



RELAZIONE SANITARIA FATTI E CIFRE 2016

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL

Gesundheit
Beobachtungsstelle für Gesundheit



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

Salute
Osservatorio per la Salute

INDICE

1. POPOLAZIONE ASSISTIBILE RESIDENTE	4
1.1. DISTRIBUZIONE TERRITORIALE	5
1.2. STRUTTURA E SPERANZA DI VITA DELLA POPOLAZIONE	6
1.3. NATALITÀ	6
1.3.1. CARATTERISTICHE DEI GENITORI (POPOLAZIONE RESIDENTE)	7
1.3.2. GRAVIDANZA E PARTO (POPOLAZIONE RESIDENTE)	8
1.4. DINAMICA DEMOGRAFICA	9
2. ASPETTI DELLA SALUTE	10
2.1. STILI DI VITA	11
2.1.1. ALIMENTAZIONE	11
2.1.2. ATTIVITÀ FISICA	11
2.1.3. ABITUDINE AL FUMO	12
2.1.4. ABUSO DI SOSTANZE	13
2.2. MALATTIE E MORTALITÀ	13
2.2.1. DIFFUSIONE DELLE MALATTIE CRONICHE	13
2.2.2. MALATTIE INFETTIVE	15
2.2.3. TUMORI MALIGNI	15
2.2.4. DIABETE	16
2.2.5. DISTURBI PSICHICI	18
2.2.6. MALATTIE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO	18
2.2.7. MALATTIE RESPIRATORIE	19
2.2.8. MORTALITÀ PER CAUSA	19
3. PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA	20
3.1. SCREENING ONCOLOGICI	21
3.2. PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE INCLUSI I PROGRAMMI VACCINALI	23
3.3. TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO	24
3.3.1. AMBIENTI DI VITA	25
3.3.2. AMBIENTI DI LAVORO	26

3.4. SALUTE ANIMALE E IGIENE VETERINARIA	26
3.5. SICUREZZA ALIMENTARE	27
3.6. ATTIVITÀ MEDICO-LEGALI E DI MEDICINA DELLO SPORT	29
3.6.1. ATTIVITÀ DEI SERVIZI DI MEDICINA LEGALE	29
3.6.2. ATTIVITÀ DEI SERVIZI DI MEDICINA DELLO SPORT	30
4. ASSISTENZA TERRITORIALE	32
4.1. ASSISTENZA DISTRETTUALE	33
4.1.1. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	35
4.1.2. ASSISTENZA DOMICILIARE ED INFERMIERISTICA	35
4.1.3. ASSISTENZA CONSULTORIALE MATERNO-INFANTILE	37
4.2. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	37
4.2.1. PRESTAZIONI EROGATE	38
4.2.2. MOBILITÀ PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	39
4.3. ASSISTENZA RIABILITATIVA RESIDENZIALE	40
4.4. ATTIVITÀ DI EMERGENZA SANITARIA	41
4.5. ASSISTENZA FARMACEUTICA	41
4.5.1. CONSUMO TERRITORIALE DI FARMACI	42
4.5.2. SPESA LORDA TERRITORIALE	43
4.5.3. DISTRIBUZIONE DIRETTA DEI FARMACI	44
4.6. ASSISTENZA IN HOSPICE	45
4.6.1. GLI HOSPICE IN PROVINCIA DI BOLZANO	46
4.6.2. ATTIVITÀ DI HOSPICE	46
5. ASSISTENZA OSPEDALIERA	48
5.1. ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO	49
5.2. ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI	50
5.2.1. REGIME ORDINARIO	51
5.2.2. REGIME DIURNO	52
5.2.4. MOBILITÀ OSPEDALIERA	53
5.3. ASSISTENZA OSPEDALIERA PER POST ACUTI	54
5.3.1. RIABILITAZIONE FISICA E NEUROLOGICA	54
5.3.2. LUNGODEGENZA	55

CAPITOLO 1

POPOLAZIONE ASSISTIBILE RESIDENTE



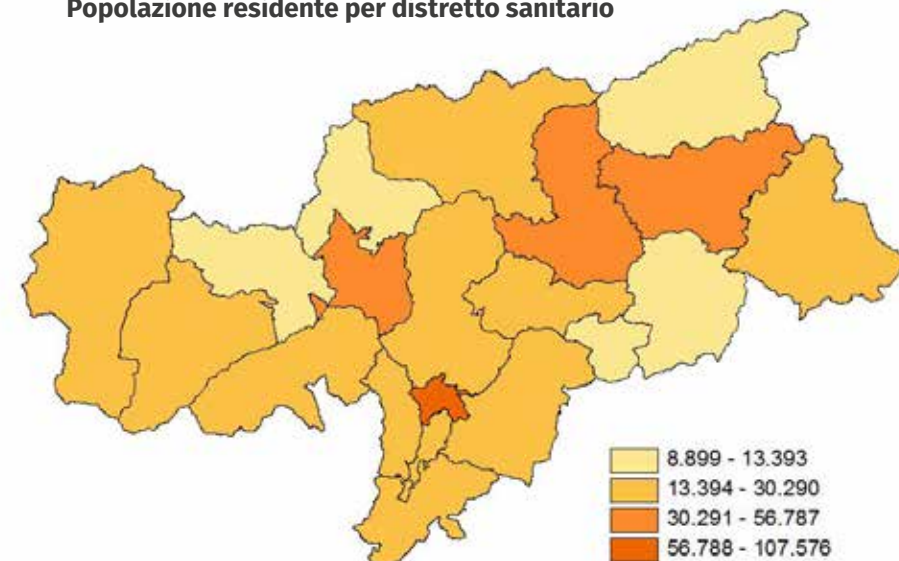
La parte dedicata alla popolazione assistibile contiene le principali informazioni di carattere demografico sulla popolazione residente in Provincia di Bolzano: struttura della popolazione e sua distribuzione sul territorio, speranza di vita, aspetti della natalità ed indicatori di dinamica demografica.

1. POPOLAZIONE ASSISTIBILE RESIDENTE

L'Ufficio provinciale di statistica (ASTAT) definisce la popolazione provinciale ufficiale al 31 dicembre dell'anno di riferimento, sulla base dei dati forniti dagli uffici anagrafici di tutti i comuni dell'Alto Adige. Questa popolazione annovera tutti i residenti in vita al 31 dicembre, escludendo quindi i soggetti che risultano aver abbandonato la popolazione nel corso dell'anno (per morte od emigrazione), e che per una parte dell'anno sono stati comunque in carico al SSP.

Per il calcolo degli indicatori, dove non diversamente indicato, è utilizzata la popolazione ufficiale ASTAT.

Popolazione residente per distretto sanitario



1.1. DISTRIBUZIONE TERRITORIALE

Indicatori di sintesi

- Popolazione residente: **525.475** abitanti
- Densità abitativa: **71** ab./kmq

La popolazione residente nel 2016 è pari a 525.475 unità, per una densità di 71 abitanti per km². Il 55,0% del territorio provinciale presenta un basso grado di urbanizzazione¹, il 21,1% è mediamente urbanizzato ed il 23,9% ha invece un alto grado di urbanizzazione (censimento 2011). Poco meno di metà della popolazione risiede nel comprensorio sanitario di Bolzano (44,6%) circa un quarto in quello di Merano (26,0%), circa un sesto rispettivamente nei distretti di Bressanone (14,4%) e Brunico (15,0%). Poco meno di un terzo della popolazione si trova nei due distretti sanitari di Bolzano città (20,5%) e Merano (10,8%).

¹ Secondo la definizione Eurostat un livello alto si ha con densità abitativa superiore a 500 ab./Kmq ed un ammontare di popolazione di almeno 50.000 abitanti, un livello medio per densità superiori a 100 ab./Kmq e popolazione non superiore a 50.000 abitanti, un livello basso negli altri casi.

1.2. STRUTTURA E SPERANZA DI VITA DELLA POPOLAZIONE

Indicatori di sintesi

- Speranza di vita alla nascita – Maschi: **81,3** anni
- Speranza di vita alla nascita – Femmine: **86,1** anni

Il rapporto medio di mascolinità è pari a 97,6 uomini per 100 donne. L'età media della popolazione è pari a 41,9 anni (40,6 anni per la popolazione maschile e 43,7 per quella femminile), ed è cresciuta di 0,7 anni nell'ultimo quinquennio. L'indice di vecchiaia è pari a 121,5 anziani (65 anni e oltre) ogni 100 ragazzi (0-14 anni). Tale indice è cresciuto di 7,7 punti negli ultimi cinque anni, ed evidenzia valori più elevati tra le donne (146,4%) rispetto agli uomini (102,8%). Il valore dell'indice provinciale rimane tuttavia significativamente inferiore a quello nazionale, pari a 161,4%. L'indice di dipendenza è pari a 54,2%, ed è più elevato tra le donne (59,0%) rispetto agli uomini (50,6%). Il valore nazionale dell'indice è pari a 55,5%. La speranza di vita alla nascita secondo le tavole di mortalità provinciali del 2014 è pari a 81,2 anni per gli uomini e 85,5 anni per le donne. Secondo le stime ISTAT per il 2016 si rileva in Provincia di Bolzano una più elevata speranza di vita rispetto alla media nazionale (81,3 vs 80,6 per gli uomini e 86,1 vs 85,1 per donne). La speranza di vita alla nascita è in costante crescita negli ultimi anni. Negli ultimi dieci anni sono stati guadagnati 2,5 anni di speranza di vita alla nascita per gli uomini e 1,5 per le

donne. Rispetto al 2015 sono stati guadagnati 0,5 anni per gli uomini e 0,4 per le donne. Il differenziale nella speranza di vita tra maschi e femmine è tuttavia in progressiva diminuzione nel corso degli anni (da 8,1 anni delle tavole 1977-79 si passa a 4,8 delle tavole più recenti).

1.3. NATALITÀ

Indicatori di sintesi

- Bambini nati in Provincia di Bolzano: **5.674**
- Bambini nati da madri residenti: **5.295**
- Tasso di natalità: **10,5** nati vivi ogni 1.000 abitanti

L'assistenza alla gravidanza, al parto e ai neonati ha una valenza strategica nel sistema sanitario, in considerazione delle ricadute sul benessere dell'intera popolazione ed è per questo che diviene importante monitorarne le caratteristiche e le criticità. Nel corso del 2016 in Provincia di Bolzano sono nati 5.674 bambini, di cui 5.295 da madri residenti in provincia (93,3%), registrati attraverso il Certificato di assistenza al parto (Cedap); nel 2016 si assiste ad un aumento nel numero di bambini nati sia rispetto al 2015 (5.491 nati) sia leggermente rispetto alla media degli anni precedenti (numero medio negli anni 2012-2015 di ca. 5.600 nascite). Quasi tutti i parti sono avvenuti nei punti nascita presenti in provincia, 31 le nascite avvenute invece a domicilio. In generale i dati altoatesini, confrontati con i dati medi nazionali, continuano ad offrire un quadro positivo sia dell'assistenza in gravidanza sia degli esiti neonatali.

Numero dei nati per punto nascita



*Con il 31.10.2016 il punto nascita dell'Ospedale di Vipiteno è stato chiuso.

Il tasso di natalità* pari a 10,5 nati vivi ogni 1.000 abitanti risulta essere nel 2016 il più alto stimato in Italia (media nazionale di 7,8 nati vivi ogni 1.000 abitanti).

