di prevalenza (per 100.000 residenti) risulta più frequente rispetto ai cittadini italiani. Valori superiori alla prevalenza della cittadinanza italiana si osservano anche per l'HIV e l'AIDS, con 274 casi tra gli italiani (54,6 per 100.000 abitanti) e 20 casi tra gli stranieri (75,5 per 100.000 residenti). Rispetto all'anno precedente ulteriori due patologie risultano più diffuse nella popolazione straniera e si riferiscono all'insufficienza renale (422,3 per 100.000 abitanti stranieri vs 405,5 per 100.000 residenti italiani) ed alle anemie emolitiche (17,8 per 100.000 abitanti stranieri vs 7,8 per 100.000 residenti italiani).

Maggiormente soggetta al diabete risulta essere la popolazione con cittadinanza asiatica ed africana, nella fascia di età 15-44 anni, mentre la broncopatia colpisce maggiormente gli stranieri di origine americana ed africana nella fascia di età più giovane (0-4 anni).

Figura 9: **Tassi standardizzati del diabete e della broncopatia nella popolazione straniera residente per cittadinanza – Anno 2007**



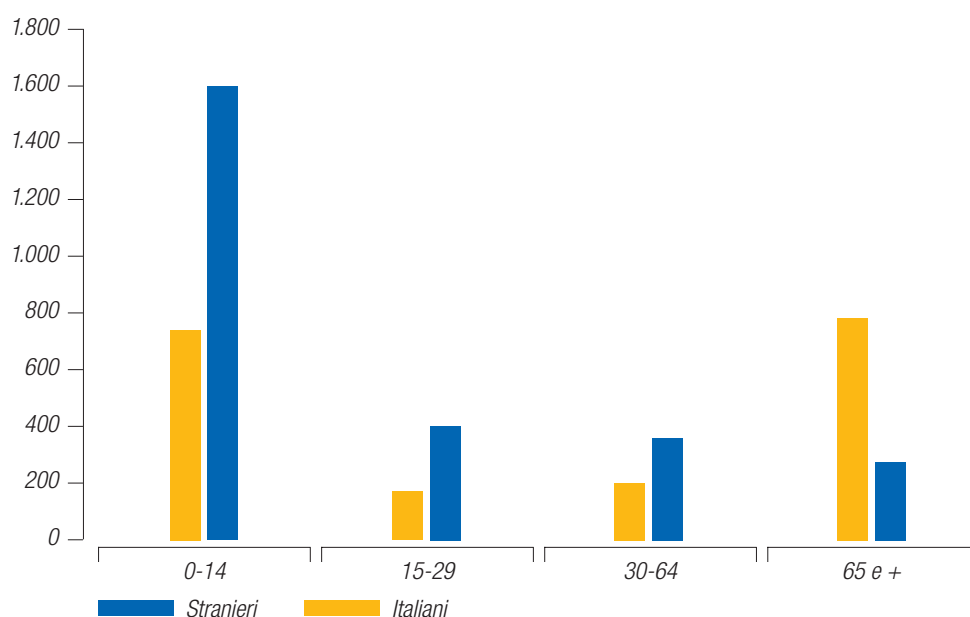
Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

Le dimissioni ospedaliere in regime ordinario nel 2007, con una malattia infettiva come causa principale del ricovero, ammontano per la popolazione residente straniera a 150, circa la metà delle quali (72), a causa di malattie infettive intestinali. Delle rimanenti 78 dimissioni, 9 sono imputabili a tubercolosi polmonare, 7 per angina streptococcica e scarlattina, 6 per erisipela e le rimanenti ad altre forme infettive variamente distribuite. Rispetto alla popolazione con cittadinanza italiana, le infezioni colpiscono prevalentemente i cittadini stranieri in età giovane, entro i 14 anni, ed in particolar modo i cittadini dell'America centro-meridionale, dell'Africa, albanesi e macedoni.

**MALATTIE INFETTIVE
NELLA POPOLAZIONE
STRANIERA RESIDENTE**

**RICOVERI PER CAUSE
DROGA-CORRELATE**
**RICOVERI PER CAUSE
ALCOL-CORRELATE**

Figura 10: Tasso di ospedalizzazione per malattie infettive, secondo l'età e la cittadinanza della popolazione residente – Anno 2007



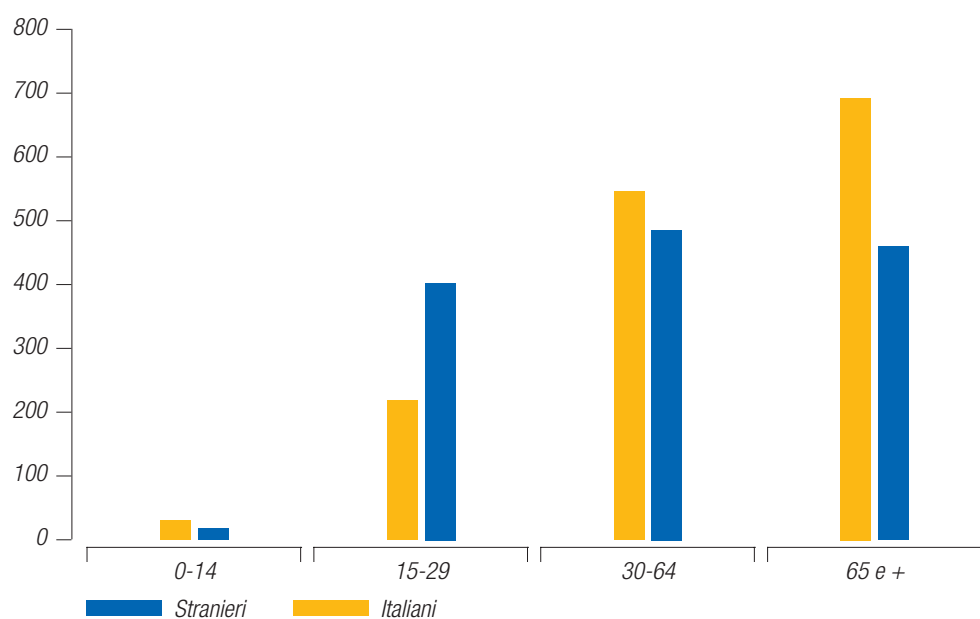
Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Fattori negativi che possono influire sulle condizioni di salute della popolazione sono l'abitudine al fumo, l'assunzione di sostanze stupefacenti e l'abuso di alcolici. I dati attualmente disponibili sull'utenza che accede ai servizi per le dipendenze non permettono la distinzione tra popolazione residente straniera e italiana. L'analisi dei dati relativi alle dimissioni ospedaliere per cause droga o alcol-correlate permettono comunque di definire un profilo parziale del fenomeno, in uno stadio avanzato della patologia compulsiva.

Nel 2007 presso le strutture sanitarie altoatesine sono state effettuate 18 dimissioni di residenti con cittadinanza straniera per cause droga-correlate, oltre il doppio rispetto all'anno precedente.

Molto più diffuso appare il fenomeno dell'alcolismo anche tra la popolazione residente straniera, al pari di quella italiana. Nel 2007 sono state effettuate 85 dimissioni di cittadini stranieri per cause alcol-correlate, delle quali circa la metà (47,1%) relative a residenti di età inferiore a 40 anni.

Figura 11: Tasso di ospedalizzazione per patologie alcol-correlate, secondo l'età e la cittadinanza della popolazione residente – Anno 2007



Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

3. RICORSO AI SERVIZI SANITARI

3.1. RICOVERI OSPEDALIERI

Nel 2007 le dimissioni ospedaliere di cittadini stranieri da reparti per acuti sono state complessivamente 5.333, con un incremento rispetto al 2006 del 12,2%.

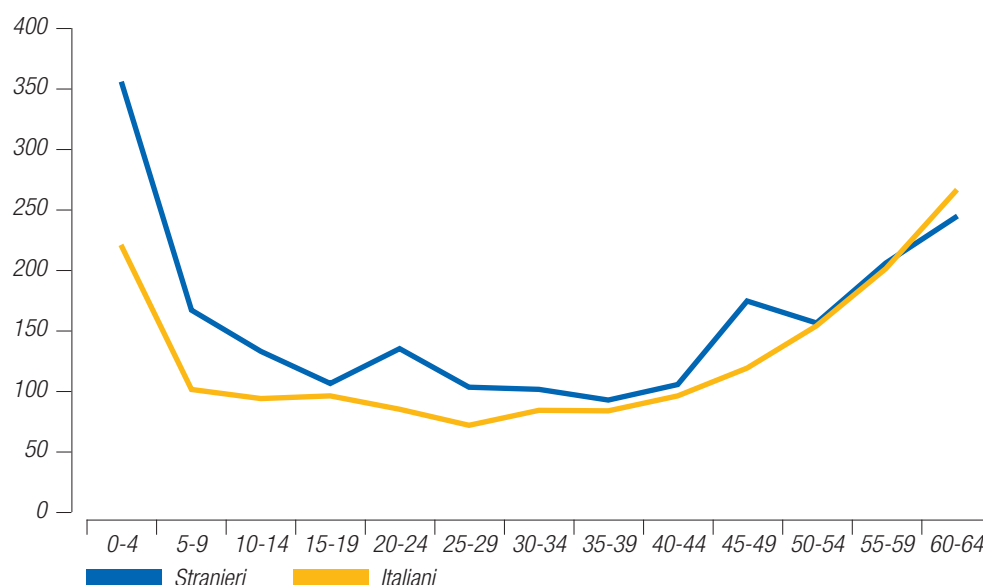
Tabella 6: **Ricoveri e tasso di ospedalizzazione dei residenti per cittadinanza e genere – Anno 2007**

Cittadinanza	Maschi		Femmine		Totale	
	Ricoveri	Tasso Osp.	Ricoveri	Tasso Osp.	Ricoveri	Tasso Osp.
Altri Stati Africani	110	212,8	63	255,1	173	226,4
Marocco	195	149,5	320	301,3	515	217,7
Tunisia	77	151,6	81	324,0	158	208,4
Serbia	192	168,7	247	254,4	439	208,2
EU-27	531	176,1	1.092	206,0	1.623	195,2
Altri Stati Asiatici	164	139,5	241	259,1	405	192,3
Albania	306	146,9	409	241,3	715	189,3
Italia	39.690	174,6	47.195	201,2	86.885	188,1
Pakistan	162	143,9	170	263,6	332	187,5
America e altri Stati	60	134,5	190	203,6	250	181,3
Altri Stati Europei	144	156,7	290	185,4	434	174,8
Macedonia	125	130,5	164	217,8	289	168,9

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Il tasso di ospedalizzazione della popolazione straniera è pari a 193,6 per 1.000, con valori più elevati per la popolazione femminile, pari a 227,7 per 1.000, e più contenuti per la popolazione maschile (156,6 ricoveri per 1.000 residenti). Tra le donne il maggior ricorso alle strutture ospedaliere si osserva per le cittadine della Tunisia e del Marocco, mentre tra i maschi il maggior ricorso all'assistenza ospedaliera si osserva per i cittadini provenienti dai Paesi africani ad esclusione di Marocco e Tunisia.

Figura 12: **Tasso di ospedalizzazione nella popolazione residente maschile per classi di età e cittadinanza – Anno 2007**

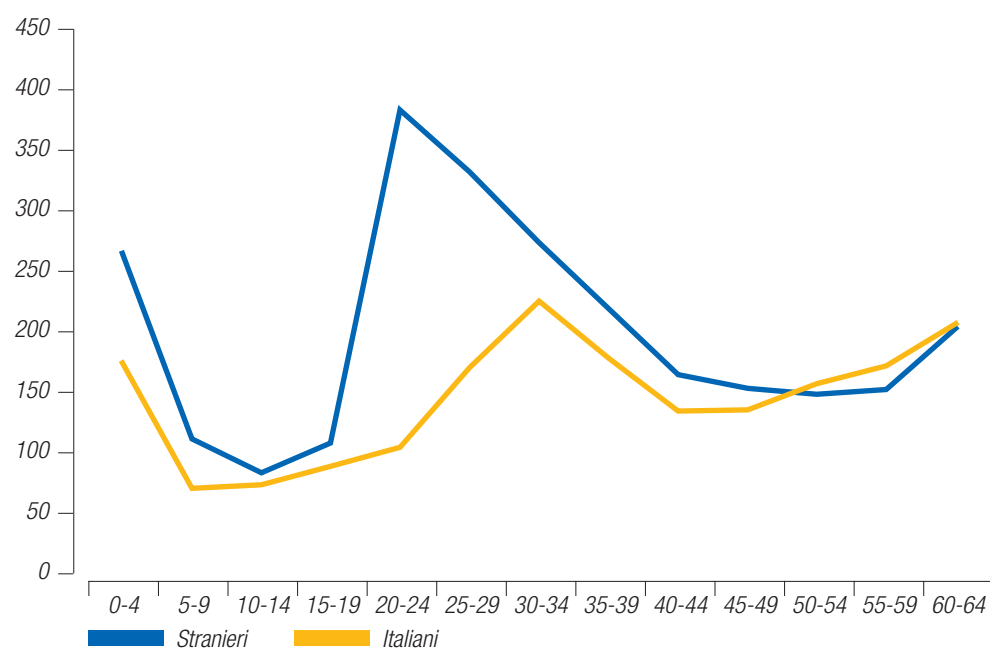


Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

**TASSO DI
OSPEDALIZZAZIONE PER
GENERE ED ETÀ**

**RICOVERI DELLA
POPOLAZIONE
STRANIERA RESIDENTE
MASCHILE**

Figura 13: Tasso di ospedalizzazione nella popolazione residente femminile per classi di età e cittadinanza – Anno 2007