* Fonte: Indicatori demografici 2016 - ISTAT

1.3.1. CARATTERISTICHE DEI GENITORI (POPOLAZIONE RESIDENTE)

Indicatori di sintesi

- Età media al parto delle donne residenti: **31,4** anni
- Percentuale di donne residenti con più di 35 anni alla nascita del figlio: **29,0%**
- Percentuale di padri residenti occupati al momento del parto: **90,3%**

L'età media delle donne altoatesine al parto fa registrare un leggero calo passando da 31,5 anni a 31,4 anni (rispetto al 2015 si registra un lieve aumento percentuale delle donne che partoriscono tra i 25 e i 29 anni).

Questo valore indica che le mamme altoatesine sono mediamente più giovani rispetto al valore medio dell'Italia (31,7 anni), risultando più anziane rispetto ai soli valori registrati in Italia insulare (31,2 anni)*. Considerando la distribuzione per età delle donne residenti che hanno partorito nel 2016, più di 6 su 10 hanno oltre 30 anni (64,2%), quasi 1 su 3 oltre 35 anni (29,0%) e il 6,7%, pari a 348 donne, oltre 40 anni. L'età media del padre, pari a 35,1 anni nel 2016, fa registrare un lieve aumento rispetto all'anno precedente. Particolare attenzione va comunque rivolta anche alle mamme giovani e alle coppie di adolescenti: si contano, infatti, 54 donne con età inferiore ai 20 anni, che hanno partorito nel corso del 2016, pari a 1,0% del totale delle madri residenti (si tratta generalmente di coppie particolarmente in difficoltà a gestire la propria crescita personale e il ruolo genitoriale, con carenza obiettiva di risorse sociali ed economiche).

Sempre significativamente alta la percentuale di donne altoatesine che risulta essere nubile al momento del parto, specialmente tra le madri con cittadinanza italiana: tra quest'ultime infatti, una su due risulta non essere coniugata (55,0%). Questo valore, pur risultando negli anni in costante aumento anche in altre regioni italiane, continua ad essere più alto in Provincia di Bolzano rispetto alle altre realtà italiane, come ad esempio in Emilia Romagna, che nel 2015** ha registrato il 43,0% di donne con cittadinanza italiana nubili al momento del parto. Per quanto riguarda il titolo di studio, il 64,5% delle madri registra una scolarizzazione medio-alta (diploma di scuola media superiore, laurea) contro il 52,6% dei padri. Significativamente inferiore risulta invece la percentuale di madri che dal punto di vista della condizione professionale risulta occupata al momento del parto (75,2%) rispetto a quanto dichiarato dai padri (90,3%). La frequenza di madri residenti con cittadinanza straniera, dopo un continuo aumento registrato negli anni passati secondo i dati Cedap, nel 2016 registra un lieve calo, confermando la tendenza già registrata l'anno precedente (dal 21,3% del 2014, si era passati al 21,0% del 2015 fino ad arrivare al 20,8% nel 2016). La cittadinanze straniere più rappresentate rimangono quella marocchina, albanese e pakistana. Se si considera il Paese di origine della donna, le madri residenti nate all'estero nel 2016 si attestano al 24,6% del totale delle madri residenti (1 madre ogni quattro).

* Fonte: Indicatori demografici ISTAT, Anno 2016

** Fonte: La Nascita in Emilia Romagna – 13 Rapporto sui dati CEDAP – Anno 2015

1.3.2. GRAVIDANZA E PARTO
(POPOLAZIONE RESIDENTE)

Indicatori di sintesi

- Percentuale parti cesarei in Provincia di Bolzano (Pop. Residente): **24,6%**
- Numero parti gemellari: **74**, pari all'1,4% del totale dei parti di madri residenti
- Donne ricorse a tecniche di procreazione medica assistita: **113**

Il certificato di assistenza al parto consente, inoltre, la raccolta di informazioni relative a visite ed esami strumentali eseguiti dalla madre nel corso della gravidanza. Nel 2016 in media ogni donna in gravidanza si è sottoposta a 6,7 visite di controllo (valore costante negli anni). A tale riguardo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità propone un modello di assistenza basato, per le gravidanze a basso rischio, su una media di 4 visite di controllo. Un numero di visite inferiore a 4 (indicatore di assistenza insufficiente) si registra nel 6,9% delle gravidanze. Il 66,5% delle donne residenti in gravidanza ha effettuato la prima visita entro l'ottava settimana, quindi in epoca gestazionale precoce. Tra le donne residenti che hanno partorito in Alto Adige nel 2016, 186 (3,6%) hanno eseguito almeno un'indagine prenatale invasiva, nel 2005 la percentuale era del 9,8% : il calo è dovuto all'aumento negli ultimi anni di offerta di test di screening non invasivi. L'1,2% ha effettuato un'amniocentesi (tecnica di diagnosi prenatale che permette di rilevare eventuali alterazioni cromosomiche fetali, come ad es. la sindrome di Down) e l'1,5% ha effettuato una fetoscopia/funicolocentesi.

Valutando le modalità del parto per le donne residenti, il 69,2% dei bambini è nato da parto vaginale e un'ulteriore 6,2% da parto vaginale operativo (ventosa o forcipe). Nel 2016 si registra un valore percentuale di parti per via chirurgica pari al 24,6%, un punto percentuale in più rispetto all'anno precedente (valori per popolazione residente). Se si considera la percentuale di nati da parti cesarei depurata NTVS (Nullipar, Terminal, Single, Vertex), indicatore che misura l'appropriatezza della modalità del parto depurandolo da fattori che possono aumentare il ricorso al cesareo stesso, il valore calcolato è pari al 19,8%. Si registra una discreta variabilità tra i punti nascita nella differenza tra le percentuali grezze e depurate di nati da parti cesarei. In corrispondenza a differenze elevate tra percentuali grezze e depurate si osserva una più alta concentrazione di casi complessi che richiedono in misura maggiore il ricorso al taglio cesareo. Valori depurati maggiori dei valori grezzi (nel 2016 l'Ospedale di Bressanone) possono essere invece indicativi di un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. I parti plurimi costituiscono l'1,4% del totale (75 parti gemellari). La quota di gravidanze plurime associata alla procreazione medico assistita è pari al 28,0% (quasi un parto plurimo ogni tre è dovuto al ricorso di tecniche di PMA). Nel 2016 113 donne residenti, pari all'2,2% del totale delle partorienti, sono ricorse a tecniche di procreazione assistita, leggermente inferiore ai dati registrati nella regione Emilia Romagna nel 2015* (2,5%).

La percentuale dei nati vivi prematuri (con età gestazionale inferiore o uguale a 36 settimane) è pari al 7,2% (dato leggermente superiore al 2015 ma inferiore al triennio 2012-2014).

* Fonte: La Nascita in Emilia Romagna – 13 Rapporto sui dati CEDAP – Anno 2015

1.4. DINAMICA DEMOGRAFICA

Indicatori di sintesi

- Tasso di crescita: **6,4** per 1.000 abitanti
- Tasso di crescita migratoria: **4,1** per 1.000 abitanti
- Tasso di Fecondità Totale: **1.698,6** per 1.000 donne

La crescita della popolazione nel corso del 2016 è stata pari a 6,4 unità per 1.000 abitanti: Una componente importante della crescita della popolazione è costituita dal saldo migratorio, pari al 4,1‰. La crescita naturale, pari al 2,3‰, si conferma ai livelli più elevati tra le regioni italiane. Il Tasso di Fecondità Totale, che esprime il numero medio di figli per donna, è pari a 1,7 figli per donna (1,34 a livello nazionale).

CAPITOLO 2

ASPETTI DELLA SALUTE



Vengono di seguito descritti, in due capitoli specifici, i principali fattori di rischio per la salute della popolazione ed i principali esiti di salute in termini di morbosità e mortalità delle malattie più importanti.

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, quali ad esempio, gli stili di vita, l'incidenza delle neoplasie, la diffusione del diabete, delle malattie del sistema circolatorio, delle malattie respiratorie ed infettive, la salute mentale.

2. ASPETTI DELLA SALUTE

2.1. STILI DI VITA

L'assunzione di stili di vita corretti è al centro del programma "Guadagnare salute" promosso dal Ministero della Salute. Agendo su scorretta alimentazione, inattività fisica, fumo ed abuso di alcol, individuati quali principali fattori di rischio di malattie cronico-degenerative, diventa possibile influenzare positivamente lo stato di salute e garantire la sostenibilità del sistema sanitario.

2.1.1. ALIMENTAZIONE

Indicatori di sintesi

- Maschi in eccesso ponderale nella fascia 18-69 anni: **42,8%**
- Femmine in eccesso ponderale nella fascia 18-69 anni: **24,3%**
- Persone nella fascia 18-69 anni che consumano almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura: **7,5%**.

Un'alimentazione scorretta, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, può essere uno dei fattori principali nella determinazione di stati patologici tra i quali ipertensione arteriosa, malattie dell'apparato cardiocircolatorio, sovrappeso e obesità (determinati anche dalla scarsa attività fisica), malattie metaboliche come ad esempio il diabete mellito.

Il 33,6% della popolazione tra 18 e 69 anni presenta un eccesso ponderale (26,0% sovrappeso, 7,6% obesi). L'eccesso ponderale è maggiore tra gli uomini (42,8%) rispetto alle donne (24,3%), e tra le persone con un basso livello di istruzione (53,9%) rispetto a quelle maggiormente istruite (24,8%). Solo il 7,6% si attiene alla raccomandazione di consumare almeno 5 porzioni al giorno di frutta o verdura.

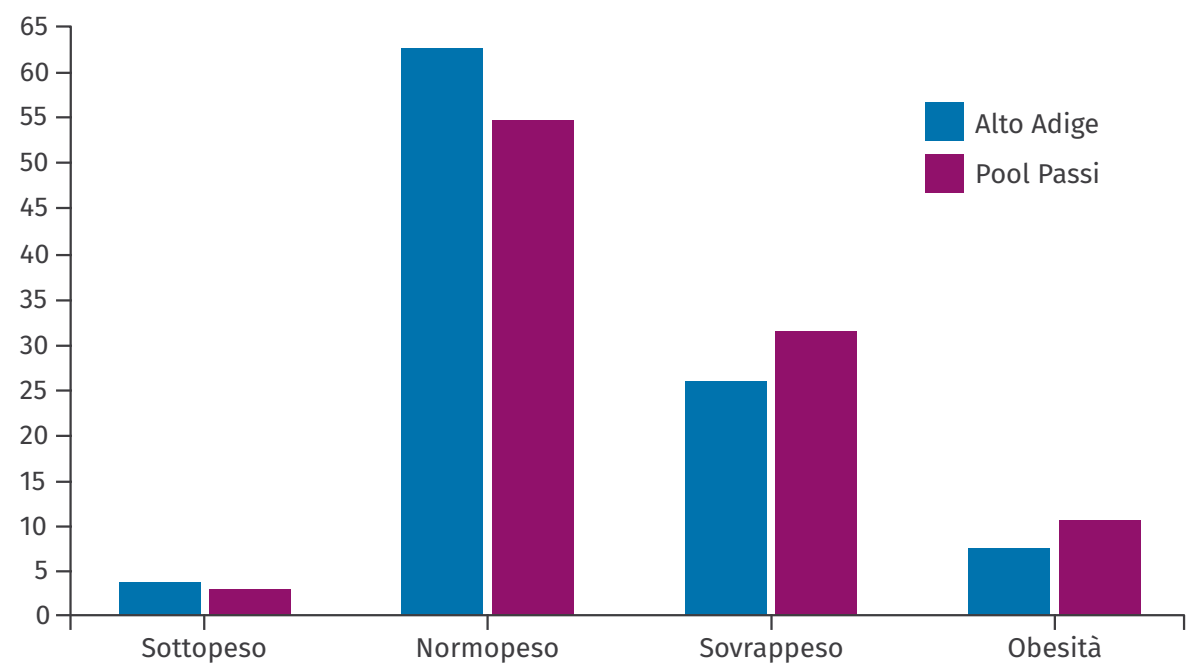
2.1.2. ATTIVITÀ FISICA

Indicatori di sintesi

- Persone fisicamente attive nella fascia 18-69 anni: **52,4%**
- Persone sedentarie nella fascia 18-69 anni: **9,8%**

Uno stile di vita sedentario non rappresenta solo una predisposizione all'obesità, ma è anche un fattore di rischio per patologie

Distribuzione valori BMI (Passi 2013-16)



importanti come la cardiopatia coronarica, il diabete mellito ed alcuni tipi di cancro. Il 52,4% della popolazione tra 18 e 69 anni è attivo dal punto di vista fisico (per il lavoro che svolge o perché aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica), mentre il 9,8% è completamente sedentario.