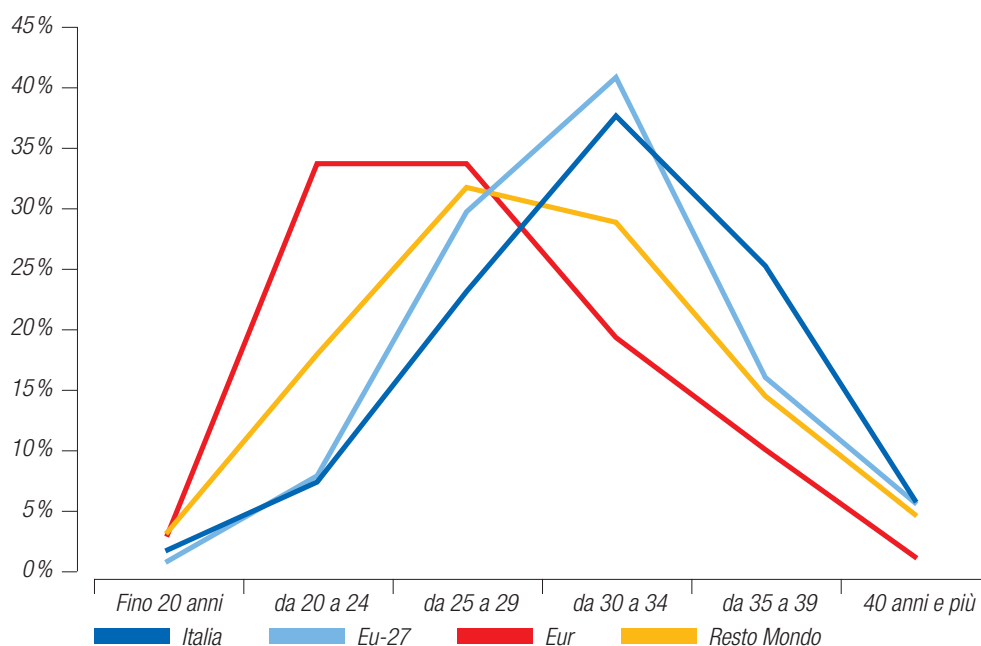


Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Il confronto della distribuzione del tasso di ospedalizzazione per classi di età tra la popolazione femminile italiana e straniera, evidenzia un elevato ricorso alle strutture ospedaliere per la classe di età 20-24 nelle donne straniere; tra la popolazione maschile si osserva un ricorso più marcato all'assistenza ospedaliera in età pediatrica e nelle fasce di età 20-24 anni e 45-49 anni. I bambini vengono ricoverati in prevalenza per patologie dell'apparato digerente, altre affezioni significative, affezioni alle vie urinarie, circoncisione e disturbi della nutrizione e del metabolismo. Il maggior ricorso alle strutture sanitarie da parte dei giovani stranieri di 20-24 anni rispetto ai cittadini italiani è imputabile in prevalenza all'abuso di alcool, alla cirrosi epatica alcolica e ad interventi sugli arti superiori. Gli adulti stranieri di 45-49 anni vengono ricoverati in prevalenza per affezioni mediche del dorso, dolore toracico, insufficienza renale e cirrosi epatica alcolica.

Oltre il 40% dei ricoveri effettuati da cittadine straniere riguarda la categoria MDC 14 "Gravidanza, parto e puerperio", a conferma dell'elevata natalità riscontrata in precedenza e dell'andamento del tasso di ospedalizzazione delle donne per classi di età (Figura 13).

Figura 14: **Distribuzione percentuale dei parti secondo l'età della madre e la cittadinanza – Anno 2007**



Fonte: aziende sanitarie – Archivio CEDAP

Il confronto dell'età della madre al parto, rispetto alle differenti nazionalità delle donne residenti in Alto Adige, evidenzia un'età media della madre più giovane per le cittadine provenienti dall'Est Europa rispetto alle donne provenienti da altri Paesi ed in particolare dalle cittadine italiane.

Nella maggior parte dei casi le madri straniere hanno un profilo scolastico inferiore alle altoatesine di cittadinanza italiana (diploma di scuola media inferiore contro diploma di scuola superiore), sono coniugate ed in prevalenza casalinghe.

Nella categoria MDC relativa ai parti figurano anche le dimissioni per interruzione volontaria di gravidanza ed aborti spontanei. Il ricorso delle donne straniere all'aborto è molto più frequente rispetto alle donne di nazionalità italiana, (tasso di abortività pari a 30,7 aborti ogni 1.000 donne di età 15-49 anni, a fronte di 8,5 aborti per 1.000 italiane) ed interessa particolarmente le cittadine provenienti dall'Est Europa.

**CARATTERISTICHE
SOCIO-DEMOGRAFICHE
DELLA MADRE AL PARTO**

**TASSO DI ABORTIVITÀ
NELLA POPOLAZIONE
STRANIERA RESIDENTE**

**COMPLESSITÀ DEI
RICOVERI A STRANIERI
RESIDENTI**
**IMPORTO TARIFFARIO
DEI RICOVERI A
STRANIERI RESIDENTI**

404

Tabella 7: **Ricoveri in regime ordinario e diurno, degenza media, peso medio e tariffa media di residenti in Alto Adige secondo la cittadinanza – Anno 2007**

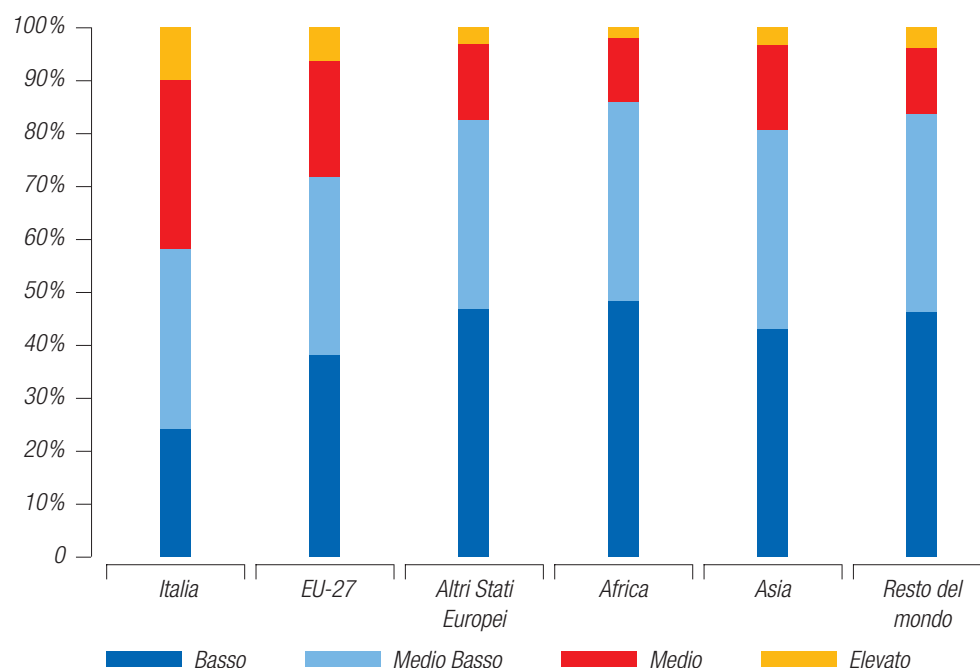
	Ricoveri ordinari	Ricoveri diurni	% diurni su totale	Degenza media ord.	Peso medio ordinari	Tariffa media
EU-27	1.242	381	23,5%	5,7	0,94	2.396,90
Altri Stati Europei	1.418	459	24,5%	4,6	0,76	2.021,16
Africa	650	196	23,2%	4,6	0,72	1.935,28
Asia	561	176	23,9%	5,0	0,80	2.166,54
Resto del mondo	184	66	26,4%	5,3	0,79	2.110,82
Italia	64.328	23.785	27,0%	6,9	1,14	3.007,09
Totale residenti	68.383	25.063	26,8%	6,8	1,13	2.956,07

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

L'accesso alle strutture ospedaliere con modalità diurna (day surgery o day-hospital) ha riguardato nel 2007 circa il 24% dei ricoveri erogati a residenti stranieri, di poco inferiore a quella per cittadini italiani. La complessità dei ricoveri effettuati da cittadini stranieri non UE-27 varia da 0,72 a 0,80, a fronte di valori sensibilmente più elevati per i cittadini EU-27 (0,94) e cittadini italiani (1,14); questo risultato trova conferma anche nella degenza media dei ricoveri erogati alla popolazione straniera non UE-27 (da 4,6 a 5,3 giornate in media per ricovero) rispetto gli stessi valori determinati per i cittadini EU-27 (5,7) ed i cittadini italiani (in media 6,8 giornate di degenza per ricovero).

Una stima del valore in termini monetari dell'assistenza ospedaliera erogata a cittadini stranieri si ottiene applicando il tariffario provinciale ai ricoveri erogati dalle strutture provinciali. Nel 2007 il valore dell'assistenza ospedaliera erogata a residenti stranieri ammonta a circa 10,425 milioni di euro, pari a circa il 4,3% del valore complessivo dell'assistenza ospedaliera provinciale, con un incremento rispetto al 2006 pari allo 0,5%.