2.1.3. ABITUDINE AL FUMO

Indicatori di sintesi

- Fumatori maschi nella fascia 18-69 anni: **27,3%**
- Fumatrici femmine nella fascia 18-69 anni: **20,5%**
- Numero di decessi attribuibili al fumo (2013): **597**

Il fumo è “la prima causa di morte facilmente evitabile”. È responsabile di circa il 23% delle morti per tumore e del 15% dei decessi complessivi in provincia. Sono attribuiti al fumo il 77% dei casi di cancro alla cavità orale e faringe e l’89% dei tumori polmonari tra i maschi. Il fumo è inoltre responsabile di altre patologie, quali l’infarto miocardico, l’ictus, la bronchite cronica ostruttiva ed altri disturbi dell’apparato respiratorio. L’abitudine al fumo è diffusa nel 23,9% della popolazione provinciale tra i 18 ed i 69 anni d’età (il 27,3% tra gli uomini ed il 20,5% tra le donne).

2.1.4. ABUSO DI SOSTANZE

Indicatori di sintesi

- Utenti in carico ai SerD per abuso di sostanze nella fascia 15-54 anni: **3,2** per 1.000 abitanti
- Tasso di accesso al pronto soccorso per cause alcool correlate: **2,2** per 1.000 abitanti
- Bevitori a rischio nella fascia di età 18-69 anni: **38,9%**

Oltre ad influenzare direttamente la salute, la dipendenza da sostanze influenza negativamente anche il comportamento sociale dell’individuo. Nel 2016, sono stati assistiti dai servizi per le dipendenze provinciali (SerD) 884 soggetti con problemi derivanti da consumo di sostanze, pari a 3,2 utenti in carico ogni 1.000 abitanti in età compresa tra 15 e 54 anni. Le dimissioni ospedaliere per cause droga correlate nella popolazione 15-54 anni sono state 217, 126 gli accessi al pronto soccorso. L’OMS stima che circa il 9% dei costi complessivi per la salute nella regione Europea sia imputabile all’abuso di bevande alcoliche. L’alcool è determinante nell’incremento del rischio per patologie quali la cirrosi epatica, alcuni tumori, l’ipertensione, l’ictus ed alcune malformazioni congenite. I bevitori a rischio (bevitori “binge” oppure bevitori fuori pasto o forti bevitori) in Provincia sono pari al 38,9% della popolazione tra 18 e 69 anni, e tra questi il 27,5% beve prevalentemente fuori pasto, il 22,8% è bevitore “binge” (consumo di 5 o più unità alcoliche in una unica volta nell’ultimo mese per gli uomini, 4 per le donne) e il 3,1% è un

forte bevitore (consumo medio negli ultimi 30 giorni di più di due unità al giorno per gli uomini ed una per le donne). Le dimissioni ospedaliere per cause alcool correlate sono state 1.121, 1.143 gli accessi al pronto soccorso. Nel 2016 sono stati inoltre assistiti dai servizi per le dipendenze 291 utenti per gioco d’azzardo problematico, 98 per abuso di farmaci, 207 per problemi di nicotina, 445 familiari e 167 altri utenti per motivi diversi.

2.2. MALATTIE E MORTALITÀ

In questo capitolo sono illustrate le malattie maggiormente diffuse nella popolazione: quelle croniche in generale, le malattie infettive, i tumori, il diabete, i disturbi psichici, le malattie del sistema cardiocircolatorio e dell’apparato respiratorio. Per le diverse patologie sono riportate le informazioni disponibili in termini di prevalenza, incidenza e mortalità.

2.2.1. DIFFUSIONE DELLE MALATTIE CRONICHE

Indicatori di sintesi

- **29,1%** della popolazione soffre di almeno una malattia cronica
- **62,9** età media dei malati cronici
- **7,1%** delle donne soffre di ipotiroidismo

Le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte quasi in tutto il mondo. Si tratta di un ampio gruppo di malattie, che comprende le cardiopatie, le neoplasie, il diabete, le malattie respiratorie croniche ecc.. Oltre ad avere un alto tasso di mortalità, le malattie croniche possono essere anche par-

ticolarmente invalidanti, così che la lotta a queste malattie rappresenta una priorità per la salute pubblica.

Le malattie croniche si manifestano clinicamente soprattutto in età anziana, quindi esiste una correlazione tra età media della popolazione e prevalenza dei malati cronici. La popolazione altoatesina assistibile, rispetto ai valori medi nazionali, è una popolazione ancora abbastanza giovane (anche se in linea con i trend demografici, sta invecchiando sempre di più), con un'età media per il 2016 pari a 42,4 anni e un indice di vecchiaia pari a 129,4 (ovvero sono presenti 129 anziani assistibili ogni 100 giovani assistibili). A livello

nazionale si stima per il 2016 un indice di vecchiaia pari a 161*.

Nel corso del 2016, la popolazione altoatesina con almeno una malattia cronica è risultata essere pari al 29,1% (oltre 1 persona su 4). Le donne registrano rispetto agli uomini un rischio leggermente più elevato di contrarre almeno una malattia cronica: valori più elevati per il genere femminile si registrano soprattutto nelle patologie autoimmuni ed endocrinopatiche.

15 persone ogni 100 in Alto Adige sono affette da ipertensione; a 6 persone ogni 100 è stata diagnosticata una neoplasia e a 4 uomini ogni 100 una malattia respiratoria; 4 persone

ogni 100 soffrono di diabete. Se consideriamo solo la popolazione anziana (con 65 anni e più), 77 persone ogni 100 registrano almeno una patologia cronica.

Analizzando i tassi standardizzati per aree territoriali emerge come distretti rurali quali quelli di Laives-Bronzolo-Vadena e della Val Passiria registrano stime di malati cronici leggermente superiori ai distretti urbani di Bolzano e Merano. La prevalenza delle singole malattie sul territorio non è sempre omogenea: il Comprensorio Sanitario di Bolzano presenta soprattutto una maggiore prevalenza di assistiti affetti da Alzheimer e demenze e tiroidite di Hashimoto. Nel comprensorio meranese si registra una significativa diffusione di ipotiroidismo. I comprensori di Bressanone e di Brunico, invece, nei quali mediamente si evidenziano tassi più bassi, si caratterizzano per una maggiore prevalenza di malattie quali ipertensione (Bressanone) ed parkinson (Brunico).

I nuovi casi di HIV segnalati nel 2015 sono stati 15, pari a 3,0 per 100.000 abitanti. I nuovi casi di HIV segnalati in Italia nel 2015 sono stati 3.444 per una corrispondente incidenza di 5,7 casi per 100.000 abitanti.

2.2.3. TUMORI MALIGNI

Indicatori di sintesi

- Incidenza di tumori maligni – Maschi (2008-2012): **621,0** per 100.000
- Incidenza di tumori maligni – Femmine (2008-2012): **508,9** per 100.000

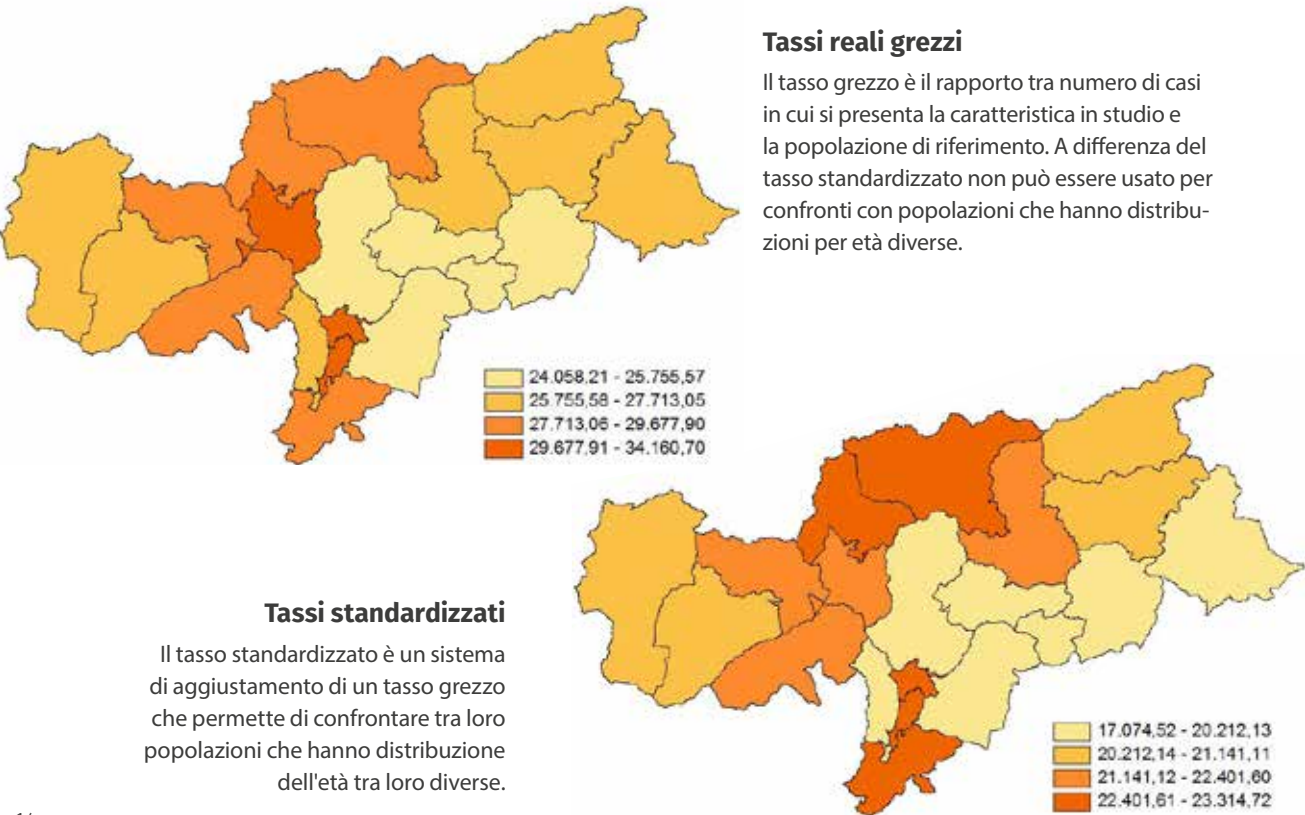
Le stime di incidenza dei tumori maligni diagnosticati nella popolazione residente in Provincia di Bolzano sono riferite al quinquennio 2008-2012.