Figura 15: **Ricoveri di residenti altoatesini per classi di peso DRG secondo la cittadinanza – Anno 2007**



Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

All'interno della categoria dei ricoveri ordinari, la percentuale di ricoveri di un giorno rispetto al totale ricoveri varia dal 14,4% al 17,4% per i cittadini stranieri a fronte di una percentuale pari al 12,2% rilevata per gli altoatesini con cittadinanza italiana. Minore variabilità si osserva tra le diverse nazionalità di provenienza dei residenti altoatesini in relazione alla percentuale di ricoveri oltre soglia, ed alle percentuali di ricoveri con DRG chirurgici e medici.

Tabella 8: **Ricoveri ordinari di 1 giorno, oltre soglia, con DRG medici e chirurgici di residenti in Alto Adige secondo la cittadinanza – Anno 2007**

	Ricoveri ordinari 1 giorno	% ricoveri 1 giorno su totale ric.	Ricoveri oltre soglia	% ricoveri oltre soglia	% ricoveri con DRG Chirurgici	% ricoveri con DRG Medici
EU-27	179	14,4	10	0,8	32,0	66,2
Altri Stati Europei	239	16,9	18	1,3	26,4	69,3
Africa	95	14,6	12	1,8	22,8	72,8
Asia	91	16,2	13	2,3	25,8	67,2
Resto del mondo	32	17,4	3	1,6	30,4	66,8
Italia	7.865	12,2	871	1,4	32,5	65,8
Totale residenti	8.501	12,4	927	1,4	32,2	66,0

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

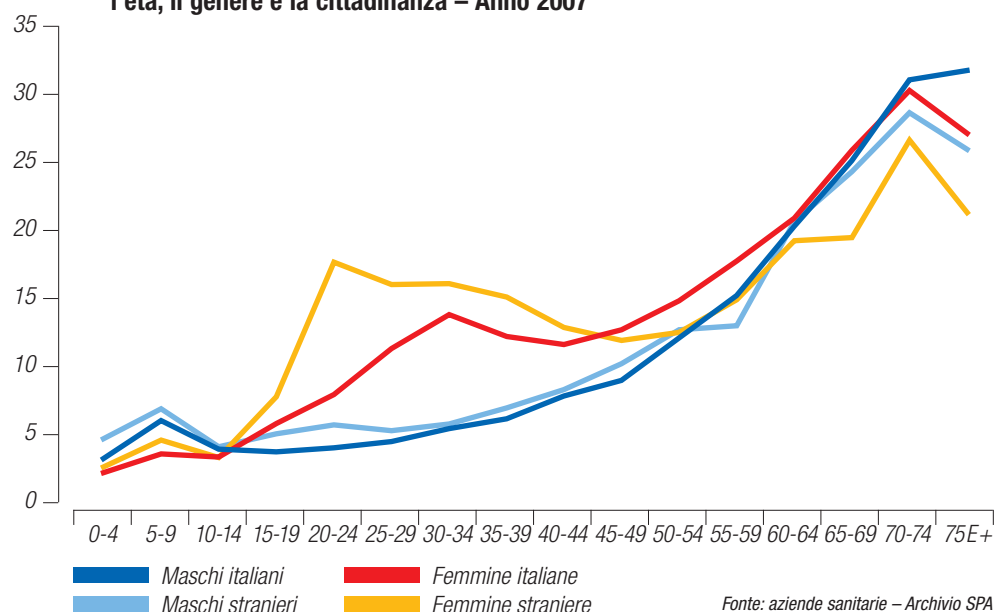
3.2. PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Nel 2007 il volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate alla popolazione residente straniera ammonta a circa 325.000 prestazioni, in media circa 11,8 prestazioni per residente, contro le 13,9 circa erogate a ciascun altoatesino con cittadinanza italiana. La distribuzione del numero medio di prestazioni specialistiche per classi di età, secondo il sesso e la cittadinanza dei residenti, chiarisce l'origine del maggior ricorso all'assistenza specialistica da parte della popolazione straniera. Le prestazioni specialistiche fruite dalla popolazione italiana dopo i 44 anni per le donne e dopo i 64 anni per gli uomini assumono un trend superiore alla popolazione straniera.

**PRESTAZIONI
SPECIALISTICA
AMBULATORIALE PER
GENERE, ETÀ E
CITTADINANZA**

405

Figura 16: **Numero medio di prestazioni di specialistica ambulatoriale per residente secondo l'età, il genere e la cittadinanza – Anno 2007**



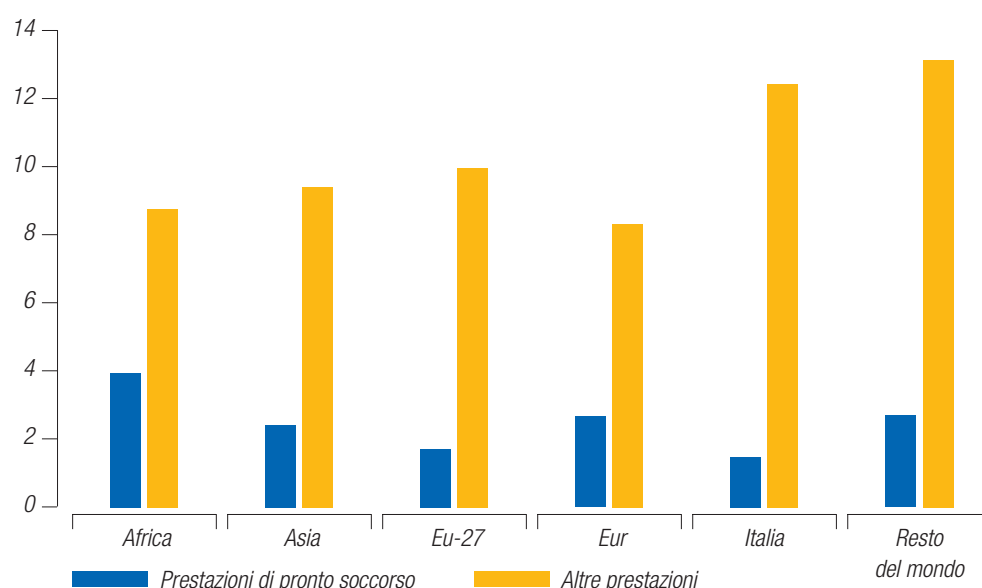
**L'ACCESSO DEGLI
STRANIERI ALLE
PRESTAZIONI DI PRONTO
SOCCORSO**

**DISTRIBUZIONE DELLE
PRESTAZIONI
SPECIALISTICHE PER
BRANCA**

Nella popolazione femminile straniera si osserva un consumo di prestazioni specialistiche superiore rispetto alle cittadine italiane nella fascia di età 15-44 anni, in corrispondenza dell'età fertile della donna, a conferma dell'elevata natalità della popolazione straniera più volte emersa nel corso di questa parte.

L'accesso ai servizi ambulatoriali da parte della popolazione, secondo la diversa provenienza, evidenzia un'erogazione media di prestazioni specialistiche particolarmente elevata per i cittadini del resto del mondo, ed in particolare dell'America centro-meridionale (15,8), superiore ai cittadini italiani (in media 13,9 prestazioni per abitante).

Figura 17: Numero medio di prestazioni di specialistica ambulatoriale per residente secondo la modalità di accesso alle strutture sanitarie e la cittadinanza – Anno 2007



Fonte: aziende sanitarie – Archivio SPA

Applicando la suddivisione tra prestazioni di pronto soccorso ed altre prestazioni, al volume di prestazioni specialistiche erogate nel 2007, si osserva un maggior ricorso al pronto soccorso da parte dei residenti provenienti dai Paesi africani, dall'America centro-meridionale e dai Paesi europei non comunitari.