Il numero medio di nuovi casi per anno diagnosticati nel periodo è pari a 1.546 tra i maschi (621 per 100.000) ed a 1.287 tra le femmine (508,9 per 100.000). Escludendo i tumori della pelle (ICD X: C44), i nuovi casi attesi per il 2016 sono pari a 1.687 per i maschi e 1.376 per le femmine.

Escludendo la cute (ICD X C44), i tumori più frequenti tra i maschi sono quelli della prostata (21,2% dei casi), del colon-retto (11,3%), del polmone (10,1%) e della vescica (9,0%). Nelle femmine, il tumore della mammella (25,7% dei casi) è al primo posto tra tutte le neoplasie, seguito dal tumore del colon-retto (11,7%), dal tumore del polmone (6,0%), dai melanomi (5,0%), e dal tumore del corpo dell'utero (4,9%).

Nel periodo 2008-2012 sono deceduti ogni anno per tumore in media 644 maschi (258,8 decessi ogni 100.000 residenti), e 548 femmine (213,8 decessi ogni 100.000). Per l'anno 2016 è quindi possibile stimare per la Pro-

Prevalenza malati cronici in Provincia di Bolzano - Anno 2016



2.2.2. MALATTIE INFETTIVE

Indicatori di sintesi

- Casi di tubercolosi notificati: **54**
- Tasso di incidenza di HIV (2015): **3,0** per 100.000 abitanti
- Tasso di incidenza di AIDS (2015): **0,6** per 100.000 abitanti

Le malattie infettive maggiormente notificate nel 2016 sono state quelle legate all'infanzia, e tra queste la varicella, con 1.063 casi, pari ad un'incidenza di 202,3 per 100.000 abitanti. Nel 2016 sono stati inoltre notificati 54 casi di tubercolosi, pari a 10,3 per 100.000 abitanti.

vincia di Bolzano un totale di 1.347 decessi per tumore di cui 743 tra i maschi e 604 tra le femmine.

Tra i maschi, le cause di morte per neoplasia più frequenti risultano il tumore del polmone (21,9% dei casi), del colon-retto (10,6%), della prostata (8,8%), del fegato (7,5%) e dello stomaco (7,2%). Nelle femmine, i decessi dovuti al tumore della mammella (12,0%) rappresentano la quota più importante, seguiti dai decessi per tumore del colon-retto (10,6%) e del polmone (10,1%).

Per i confronti con le altre regioni italiane si invia al sito dell'Associazione Italiana dei Registri Tumori: www.registri-tumori.it/cms/.

2.2.4. DIABETE

Indicatori di sintesi

- Prevalenza dei pazienti diabetici sul totale della popolazione assistibile: **3,9%** per i pazienti diabetici di tipo II e **0,2%** di tipo I
- Età media pari a **68,9** anni (diabetici di tipo II **70,4** anni, di tipo I **39,4** anni)
- Tre quarti della popolazione diabetica di tipo II soffre anche di una **cardiovasculopatia**, due terzi è anche ipertesa.

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 5,5% della popolazione generale (ISTAT, 2014), ma vi è un ulteriore 3% di soggetti con diabete non diagnosticato.

Esistono 2 forme principali di diabete mel-
lito:

- il diabete di tipo I (l'8% dei casi) è una forma infantile-giovanile, che richiede il trattamento insulinico;
- il diabete di tipo II (oltre il 90% dei casi) è caratteristico dell'età adulta - senile ed è spesso controllabile con dieta, esercizio fisico e/o ipoglicemizzanti orali.

Nel 2016 in Provincia di Bolzano sono stati assistiti 999 pazienti diabetici di tipo I e 20.357 pazienti diabetici di tipo II (espressi in anni vissuti), con una prevalenza sul totale della popolazione assistibile rispettivamente dello 0,2% e del 3,9%.

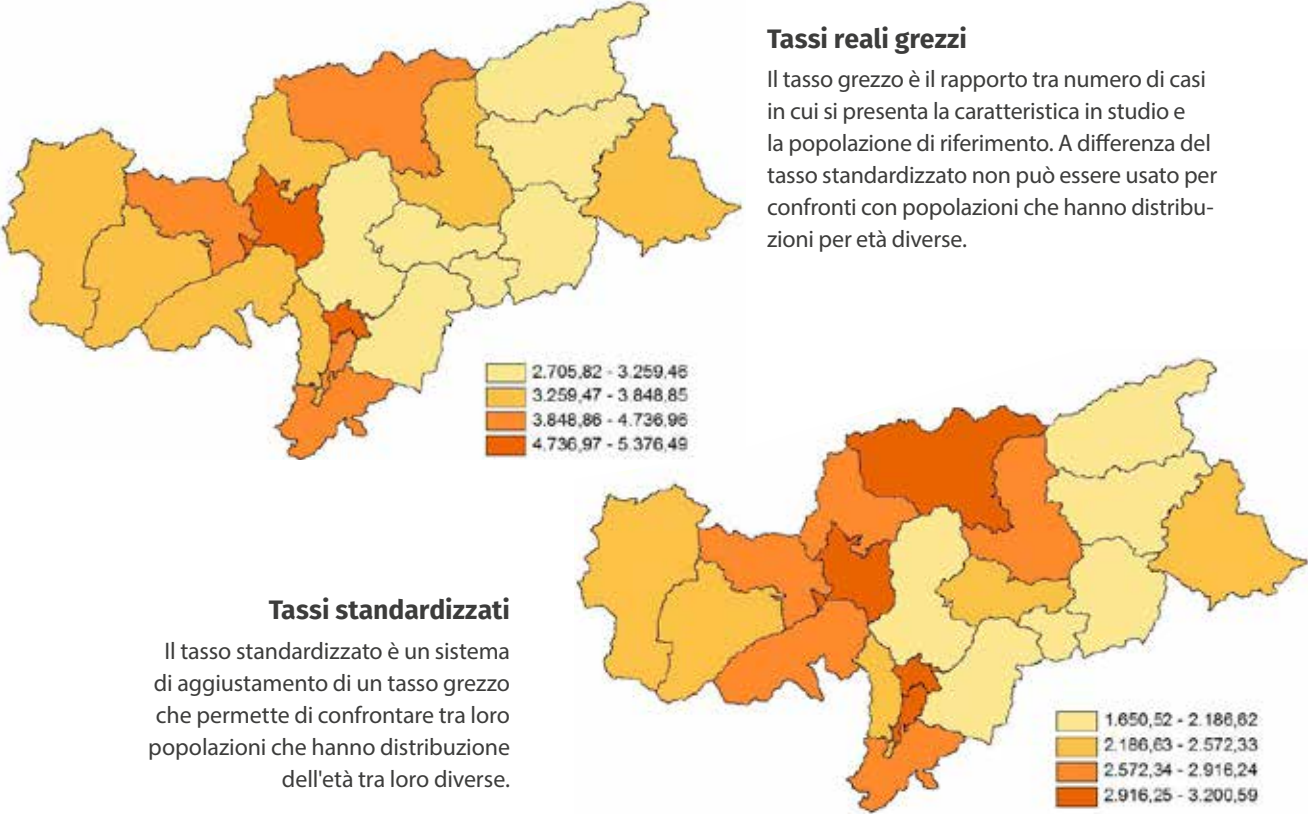
La prevalenza di malati del diabete di tipo II aumenta progressivamente con l'avanzare dell'età: il 12,2% tra i 65 ed i 74 anni e 15,8% dopo i 75 anni.

L'età media della popolazione diabetica di tipo I è di 39,4 anni, di tipo II 70,4 anni.

La prevalenza totale della patologia è poco omogenea all'interno del territorio provinciale. Nei grandi centri urbani si registrano tassi di prevalenza standardizzati superiori alla media provinciale: questo è dovuto ad un maggiore ricorso al Sistema Sanitario Provinciale da parte del paziente diabetico residente nei centri urbani. I distretti con prevalenze più basse sono la Val Gardena, Valle Aurina, Val Badia, Val Sarentino e la Val d'Ega.

A livello provinciale tre quarti della popolazione diabetica di tipo II soffre anche di una cardiovasculopatia, più di due terzi è anche ipertesa ed un terzo ha anche una dislipidemia.

Prevalenza diabetici in Provincia di Bolzano - Anno 2016



In Provincia di Bolzano oltre il 75% di tutti diabetici effettua annualmente almeno un monitoraggio di creatinina e di emoglobina glicata (il valore nazionale di confronto per l'emoglobina indicato nelle Linee guida nazionali AMD- Associazione Medici Diabetologi- è dell'84%, contro un valore obiettivo del 100%). Per quanto riguarda la terapia farmacologia, nel corso del 2016 il 68,8% dei pazienti diabetici di tipo II ha assunto un antidiabetico orale, il 51,5% un ipolipemizzante, il 31,5% un antiaggregante ed il 17,1% si è curato con l'insulina; in generale l' 84,7% ha assunto almeno uno di questi farmaci nell'arco dell'anno. Va considerato che il trattamento farma-

cologico del diabete prevede nella maggior parte dei casi l'associazione di più farmaci. Il tasso di ospedalizzazione per diabete nella Provincia di Bolzano è pari a 60,7 ricoveri per 100.000 residenti (esclusi i ricoveri effettuati presso le strutture austriache e nel resto d'Italia). Se si considera solo la popolazione con età superiore a 18 anni il tasso sale a 66,7 ricoveri per 100.000 residenti. Considerando i pazienti con più di 18 anni, il tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze a lungo termine (complicazioni renali, oculari, neurologiche, circolatorie periferiche o altre complicanze) risulta pari a 25 ricoveri per 100.000 residenti.

2.2.5. DISTURBI PSICHICI

Indicatori di sintesi

- Prevalenza di pazienti assistiti dai Centri di Salute Mentale: **18,8** per 1.000 abitanti
- Prevalenza di pazienti assistiti dai servizi psicologici: **16,6** per 1.000 abitanti
- Tasso di suicidio (2015): **9,0** per 100.000 abitanti

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 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 2016 sono state 9.884 le persone assistite dai Centri di Salute Mentale provinciali, pari a 18,8 per 1.000 abitanti, mentre 3.158 sono state le dimissioni ospedaliere di pazienti con diagnosi principale di tipo psichiatrico (601,0 per 100.000 abitanti). Tra le diagnosi di dimissione prevalgono le psicosi affettive (26,7% delle dimissioni).

Gli assistiti dai servizi psicologici nel corso del 2016 sono stati 8.743, pari a 16,6 ogni 1.000 abitanti, ai quali sono state somministrate 13.756 psicoterapie.