Oltre la metà delle prestazioni erogate, pari al 54,3%, appartengono alla branca specialistica di laboratorio, che raggruppate alle prestazioni specialistiche di riabilitazione (8%), ostetricia-ginecologia (6,7%), radiologia diagnostica (6,5%) e visite specialistiche (3,7%), rappresentano quasi l'80% del totale delle prestazioni erogate nel 2007 a cittadini stranieri.

Il tasso di consumo di prestazioni specialistiche per 1.000 residenti, evidenzia che pur essendo le prestazioni di laboratorio quelle più frequenti, nella popolazione straniera il ricorso a tali prestazioni è inferiore di circa il 20% rispetto ai cittadini italiani. Differenze elevate si osservano anche per la branca della riabilitazione, alla quale afferisce in prevalenza la popolazione anziana; in media le cittadine straniere ricorrono alle prestazioni di ostetricia e ginecologia circa due volte in più rispetto alle altoatesine italiane.

Tabella 9: Prestazioni specialistiche per branca e cittadinanza – Anno 2007

	<i>Africa</i>	<i>Asia</i>	<i>EU-27</i>	<i>EUR</i>	<i>Resto del Mondo</i>	<i>Totale Stranieri</i>	<i>Italia</i>
Laboratorio	25.567	24.393	57.042	57.260	11.827	176.089	3.698.115
Riabilitazione	3.561	4.190	8.126	8.347	1.607	25.831	694.544
Ostetricia e ginecologia	3.627	2.884	6.356	7.095	1.758	21.720	153.262
Radiologia diagnostica	3.542	2.768	5.812	7.542	1.388	21.052	396.495
Visite specialistiche	3.238	1.851	1.441	4.657	821	12.008	100.280
Ortopedia e Traumatologia	1.371	1.084	3.038	3.768	1.021	10.282	182.767
Odontostomatologia	1.752	1.388	1.094	3.971	259	8.464	51.453
Chirurgia generale	710	793	2.002	2.736	376	6.617	129.309
Cardiologia	746	917	1.842	2.066	288	5.859	178.866
Otorinolaringoiatria	779	761	1.228	1.953	249	4.970	97.500
Oculistica	724	700	1.277	1.805	285	4.791	120.764
Altro	1.029	601	786	1.648	299	4.363	51.741
Dermatologia	383	782	1.263	1.150	298	3.876	93.378
Psichiatria	378	309	1.036	948	184	2.855	70.536
Neurologia	339	428	728	1.098	213	2.806	51.319
Pneumologia	434	501	456	689	254	2.334	38.144
Nefrologia	32	329	699	752	15	1.827	66.078
Gastroenterologia	243	221	445	719	124	1.752	39.830
Chirurgia plastica	268	173	406	639	68	1.554	31.493
Urologia	166	154	451	481	87	1.339	42.533
Oncologia	132	207	211	415	168	1.133	40.850
Radioterapia	19	45	376	190	66	696	24.112
Neurochirurgia	113	79	102	192	46	532	6.713
Endocrinologia	36	99	185	164	16	500	12.335
Chirurgia vascolare	31	37	229	143	43	483	18.374
Anestesia	127	115	148	61	30	481	15.682
Medicina nucleare	14	8	43	53	8	126	4.444
Totale	49.361	45.817	96.822	110.542	21.798	324.340	6.410.917

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SPA

Tabella 10: **Tasso di consumo (per 1.000 ab.) di prestazioni specialistiche per branca e cittadinanza – Anno 2007**

	<i>Africa</i>	<i>Asia</i>	<i>EU-27</i>	<i>EUR</i>	<i>Resto del Mondo</i>	<i>Totale Stranieri</i>	<i>Italia</i>
Laboratorio	6.575,9	6.291,7	6.859,3	5.680,0	8.576,5	6.393,7	8.008,1
Riabilitazione	915,9	1.080,7	977,2	828,0	1.165,3	937,9	1.504,0
Ostetricia e ginecologia	932,9	743,9	764,3	703,8	1.274,8	788,6	331,9
Radiologia diagnostica	911,0	714,0	698,9	748,1	1.006,5	764,4	858,6
Visite spec	832,8	477,4	173,3	462,0	595,4	436,0	217,2
Ortopedia e Traumatologia	352,6	279,6	365,3	373,8	740,4	373,3	395,8
Odontostomatologia	450,6	358,0	131,6	393,9	187,8	307,3	111,4
Chirurgia generale	182,6	204,5	240,7	271,4	272,7	240,3	280,0
Cardiologia	191,9	236,5	221,5	204,9	208,8	212,7	387,3
Otorinolaringoiatria	200,4	196,3	147,7	193,7	180,6	180,5	211,1
Oculistica	186,2	180,6	153,6	179,0	206,7	174,0	261,5
Altro	264,7	155,0	94,5	163,5	216,8	158,4	112,0
Dermatologia	98,5	201,7	151,9	114,1	216,1	140,7	202,2
Psichiatria	97,2	79,7	124,6	94,0	133,4	103,7	152,7
Neurologia	87,2	110,4	87,5	108,9	154,5	101,9	111,1
Pneumologia	111,6	129,2	54,8	68,3	184,2	84,7	82,6
Nefrologia	8,2	84,9	84,1	74,6	10,9	66,3	143,1
Gastroenterologia	62,5	57,0	53,5	71,3	89,9	63,6	86,3
Chirurgia plastica	68,9	44,6	48,8	63,4	49,3	56,4	68,2
Urologia	42,7	39,7	54,2	47,7	63,1	48,6	92,1
Oncologia	34,0	53,4	25,4	41,2	121,8	41,1	88,5
Radioterapia	4,9	11,6	45,2	18,8	47,9	25,3	52,2
Neurochirurgia	29,1	20,4	12,3	19,0	33,4	19,3	14,5
Endocrinologia	9,3	25,5	22,2	16,3	11,6	18,2	26,7
Chirurgia vascolare	8,0	9,5	27,5	14,2	31,2	17,5	39,8
Anestesia	32,7	29,7	17,8	6,1	21,8	17,5	34,0
Medicina nucleare	3,6	2,1	5,2	5,3	5,8	4,6	9,6
Totale	12.695,7	11.817,6	11.642,9	10.965,4	15.807,1	11.776,6	13.882,6

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SPA

Molto superiore alla media provinciale dei cittadini italiani risulta anche il tasso di consumo di prestazioni per 1.000 residenti stranieri per le branche di odontostomatologia, altre prestazioni ambulatoriali, le visite mediche specialistiche, le prestazioni pneumologiche per i cittadini asiatici, americani ed africani e le prestazioni di gastroenterologia per i residenti provenienti dall'America centro-meridionale.

Tabella 11: **Importo tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale per cittadinanza.**
Valori assoluti e procapite – Anni 2004-2007

	Stranieri		Italiani	
	Importo a carico SSN	Importo Ticket	Importo a carico SSN	Importo Ticket
Valori assoluti				
Anno 2004	1.777.686,80	540.318,77	50.899.266,80	13.325.446,23
Anno 2005	2.207.650,98	601.335,74	55.646.890,58	13.532.791,17
Anno 2006	2.688.334,74	696.998,03	59.873.629,08	14.133.830,89
Anno 2007	3.184.285,23	792.815,76	62.034.684,50	14.833.795,76
Valori procapite				
Anno 2004	93,32	28,36	112,53	29,46
Anno 2005	105,26	28,67	122,40	29,77
Anno 2006	115,63	29,98	131,38	31,01
Anno 2007	120,31	29,95	135,88	32,49

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SPA

Nel 2007 l'importo tariffario per l'assistenza specialistica ambulatoriale erogata a cittadini stranieri, ammonta complessivamente ad oltre 3 milioni di Euro, corrispondenti in termini procapite a circa 120,31 Euro per abitante. Nell'ultimo quadriennio l'erogazione di prestazioni specialistiche in termini monetari è incrementata di quasi l'80%, anche per effetto dell'aumento dei cittadini stranieri residenti in Alto Adige (in termini procapite l'aumento percentuale si attesta al 28,9%).

Rispetto ai cittadini stranieri, la popolazione altoatesina con cittadinanza italiana, per il ricorso a prestazioni ambulatoriali, assorbe maggiori risorse finanziarie (135,88 Euro procapite nel 2007), anche in virtù della struttura per età più anziana.

Dal punto di vista della partecipazione della popolazione alla spesa sanitaria, in media ciascun cittadino straniero ha contribuito nel 2007 a circa 30 Euro per ogni prestazione ambulatoriale fruita, con valori differenziati tra le diverse nazionalità (47,81 Euro per i cittadini dell'America centro-meridionale e del resto del mondo a fronte di 21,70 Euro per ciascun cittadino asiatico).

**IMPORTO TARIFFARIO
DELL'ASSISTENZA
SPECIALISTICA
AMBULATORIALE**

**CONSUMO DI
FARMACI (CONFEZIONI
PRO-CAPITE)**

**CONSUMO DI FARMACI
(DDD/1.000 AB. DIE)**

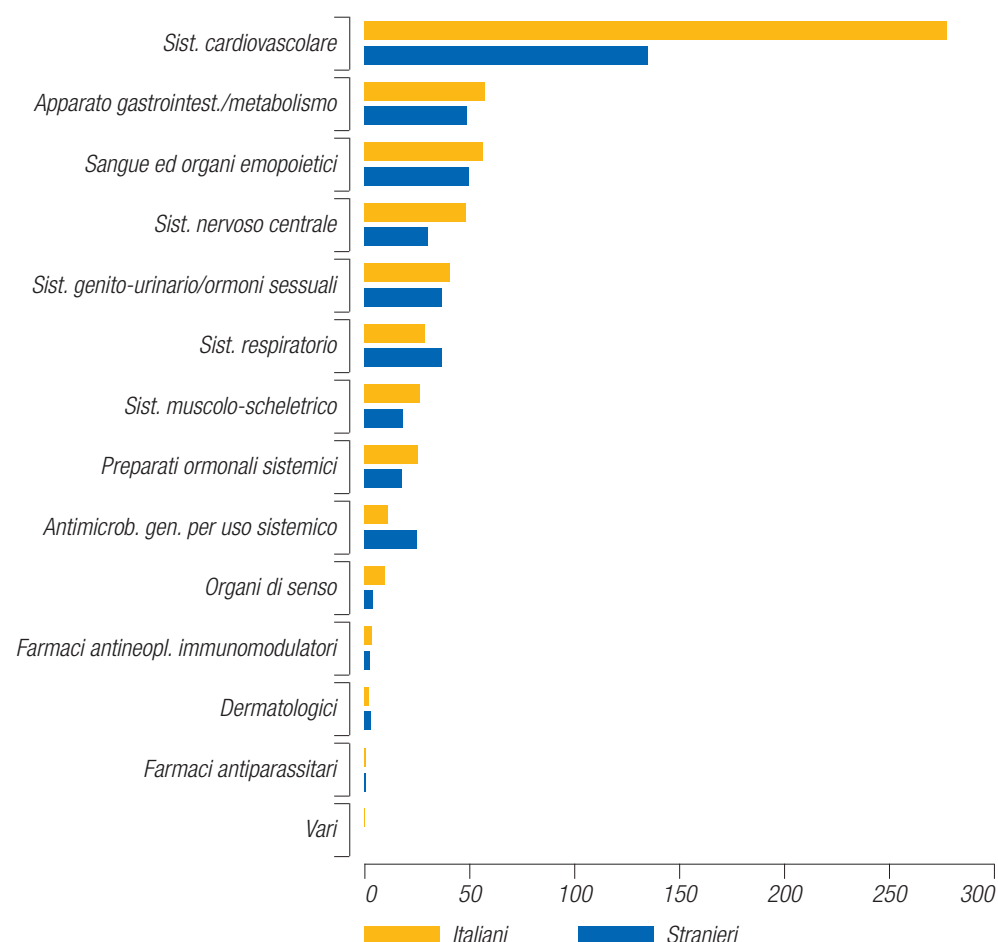
**CONSUMO DI FARMACI
(DDD/1.000 AB. DIE)
PER GRUPPO ATC**

3.3. CONSUMO DI FARMACI

La prescrizione di farmaci distribuiti alla popolazione residente straniera nel 2007 ammonta a circa 130.000 confezioni corrispondenti a 4,9 pezzi per cittadino straniero. Tale dato rappresenta una sottostima del valore reale del numero di confezioni a causa dell'assenza dell'informazione sulla cittadinanza riscontrata su un contingente pari al 6,3% del totale confezioni erogate dalle farmacie provinciali.

Rispetto alla popolazione con cittadinanza italiana si riscontrano consumi procapite molto inferiori (4,9 confezioni per cittadino straniero vs 10,4 confezioni per cittadino italiano) e diversificati secondo la nazionalità (3,2 confezioni per i macedoni, 3,7 confezioni per i serbi e 3,9 per i cittadini provenienti da altri Stati UE).

Figura 18: **Consumo di farmaci (DDD/1.000 abitanti die) nella popolazione residente per categoria ATC e cittadinanza – Anno 2007**

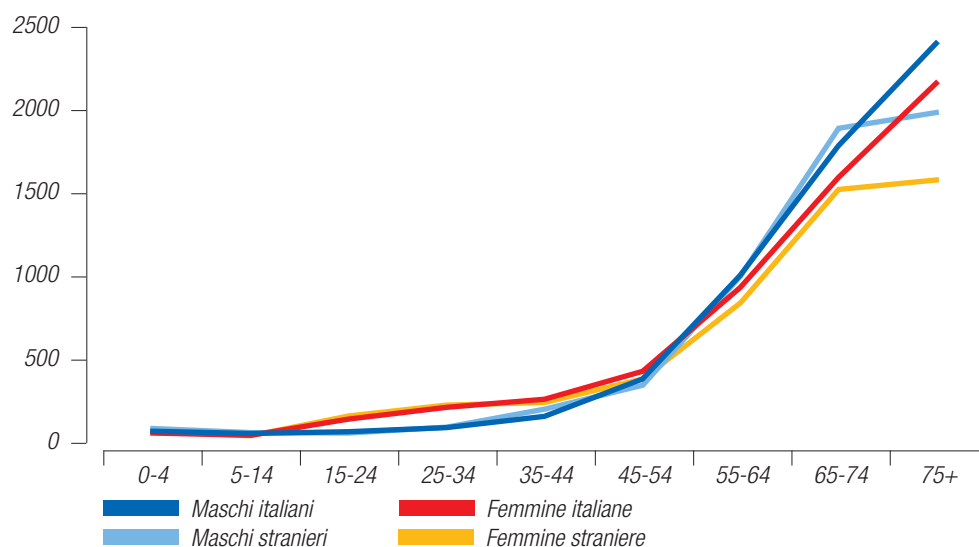


Fonte: Ufficio contabilizzazione ricette AS Bolzano – Archivio farmaci

La ripartizione delle dosi medie giornaliere di medicinali (numero di DDD giornaliere per 1.000 residenti) prescritti nel 2007 alla popolazione straniera ed italiana secondo la classificazione internazionale ATC (Anatomica, Terapeutica, Clinica), tenuto conto anche della diversa struttura per età delle popolazioni, evidenzia una elevata differenza nel consumo di medicinali per il sistema cardiovascolare (i cittadini italiani consumano in media il doppio di dosi giornaliere di farmaci in più rispetto ai cittadini stranieri, 276,6 vs 134,7).