Nel 2015 ci sono stati 47 casi di suicidio (9,0 per 100.000 abitanti), 9,8 la media del quinquennio 2011-2015.

2.2.6. MALATTIE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO

Indicatori di sintesi

- Tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio – Maschi (2013): **245,0** per 100.000
- Tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio – Femmine (2013): **334,9** per 100.000

Le malattie cardiocircolatorie rappresentano la prima causa di morte nei paesi sviluppati, e sono responsabili del 37,3% dei decessi in Provincia di Bolzano. 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 per cardiopatia ischemica e ictus doppio rispetto ai soggetti con colesterolemia normale.

Nel 2016, rispetto alla popolazione generale provinciale, si stima una prevalenza di 178,7 casi ogni 1.000 residenti di malati cronici cardiovascolari (176,5 per 1.000 tra i maschi e 180,7 per 1.000 tra le femmine) e 152,2 casi per 1.000 di ipertensione (148,7 tra i maschi e 155,5 tra le femmine). Le dimissioni ospedaliere complessive per malattie cardiovascolari sono state complessivamente 8.774 (1.669,7 per 100.000 abitanti). Tra le dimissioni per malattie ischemiche (1.366) si contano 700 dimissioni per infarto miocardico

acuto (459 maschi e 241 femmine). La patologia più frequente tra le cause di morte per malattie del sistema circolatorio nel 2013 è rappresentata dalle malattie ischemiche del cuore (infarto, angina pectoris ed ischemie cardiache), con 249 decessi tra i maschi (97,9 per 100.000) e 212 decessi tra le femmine (80,5 per 100.000).

2.2.7. MALATTIE RESPIRATORIE

Indicatori di sintesi

- Tasso di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio – Maschi (2013): **75,1** per 100.000
- Tasso di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio – Femmine (2013): **44,8** per 100.000

Le malattie dell'apparato respiratorio in generale rappresentano la terza causa di morte (7,6%) in provincia dopo le malattie del sistema circolatorio ed i tumori.

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è responsabile di circa la metà dei decessi per malattie polmonari, con un trend in continuo aumento.

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 stimata nel 2016 di broncopatie croniche in Provincia di Bolzano è pari a 40,0 casi per 1.000 abitanti (42,6 tra i maschi e 37,5 tra le femmine).

Le dimissioni nel 2016, di residenti da strutture provinciali con una malattia del sistema respiratorio come diagnosi principale,

sono state complessivamente 5.683, con un tasso di ospedalizzazione pari a 1.081,5 per 100.000. Le diagnosi più frequenti di ricovero sono state polmoniti ed influenza.

Le malattie polmonari cronico ostruttive sono state nel 2013 la causa di decesso più importante tra le malattie respiratorie, con un tasso pari a 39,7 per 100.000 tra gli uomini ed a 17,5 per 100.000 tra le donne.

2.2.8. MORTALITÀ PER CAUSA

Indicatori di sintesi

- Tasso di mortalità – Maschi (2013): **771,1** per 100.000
- Tasso di mortalità – Femmine (2013): **788,2** per 100.000 femmine

La fonte di riferimento per i dati di mortalità è costituita dal Registro Provinciale di Mortalità, che gestisce ed elabora le informazioni contenute nei certificati di morte ISTAT e provvede alla codifica da assegnare alla causa principale del decesso. La codifica è completa fino all'anno 2013, mentre non è disponibile per i decessi avvenuti successivamente.

Il numero di decessi registrato nel 2013 nella popolazione residente è pari a 4.037, per un corrispondente tasso di mortalità grezzo del 782,8 per 100.000.

La causa principale di decesso nell'anno 2013 è costituita dalle malattie del sistema circolatorio, che interessa il 42,4% dei casi della popolazione femminile ed il 31,0% di quella maschile. Tra gli uomini è più evidente la mortalità per tumore (34,4%) rispetto alle donne (26,2%), così come quella per traumi ed avvelenamenti (6,0% vs. 3,0%).

CAPITOLO 3

PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA



Il livello di "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" comprende le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro ed agli stili di vita.

3. PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA

Il Piano Sanitario Provinciale, in conformità a quanto previsto dalla normativa nazionale, prevede il livello essenziale di "Prevenzione collettiva e sanità pubblica". L'obiettivo del livello è quello di promuovere la salute della popolazione nel suo complesso garantendo le seguenti prestazioni:

1. Screening oncologici;
2. Prevenzione delle malattie infettive e parassitarie inclusi i programmi vaccinali;
3. Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro;
4. Salute animale e igiene veterinaria;
5. Sicurezza alimentare;
6. Attività medico-legali e di medicina dello sport.

Sono esclusi da questo livello gli interventi di prevenzione individuale, fatta eccezione per le vaccinazioni organizzate in programmi che hanno lo scopo di aumentare le difese immunitarie della popolazione (come quelle incluse nel Piano Nazionale Vaccini) e per gli screening oncologici, quando sono organizzati in programmi di popolazione.

3.1. SCREENING ONCOLOGICI

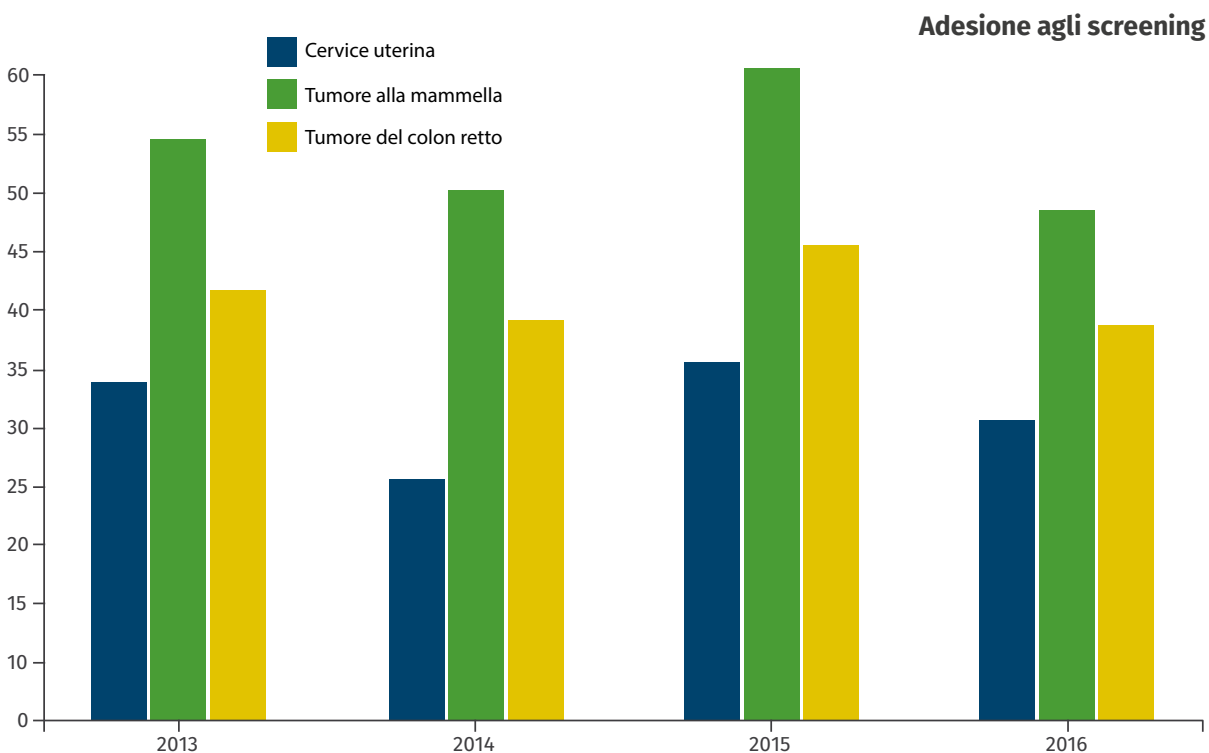
Attraverso i programmi di screening oncologici si persegue l'obiettivo di individuare la malattia in fase preclinica o i suoi precursori nella popolazione generale o in suo sottogruppo. I programmi sono rivolti ad una popolazione asintomatica, che viene invitata a sottoporsi ad un test. I tumori per i quali è stata dimostrata l'efficacia di un programma di screening in termini di riduzione di incidenza e mortalità sono il tumore della mammella e della cervice uterina per la popolazione femminile, del colon retto per la popolazione generale.

Indicatori di sintesi

- Adesione allo screening della cervice uterina: **30,7%**
- Adesione allo screening del tumore alla mammella: **48,7%**
- Adesione allo screening del tumore del colon retto: **38,8%**

Il test di screening raccomandato per il tumore della cervice uterina è l'esame del Pap-test, da effettuare ogni tre anni per le donne di età compresa tra 25 e 64 anni. L'efficacia di questo screening è stata dimostrata sia dalla riduzione della mortalità nelle aree in cui è stato applicato che da studi specifici. Il 30,7% delle donne invitate nel 2016 ha effettuato il Pap-test.

Il test di screening raccomandato per il tumore della mammella consiste in una mammografia ogni due anni per le donne in età compresa tra 50 e 69 anni. La partecipazione ad un programma di screening organizzato su invito può arrivare a ridurre del 35% la probabilità di morire per un tumore della mammella.



In Alto Adige il programma di screening per questo tumore è attivo a livello provinciale dal 2003.

Nel 2016, il 48,7% ha aderito al programma di screening.

Lo screening del tumore colon-rettale ha due possibili obiettivi:

- identificazione in fase precoce delle forme neoplastiche invasive
- rimozione terapeutica di polipi adenomatosi per interrompere la storia naturale della malattia impedendo la possibile progressione adenoma-cancro.

Uno dei segni più precoci di un tumore o di un polipo intestinale è il sanguinamento all'interno del lume intestinale, con presenza conseguente di sangue nelle feci. Il test che viene eseguito in fase di screening ha lo scopo di trovare il sangue nelle feci, anche

quando è presente in quantità molto piccole da non essere visibili ad occhio nudo. La ricerca del sangue occulto in persone che non hanno altri fattori di rischio per cancro del colon-retto se non l'età, è una delle strategie più efficaci di prevenzione.

In Alto Adige il programma di screening per questo tumore è attivo a livello provinciale dal 2012.

Nel 2016 il 38,8% della popolazione invitata ha aderito al programma di screening.

3.2. PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE INCLUSI I PROGRAMMI VACCINALI

Indicatori di sintesi

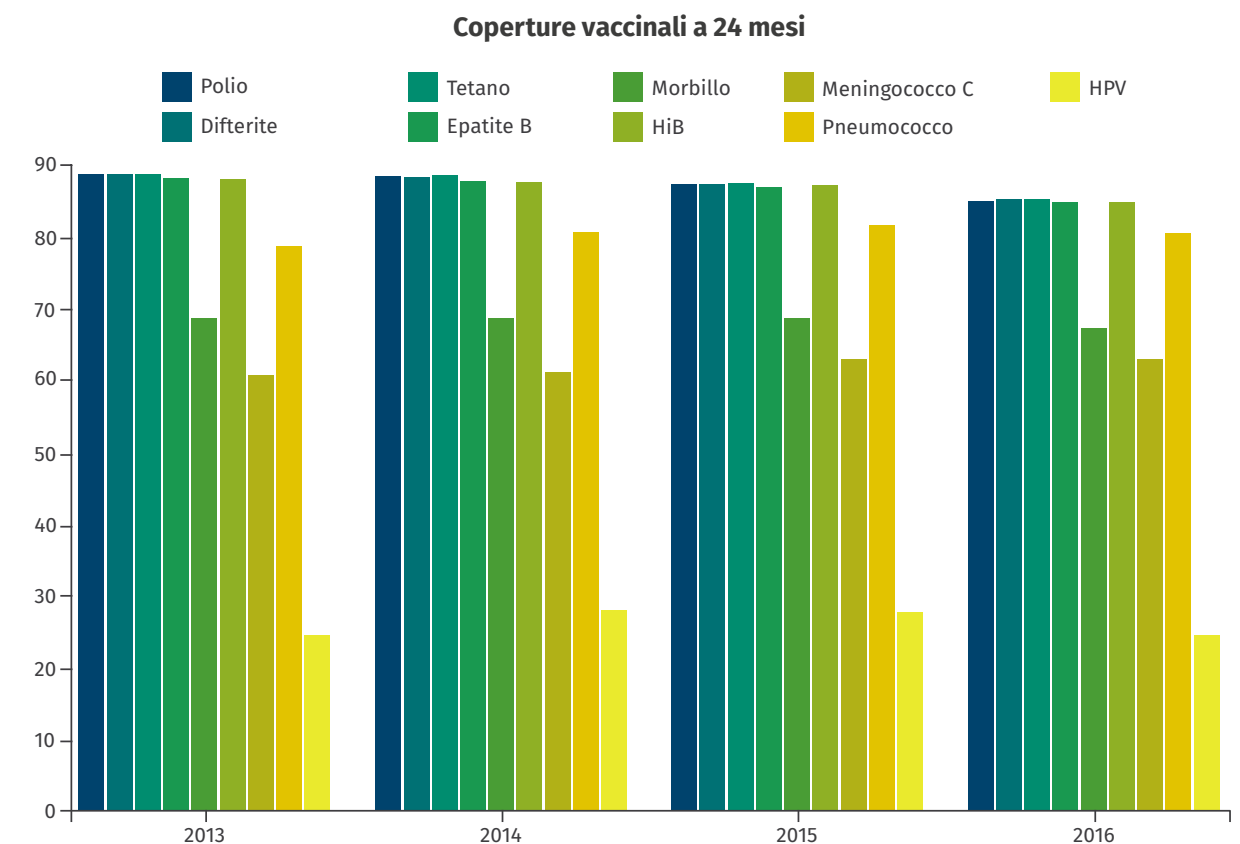
- Copertura vaccinale a 24 mesi di età per la polio: **85,1%**
- Copertura vaccinale a 24 mesi di età per morbillo: **67,5%**
- Copertura vaccinale a 24 mesi di età per meningococco C: **63,2%**

Con delibera n. 1379 del 6/12/2016 è stato approvato il calendario vaccinale provinciale, 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 2016-2018. In Italia, per i nuovi nati, sono obbligatorie le vaccinazioni contro difterite, tetano, poliomielite, epatite virale B.

A livello provinciale sono raccomandate, inoltre, le vaccinazioni contro morbillo, parotite, rosolia (MPR), pertosse, infezioni da Haemophilus influenzae b (Hib), da pneumococco, da meningococco C e la vaccinazione contro i Papillomavirus responsabili del carcinoma della cervice uterina (HPV).

Nel 2016 in Alto Adige sono state somministrate, alla popolazione d'età inferiore a 18 anni, 53.037 dosi vaccinali; di queste il 38,8% si riferiscono a vaccinazioni obbligatorie per legge ed il 95,9% a vaccinazioni obbligatorie o raccomandate.



Le coperture vaccinali a 24 mesi per la coorte di nascita del 2014 presentano, a livello provinciale, valori inferiori al livello ottimale del 95%; ancora insufficiente è la copertura contro il morbillo.

La sorveglianza delle malattie infettive si basa in particolare sul Sistema Malattie Trasmissibili (SMT), che prevede il coinvolgimento del medico curante, ospedaliero o di base, il quale diagnostica la malattia infettiva ed effettua la segnalazione ai servizi di igiene e sanità pubblica dell'Azienda Sanitaria. Gli operatori dei servizi, in base all'eziopatogenesi ed alla rilevanza epidemiologica della patologia, adottano le adeguate misure di profilassi a tutela della salute pubblica.

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 sottoposte ad obbligo di notifica: le più numerose in particolare sono quelle condotte in caso di infestazioni da ectoparassiti, ovvero infezioni causate dal virus dell'influenza A sottotipo H1N1, salmonellosi, campylobacter ed altri agenti responsabili di tossinfezioni alimentari. Tale attività di profilassi ha coinvolto, nel corso del 2016, soprattutto collettività per un totale di 1.258 persone.

Relativamente alla tubercolosi, le necessarie attività di profilassi vengono svolte in tutto il territorio provinciale dal servizio Pneumologico aziendale.

Nel corso dell'anno sono state eseguite 2.207 prove di cutireazione alla tubercolina, la diminuzione delle vaccinazioni è da porre in relazione essenzialmente al cambiamento nella normativa prevista a livello nazionale (L. 388/2000), ed alle indicazioni contenute in recenti linee guida redatte da alcune so-

cietà scientifiche che riducono ulteriormente le attività di profilassi della tubercolosi, concentrandosi di fatto solo su alcuni selezionati gruppi a rischio (neonati o bambini appartenenti a gruppi ad alto rischio di infezione ed operatori che lavorano in ambienti ad alto rischio di esposizione).

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). 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.

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. Nel 2016 sono stati eseguiti nel territorio provinciale 588 interventi di disinfezione e di disinfestazione. L'83,3% di questi è stato effettuato in strutture pubbliche, e il rimanente 16,7% presso spazi ed edifici privati.

3.3. TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

In questo sottolivello sono comprese tutte le attività e le prestazioni finalizzate alla tutela della salute e della sicurezza della comunità, con particolare riferimento ai rischi connes-

si agli ambienti di vita (strutture a carattere collettivo, edifici in relazione alle diverse utilizzazioni, piscine pubbliche o private aperte al pubblico, laboratori di produzione e di commercializzazione dei prodotti cosmetici, centri di bellezza ed estetica, cimiteri) ed agli ambienti di lavoro.

3.3.1. AMBIENTI DI VITA

Indicatori di sintesi

- Campioni di acqua di piscina non regolari alle analisi chimico-fisiche: **9,1%**
- Campioni di acqua di piscina non regolari alle analisi microbiologiche: **4,4%**
- Attività di vigilanza e controllo sui cosmetici: **140** controlli

L'attività di controllo, vigilanza e accertamento delle condizioni igienico-sanitarie delle strutture a carattere collettivo, in relazione alle diverse utilizzazioni, viene svolta principalmente dai servizi di igiene e sanità pubblica. I servizi eseguono i controlli analitici sulle condizioni di salubrità e sicurezza degli edifici, con attenzione sia agli utenti che ai lavoratori. Forniscono, inoltre, assistenza agli enti preposti ed ai soggetti gestori delle strutture nella definizione di eventuali azioni di miglioramento delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici.

Nel 2016, sono state valutate le condizioni igienico sanitarie di 263 strutture provinciali di carattere collettivo; tra queste, le strutture maggiormente controllate sono state le strutture sociali (case di riposo, centri diurni per anziani, 30,8%) e le strutture sanitarie private (44,1%).

I servizi di igiene e sanità pubblica svolgono, inoltre, attività di controllo delle piscine pubbliche o private aperte al pubblico. In tale ambito vengono effettuate verifiche e controlli analitici delle acque per tutti gli impianti natatori e piscine destinate a scopo ludico-ricreativo o riabilitativo.

Nel 2016, sono stati prelevati 340 campioni di acqua di piscina per eseguire analisi chimico-fisiche; il 9,1% di tali campioni ha evidenziato difformità rispetto ai valori di parametro. Nella lettura di tale dato occorre tener conto che le piscine sono impianti complessi, le cui condizioni fisico-chimiche sono soggette a variazioni continue in base alla tipologia dell'impianto, alla temperatura dell'acqua, alle condizioni meteo, al numero e tipologia di bagnanti come pure ad altri fattori interferenti. Analisi microbiologiche sono state effettuate su 666 campioni, il 4,4% dei quali è risultato non regolare.

Le norme per l'attuazione delle direttive della Comunità Europea sulla produzione e la vendita dei prodotti cosmetici sono contenute nella legge n. 713 dell'11 ottobre 1986, e relative modifiche ed integrazioni.

Il Ministero della salute ha il compito di assicurare la sicurezza dei prodotti cosmetici presenti sul mercato.

Per la realizzazione di tale obiettivo opera su due fronti:

- raccoglie e verifica eventuali segnalazioni di reazioni avverse dovute all'impiego di prodotti cosmetici regolari (conformi alla L. 713/86);
- attua la sorveglianza sul territorio volta a verificare e contrastare la vendita e la distribuzione di prodotti cosmetici irregolari (non conformi alla L. 713/86).

Ai servizi di igiene e sanità pubblica è affidata invece l'attività di controllo dei laboratori di produzione e di commercializzazione dei prodotti cosmetici, dei centri di bellezza ed estetica attivi in Provincia di Bolzano e dei centri per il tatuaggio e/o piercing.

Le attività della Sezione aziendale di Medicina ambientale sono svolte su tutto il territorio della Provincia di Bolzano. Nell'ambito dei controlli riguardanti l'amianto sono stati effettuati nel 2016 19 sopralluoghi per la rilevazione dello stato di conservazione dei tetti contenenti cemento amianto.

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.

3.3.2. 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.

La Sezione Clinica di Medicina del Lavoro effettua in prevalenza visite mediche ed accertamenti clinici sui lavoratori e tutte le at-

tività attribuite al medico competente di cui all'art. 25 d.legisl. 81/2008. Le visite vengono eseguite da medici dipendenti dell'Azienda Sanitaria. 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.

3.4. SALUTE ANIMALE E IGIENE VETERINARIA

Indicatori di sintesi

- Test eseguiti per la prevenzione di malattie infettive dei bovini: circa **87.000**
- Test eseguiti per la prevenzione di malattie infettive di ovi-caprini: circa **34.000**
- Test eseguiti per la prevenzione di malattie infettive dei suini: circa **14.000**
- Test eseguiti per la prevenzione di malattie infettive dei volatili: circa **270**

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.

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.

Il secondo settore, invece, assicura la tutela igienica e sanitaria 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 2016 sono state effettuate attività di profilassi delle patologie animali e piani di risanamento che hanno riguardato la tubercolosi bovina (TBC), la brucellosi bovina ed ovi-caprina, la brucella ovis, la rinotracheite bovina infettiva (IBR), la malattia vescicolare suina, la peste suina, il morbo di Aujeszky, la leucosi bovina enzootica, la diarrea virale bovina BVD/MD (anticorpi e virus), la Blue Tongue, la malattia da virus dell'artrite-en-

cefalite dei caprini (CAEV), la malattia da virus Maedi Visna, la paratubercolosi, la setticemia emorragica virale (VHS) e la necrosi ematopoietica infettiva (IHN) dei pesci.