Maggiori consumi di farmaci da parte dei cittadini stranieri, rispetto alla popolazione italiana, si osservano per la categoria dei medicinali antimicrobici generici per uso sistemico e per i medicinali del sistema respiratorio.

Figura 19: **Consumo di farmaci (DDD/1.000 abitanti die) nella popolazione residente per età, genere e cittadinanza – Anno 2007**



Fonte: Ufficio contabilizzazione ricette AS Bolzano – Archivio farmaci

La distribuzione dei consumi di farmaci secondo il genere, l'età e la cittadinanza, non evidenzia particolari differenze tra i cittadini italiani e stranieri fino alla classe di età 45-54 anni; oltre tale classe di età si osservano invece andamenti costantemente crescenti per i cittadini italiani a fronte di incrementi meno accentuati per la popolazione straniera femminile fino alla classe di età 65-74 anni, e consumi costanti nelle classi di età più anziane per entrambi i generi.

Tale andamento conferma il limitato ricorso dei cittadini stranieri a farmaci per il sistema cardiovascolare, assunti in prevalenza nelle fasce di età oltre i 50 anni.

L'analisi dei consumi di farmaci da parte dei cittadini stranieri secondo la nazionalità di provenienza, conferma l'esteso consumo di medicinali antimicrobici a tutti i cittadini stranieri ad eccezione dei residenti provenienti dagli stati UE-27, con dosi giornaliere medie per 1.000 abitanti quasi triple rispetto ai cittadini italiani per i residenti africani e macedoni, e dosi quattro volte superiori per la popolazione asiatica.

L'assunzione di tali farmaci riguarda in prevalenza peniciline, macrolidi e lincosamidi, cefalosporine, chinolonici ed altri farmaci antimicrobici.

**CONSUMO DI FARMACI
(DDD/1.000 AB. DIE)
PER GENERE, ETÀ
E CITTADINANZA**

**CONSUMO DI FARMACI
(DDD/1.000 AB. DIE)
PER NAZIONALITÀ DEGLI
STRANIERI**

Tabella 12: **Consumo di farmaci (DDD/1.000 abitanti die) nella popolazione residente per categoria ATC e cittadinanza – Anno 2007**

	<i>Africa</i>	<i>Asia</i>	<i>EU-25</i>	<i>EUR</i>	<i>Resto del Mondo</i>	<i>Totale Stranieri</i>	<i>Italia</i>
<i>Apparato gastrointest./metabolismo</i>	59,2	85,3	40,6	42,1	40,7	48,9	57,2
<i>Sangue ed organi emopoietici</i>	46,7	57,2	51,6	46,9	40,7	49,5	56,4
<i>Sist. cardiovascolare</i>	63,1	112,6	167,2	146,4	61,2	134,7	276,6
<i>Dermatologici</i>	3,0	6,9	2,1	2,4	2,6	2,9	2,1
<i>Sist. genito-urinario/ormoni sessuali</i>	48,2	29,8	45,9	23,1	49,9	36,6	40,8
<i>Preparati ormonali sistemici</i>	17,0	23,7	22,0	12,1	14,3	17,8	25,1
<i>Antimicrob. gen. per uso sistemico</i>	34,3	37,9	17,1	25,8	21,7	25,0	11,2
<i>Farmaci antineopl. immunomodulatori</i>	1,7	1,0	3,4	2,8	0,9	2,5	3,5
<i>Sist. muscolo-scheletrico</i>	19,0	26,5	19,0	14,9	18,7	18,5	26,5
<i>Sist. nervoso centrale</i>	23,1	18,7	39,7	27,1	30,1	30,2	48,3
<i>Farmaci antiparassitari</i>	1,3	0,7	0,4	0,4	2,5	0,6	0,6
<i>Sist. respiratorio</i>	58,9	66,1	27,4	27,4	39,3	36,7	28,9
<i>Organi di senso</i>	3,9	3,7	5,7	3,1	4,1	4,3	10,0
<i>Vari</i>	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Totale	379,4	470,1	442,1	374,5	326,7	408,2	587,2

Fonte: Ufficio contabilizzazione ricette AS Bolzano – Archivio farmaci

Consumi elevati rispetto alle altre nazionalità di provenienza, si riscontrano nella popolazione di origine pakistana, con riferimento ai farmaci per l'apparato gastrointestinale (109 DDD/1.000 abitanti die vs 48,9 del totale cittadini stranieri), ai medicinali per il sangue e gli organi emopoietici (72,8 vs 49,5) ed ai farmaci per il sistema muscolo-scheletrico (36,8 vs 18,5).

Nella popolazione asiatica emerge, inoltre, un consumo due volte superiore rispetto ai cittadini italiani di farmaci dermatologici (8,4 DDD/1.000 abitanti die vs 2,9); quasi il doppio rispetto agli altri cittadini stranieri, risulta il consumo di medicinali per il sistema genito-urinario/ormoni sessuali nella popolazione marocchina (64,4 vs 36,6) e del resto del mondo (in prevalenza america centro-meridionale) (49,9 DDD/1.000 abitanti die).

Altro apparato che ha colpito nel 2007 in modo diffuso i residenti provenienti dai Paesi africani, asiatici ed americani è il sistema respiratorio. I consumi di medicinali riscontrati per i cittadini di queste nazionalità sono elevati e riguardano in prevalenza l'assunzione di broncodilatatori, andrenergici, antiasmatici ed antinfiammatori.

La spesa generale lorda per farmaci distribuiti attraverso le farmacie nel 2007 a cittadini stranieri ammonta a 1,79 milioni di Euro, corrispondenti a circa 68 Euro per cittadino, contro i 136 Euro circa di spesa procapite per i cittadini italiani.

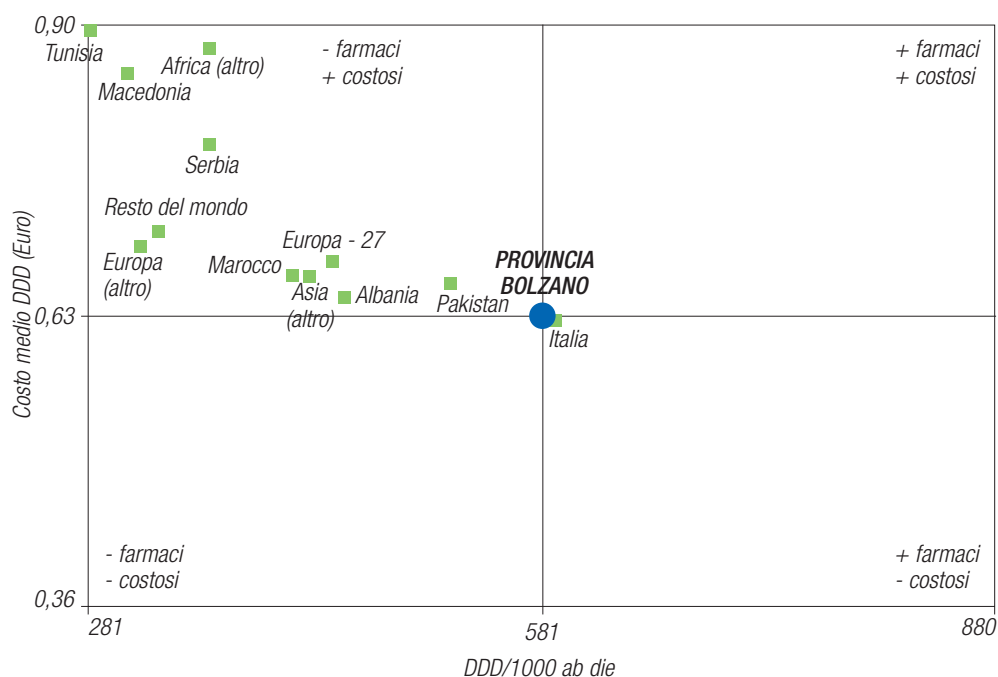
A fronte di una spesa farmaceutica "straniera" procapite esigua, il rapporto tra spesa lorda e volume di dosi giornaliere (DDD) assunte, evidenzia una spesa media per dose giornaliera superiore per i cittadini stranieri (0,69 Euro per DDD) rispetto alla popolazione residente italiana (0,62 Euro per DDD).

In Figura 20 è rappresentata un'area suddivisa in quattro quadranti individuati dall'intersezione del consumo medio giornaliero provinciale e della spesa media provinciale per DDD; i consumi di farmaci da parte dei cittadini stranieri si dispongono tutti all'interno del quadrante caratterizzato da bassi consumi ed alti costi unitari rispetto alla media provinciale. In particolare i cittadini pakistani evidenziano il maggior consumo, mentre i cittadini tunisini assumono meno farmaci ma tra i più costosi (antimicrobici).

**SPESA FARMACEUTICA
PER LA POPOLAZIONE
STRANIERA RESIDENTE**

**CONSUMO MEDIO
GIORNALIERO E
SPESA MEDIA
PER NAZIONALITÀ
DEGLI STRANIERI**

Figura 20: **Confronti provinciali spesa media DDD (Euro) e consumi DDD/1.000 abitanti die secondo la cittadinanza dei residenti – Anno 2007**



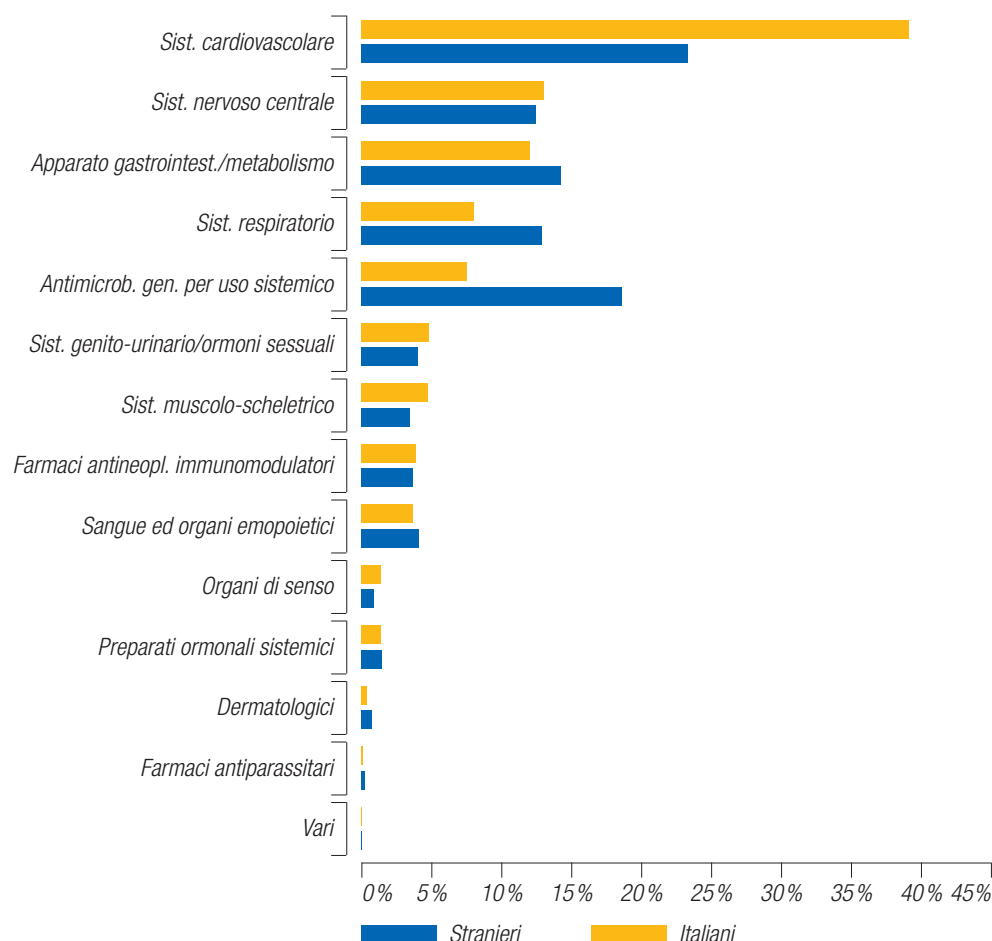
Fonte: Ufficio contabilizzazione ricette AS Bolzano – Archivio farmaci

La distribuzione percentuale della spesa farmaceutica lorda per cittadini stranieri secondo il gruppo anatomico principale (ATC), pone al primo posto la spesa per farmaci relativi al sistema cardiovascolare (23,3%) e al secondo i medicinali antimicrobici generici ad uso sistemico (18,5%); seguono i farmaci per l'apparato gastrointestinale (14,2%), per il sistema respiratorio (12,9%) e per il sistema nervoso centrale (12,4%).

A differenza dei cittadini italiani viene confermata una maggiore percentuale di spesa farmaceutica destinata per i farmaci antimicrobici generici ad uso sistemico, per farmaci dell'apparato gastrointestinale, del sistema respiratorio e medicinali per il sangue ed organi emopoietici.

**DISTRIBUZIONE
PERCENTUALE SPESA
FARMACEUTICA
PER GRUPPO ATC**

Figura 21: **Distribuzione percentuale della spesa farmaceutica lorda per categoria ATC e cittadinanza dei residenti – Anno 2007**



Fonte: Ufficio contabilizzazione ricette AS Bolzano – Archivio farmaci

Tabella 13: **Spesa farmaceutica lorda per categoria ATC e cittadinanza dei residenti. Valori in migliaia di Euro – Anno 2007**

	Africa	Asia	EU-27	EUR	Resto del Mondo	Totale Stranieri	Italia
Apparato gastrointest./metabolismo	41,0	44,5	81,4	76,3	11,8	255,0	7.486,8
Sangue ed organi emopoietici	6,7	6,4	33,8	23,6	2,5	72,9	2.294,3
Sist. cardiovascolare	23,8	44,1	184,9	153,3	11,1	417,3	24.329,3
Dermatologici	1,5	3,1	4,5	3,7	0,6	13,5	247,7
Sist. genito-urinario/ormoni sessuali	8,6	5,5	34,1	18,6	4,9	71,7	2.990,2
Preparati ormonali sistemici	3,7	3,6	13,6	4,2	0,8	25,9	838,2
Antimicrob. gen. per uso sistemico	54,3	53,4	92,6	117,6	14,2	332,0	4.677,6
Farmaci antineopl. immunomodulatori	2,2	2,1	31,1	28,0	1,6	65,1	2.408,8
Sist. muscolo-scheletrico	6,9	8,9	26,8	16,2	3,2	62,0	2.942,2
Sist. nervoso centrale	18,8	18,0	103,5	70,5	11,3	222,1	8.106,6
Farmaci antiparassitari	2,3	0,4	1,1	0,6	0,5	4,9	83,1
Sist. respiratorio	50,3	45,9	59,7	61,1	13,4	230,4	4.976,8
Organi di senso	3,0	1,7	7,4	3,9	0,5	16,4	865,2
Vari	0,0	0,6	0,5	0,0	0,0	1,1	30,2
Totale	223,0	238,3	675,0	577,7	76,2	1.790,3	62.276,9

Fonte: Ufficio contabilizzazione ricette AS Bolzano – Archivio farmaci