Oltre alle prove sierologiche sugli animali, sono state controllate anche le singole aziende, conducendo specifici test sul latte di cisterna. Nel 2016 sono state eseguite circa 87.000 analisi su bovini, 34.000 su ovi-caprini e 14.000 su suini per la prevenzione di malattie infettive.

La Provincia di Bolzano partecipa, inoltre, ad un programma nazionale di sorveglianza della Blue Tongue, nell'ambito del quale sono stati prelevati 1.150 campioni di sangue bovino.

Nell'ambito del piano provinciale mangimi sono stati eseguiti 190 controlli negli allevamenti sui mangimi, 30 campioni su prodotti geneticamente non modificati e 600 ispezioni per il controllo della somministrazione di mangimi.

3.5. SICUREZZA ALIMENTARE

Indicatori di sintesi

- Strutture controllate con riferimento agli alimenti di origine animale con infrazioni riscontrate: **36,5%**
- Strutture controllate con riferimento agli alimenti di origine non animale con infrazioni riscontrate: **44,8%**
- Reti pubbliche per acque ad uso potabile controllate: **100,0%**

La normativa comunitaria (Regolamento CE n. 178/2002) affida agli operatori del settore alimentare (OSA) la responsabilità della sicurezza dei prodotti alimentari, già a partire dalla produzione primaria, fino alla loro trasformazione e vendita al consumatore finale.

I controlli ufficiali circa il rispetto delle regole comunitarie in materia di igiene e sicurezza degli alimenti e bevande sono attuate dalle autorità competenti (Ministero della Salute, regioni e province autonome, aziende sanitarie locali), sulla base della disciplina contenuta nel Regolamento CE n. 882/2004. Tali controlli iniziano già a livello della produzione primaria e possono riguardare ogni fase della preparazione, stoccaggio, trasporto, vendita e somministrazione, inclusi gli stabilimenti, i locali, le attrezzature con cui tali attività si compiono. Il nostro ordinamento statale prevede che i controlli sugli alimenti di origine animale vengano condotti dai servizi veterinari, mentre l'attività di controllo degli alimenti di origine non animale spetta ai servizi di igiene e sanità pubblica.

Nel 2016, il servizio Veterinario aziendale ha sottoposto a controllo complessivamente 2.026 unità, di cui 740 hanno evidenziato infrazioni. Inoltre, ha effettuato mediamente 1,4 ispezioni per unità controllata. La percentuale di unità irregolari sul totale unità controllate risulta pari al 36,5%.

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.

Nel 2016, i servizi di igiene e sanità pubblica hanno controllato 1.443 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 (53,3% del totale delle unità controllate). A livello provinciale, la percentuale di unità riscontrate con infrazioni sul totale delle unità controllate è risulta pari al 44,8%.

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.

Con riferimento all'attività di controllo delle acque ad uso potabile effettuata sulle reti pubbliche, si osserva che la percentuale di campioni non regolari all'utenza si attesta su valori bassi, pari al 1,1% per le analisi chimico-fisiche ed al 3,2% per le analisi microbiologiche. I parametri che più spesso risultano fuori limite sono il ferro (in gran parte a causa della scarsa mineralizzazione delle nostre acque di montagna, che innesca facilmente 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 a processi di neutralizzazione di tali tipi di acque).

Non si segnalano, invece, nelle acque destinate ad uso umano superamenti dei limiti vi-

genti per quanto riguarda la concentrazione dei nitrati, dei metalli pesanti, degli idrocarburi policiclici aromatici, dei solventi clorurati e degli antiparassitari/diserbanti.

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. Si occupano, inoltre, del rilascio degli attestati di idoneità alla vendita di funghi freschi.

3.6. ATTIVITÀ MEDICO-LEGALI E DI MEDICINA DELLO SPORT

In questo sottolivello sono comprese tutte le attività e le prestazioni finalizzate alla emanazione di pareri e giudizi tecnici in merito alle varie e spesso complesse problematiche della dottrina medico-legale in ambito sanitario, con particolare riferimento agli accertamenti ed attività certificativa nell'ambito della disabilità, ai pareri su richiesta della pubblica amministrazione in applicazione di norme e regolamenti, alle visite di controllo sui lavoratori assenti dal servizio per motivi di salute (visite fiscali).

Vengono descritte, inoltre, in questa parte della relazione, le attività e le prestazioni volte al rilascio dei certificati di idoneità alla pratica sportiva agonistica.

3.6.1. ATTIVITÀ DEI SERVIZI DI MEDICINA LEGALE

Indicatori di sintesi

- Visite per patenti di guida veicoli e natanti: **23.816**
- Autorizzazioni delle prescrizioni di protesi/ortesi/ausili: **9.473**
- Accertamenti sanitari per il porto d'arma: **1.151**
- Certificati per gli sport agonistici rilasciati: **26.732**
- Checkup medico sportivo: **104**

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

ed 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.

Alcune prestazioni di medicina legale vengono effettuate anche dal personale dei servizi di igiene e sanità pubblica e dai medici igienisti distrettuali della Provincia, in particolare accertamenti sanitari per il porto d'arma e visite per le patenti di guida di veicoli e natanti.

Presso gli uffici dell'Assessorato alla sanità i cittadini dell'Alto Adige hanno la possibilità di inoltrare istanza di ricorso contro una serie di decisioni prese dai Comprensori sanitari dell'Azienda sanitaria altoatesina oppure dagli stessi uffici provinciali. Gli utenti pos-

sono avvalersi della Commissione provinciale ricorsi per i seguenti aspetti: mancato rimborso di spese di assistenza ospedaliera o di assistenza specialistica indiretta, mancata concessione di un ausilio protesico, mancata accettazione della domanda di invalidità civile, accertamento della situazione di gravità di una persona handicappata e concessione dei relativi benefici di cui alla Legge 104/92, ed inoltre in caso di concessione del contrassegno parcheggio per invalidi, cicli di cure riabilitative, esenzione dall'obbligo delle cinture di sicurezza, idoneità psico-fisica al lavoro, patente di servizio.

3.6.2. ATTIVITÀ DEI SERVIZI DI MEDICINA DELLO SPORT

Indicatori di sintesi

- Certificati per gli sport agonistici rilasciati: **26.732**
- Visita specialistica, compreso esame ORL, screening neurologico, visivo ove previsti: **3.671**
- Checkup medico sportivo: **104**

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 bene-

ficio degli atleti di tutta la Provincia, secondo un protocollo concordato. I servizi di medicina dello sport risultano attivi nei comprensori sanitari di Bolzano, Bres-

sanone e Brunico, mentre nel Comprensorio Sanitario di Merano le prestazioni di medicina sportiva vengono erogate dal servizio di Bolzano.



CAPITOLO 4

ASSISTENZA TERRITORIALE



L'assistenza territoriale comprende tutte le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali, alle strutture semiresidenziali e residenziali.

4. ASSISTENZA TERRITORIALE

Il Piano Sanitario Provinciale, in conformità a quanto previsto dalla normativa nazionale, prevede il livello essenziale di "assistenza distrettuale".

L'obiettivo del livello è quello di garantire le seguenti prestazioni:

1. Assistenza sanitaria di base
2. Attività di emergenza sanitaria territoriale
3. Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali
4. Assistenza integrativa
5. Assistenza specialistica ambulatoriale
6. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
7. Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale
8. Assistenza termale.

Sono proprie del Servizio di medicina di base le funzioni di prevenzione, di educazione sanitaria, nonché il trattamento in regime ambulatoriale, domiciliare e semiresidenziale di forme morbose e inabilità mediante interventi di 1° livello e di pronto intervento di tipo diagnostico, terapeutico e riabilitativo e, ancora, la promozione attraverso trattamenti in regime residenziale, del recupero

dell'autonomia di soggetti non autosufficienti e di anziani.

Nell'ambito dell'area territoriale assume importanza strategica il distretto sanitario, unità tecnico-funzionale del Servizio di medicina di base. La valorizzazione e la promozione del distretto sanitario sono ormai principi e criteri consolidati della politica sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano. Al distretto sanitario si aggiunge quello sociale. Entrambi hanno lo stesso bacino d'utenza e dispongono di una sede comune che riunisce tutti i servizi sia del distretto sanitario che del distretto sociale. Gli enti gestori dei servizi sociali sono le Comunità Comprensoriali e a Bolzano l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano. In tutti i distretti sociali vengono offerte se non altro l'assistenza socio-pedagogica, l'assistenza economica sociale e l'assistenza domiciliare.

Per i distretti di maggiore dimensione, oltre alla sede centrale sono previste strutture di appoggio, definite come punti di riferimento.

4.1. ASSISTENZA DISTRETTUALE

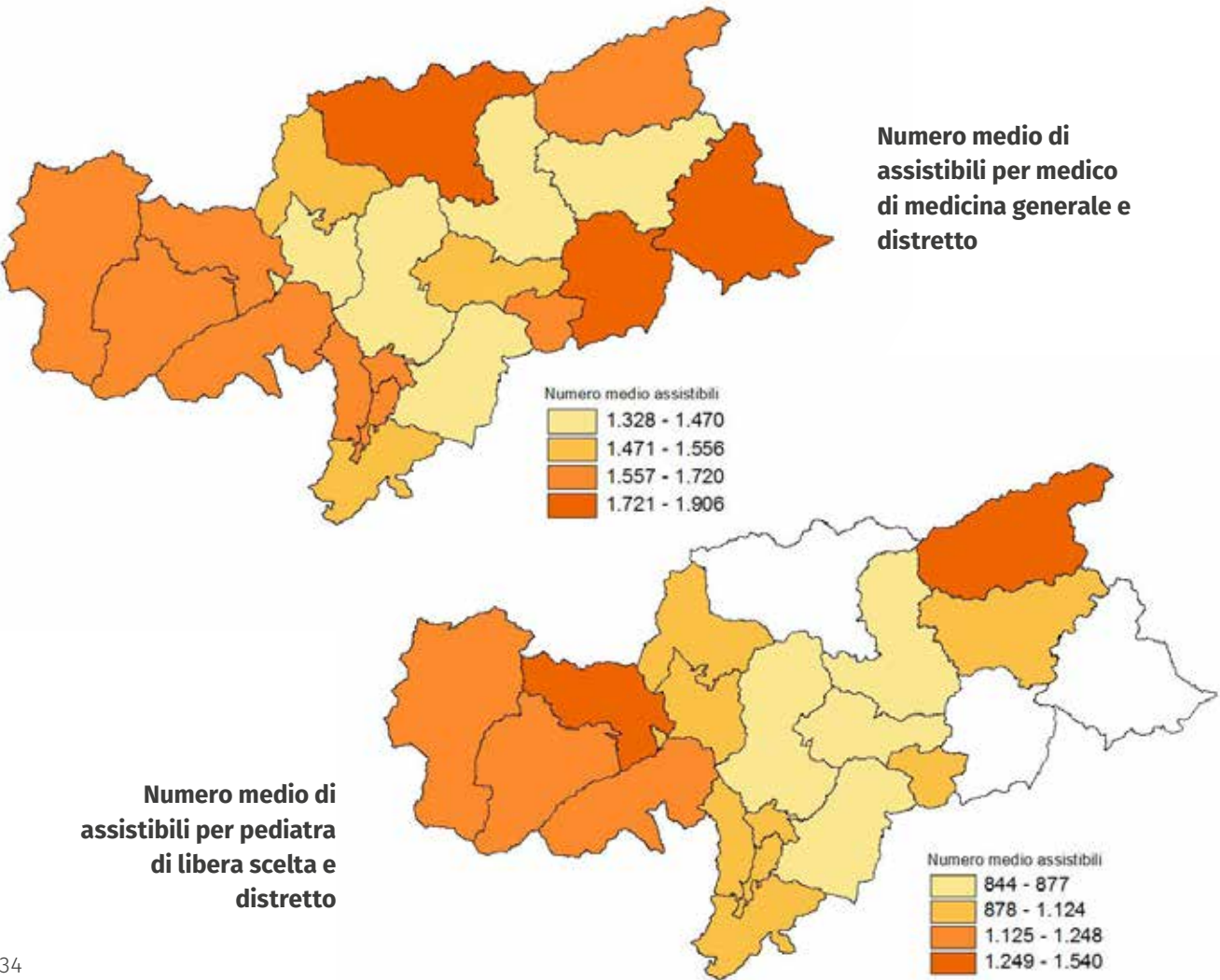
Indicatori di sintesi

- Importo finanziato per la realizzazione e/o all'ammodernamento degli edifici delle sedi e dei punti di riferimento di distretto, dal 1988 ad oggi: circa **139** milioni di Euro

Per la realizzazione del programma d'investimenti finalizzati alla realizzazione e/o all'ammodernamento degli edifici delle sedi e dei punti di riferimento, dal 1988 ad oggi la Giunta Provinciale ha impegnato circa 139 milioni di Euro, a fronte di una spesa totale programmata di circa 151 milioni di Euro.

Questo importo comprende tutti gli investimenti effettuati dal 1988 e diverse soluzioni provvisorie. Circa un terzo degli investimenti effettuati riguarda il distretto sociale. Nel 2016 é stato attivato il 3. lotto della sede di distretto di Bressanone-Circondario e il distretto Chiusa-Circondario è stato ristrutturato ed ampliato. Sono terminati i lavori per la nuova sede del distretto Alta Valle Isarco, da concludere le sistemazioni degli esterni. Inoltre sono proseguite le progettazioni per

nuove sedi di distretto (Bolzano/Oltrasarco-Asiago, Brunico-Circondario) ed anche per ampliamenti o ristrutturazioni di sedi esistenti Merano-Circondario, Val Badia, Laves-Bronzolo-Vadena ecc..



4.1.1. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

Indicatori di sintesi

- Medici di medicina generale: **280** (al 31 dicembre 2016)
- Pediatri di libera scelta: **63** (al 31 dicembre 2016)

Nel 2016 le persone che avevano espresso la scelta del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta erano 506.509, di cui 441.110 risultavano in carico ai medici di medicina generale e 65.399 erano seguite dai pediatri di libera scelta. Gli assistibili con età inferiore ai 14 anni erano 73.412, l' 84,9% dei quali era seguito da un pediatra di libera scelta. Al 31 dicembre 2016 i medici di base convenzionati con il Servizio Sanitario Provinciale erano complessivamente 343, ovvero 280 medici di medicina generale e 63 pediatri di libera scelta. Il numero medio di assistiti era di 1.575 assistibili per medico di medicina generale e di 1.038 assistibili per ogni pediatra di libera scelta. Rispetto alle altre regioni italiane, tali indicatori risultano superiori alla media nazionale (i valori medi italiani per l'anno 2013*, ultimo dato nazionale disponibile, erano di 1.160 assistibili per medico di medicina generale e 890 assistibili per pediatra di libera scelta). Salvo eccezioni motivate, la normativa provinciale stabilisce quale rapporto ottimale un medico di medicina generale ogni 1.500 abitanti. Si rileva che in solo 17 distretti sanitari su 20 è operante almeno un pediatra di libera scelta. Al 31 dicembre 2016, il 10,7% dei medici di medicina generale superava il massimale di 2.000 assistiti e il 30,2% dei pediatri superava il massimale di 1.200 assistiti.

Nel corso del 2016, i medici di medicina generale hanno erogato circa 133.000 prestazioni aggiuntive (le più frequenti riguardano vaccinazioni non obbligatorie, le medicazioni ed asportazioni di tappo di cerume). I pediatri di libera scelta hanno erogato nel 2016 circa 56.000 prestazioni aggiuntive (le più frequenti riguardano la pulsiossimetria, le vaccinazioni e il tampone faringeo).

*Fonte: Annuario statistico del SSN – Ministero della Salute 2013

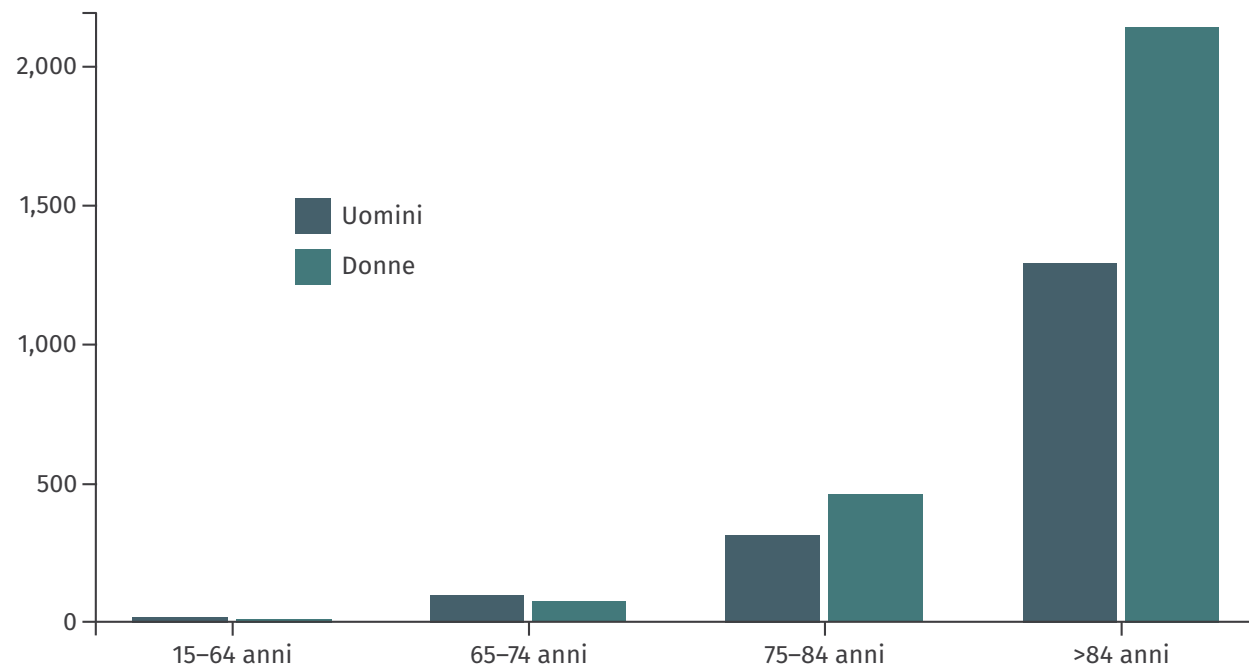
4.1.2. ASSISTENZA DOMICILIARE ED INFERMIERISTICA

Indicatori di sintesi

- Pazienti in assistenza domiciliare programmata (ADP): **5.011**
- Pazienti in assistenza domiciliare integrata (ADI): **903**
- Prestazioni infermieristiche dirette all'utente: circa **1.425.000**

Nel 2016 il numero di pazienti seguiti in assistenza domiciliare programmata (ADP) dai Servizi di medicina di base della Provincia di Bolzano è stato di 5.011. Questo valore è più alto rispetto agli anni precedenti (dal 2011 al 2014 si registravano in media ca. 2.300 pazienti ADP; nel 2015 il valore è salito a 4.459 pazienti). L'aumento significativo é dovuto all'eliminazione dell'importo forfettario a favore dei medici di medicina generale per l'assistenza ai pazienti non autosufficienti nei centri di degenza. Dopo la disdetta dell'accordo collettivo provinciale, i medici di medicina generale hanno richiesto il rimborso per i loro pazienti non autosufficienti assistiti nei centri di degenza tramite l'assistenza domiciliare programmata.

Assistiti in domiciliare programmata per classi di età e sesso (tasso per 10.000 ab.)



Nel 2016 c'è stato un ulteriore aumento di oltre il 12%. Ciascuno dei medici di medicina generale impegnati, pari al 75,7% di quelli operanti sul territorio provinciale, ha seguito in media 24 pazienti. L'85,5% dei pazienti seguiti in ADP aveva un'età superiore ai 75 anni. Il tasso di assistenza domiciliare programmata risulta per la Provincia pari a 113 pazienti ogni 10.000 abitanti. L'assistenza domiciliare programmata per adulti è stata prevalentemente erogata per grave insufficienza cardiaca NYHA 3-4 (22,4%), per demenza senile/Alzheimer (18,3%), per malattie degenerative delle ossa e delle articolazioni (11,5%) e per ictus con paresi (8,4%).

Nel 2016 il numero di pazienti seguiti in assistenza domiciliare integrata (ADI) dai Servizi di medicina di base è stato di 903 (725 pazienti nel 2014 e 760 nel 2015). Il tasso di

assistenza domiciliare integrata risulta per la Provincia pari a 20 pazienti ogni 10.000 abitanti. Il 70,4% dei medici di medicina generale della Provincia Autonoma di Bolzano è stato coinvolto nel 2016 in programmi di assistenza domiciliare integrata; mediamente su ogni paziente sono stati effettuati 2,3 interventi al mese, con l'apporto di diverse figure professionali. Il 69,5% dei pazienti seguiti in ADI presentava un'età superiore ai 75 anni. Complessivamente nel 2016, il 37,1% dei pazienti seguiti a domicilio in forma integrata risulta affetto da tumori, il 10,3% risulta affetto da grave insufficienza cardiaca NYHA 3-4, il 9,3% da demenza senile/Alzheimer e l'8,4% da ictus con paresi.

Risultano essere 33, invece, i bambini seguiti in assistenza domiciliare programmata o integrata da parte di pediatri di libera scelta.

Per i confronti con le altre regioni italiane si rinvia al sito www.istat.it/sanita/Health/.

Le prestazioni infermieristiche dirette all'utente rilevate nel 2016 in tutto il territorio provinciale sono state 1.424.994. L'attività più frequente è costituita dal prelievo di sangue venoso con 204.904 prestazioni, segue l'educazione della persona e/o della famiglia ai fini della prevenzione, responsabilizzazione igienico-sanitaria e adesione al programma di intervento (147.018 prestazioni). Il personale infermieristico ha svolto un ruolo molto importante anche nella preparazione e/o somministrazione di farmaci (140.255 prestazioni) e nell'attività di misurazione di parametri vitali e/o valutazione dello stato di uno o più organi-sistemi con 135.347 prestazioni.

4.1.3. ASSISTENZA CONSULTORIALE MATERNO-INFANTILE

Indicatori di sintesi

- Prestazioni delle assistenti sanitarie: **230.487**
- Prestazioni delle ostetriche: **32.533**

A livello provinciale le assistenti sanitarie operanti nei consultori pediatrici hanno erogato complessivamente, durante l'anno 2016, 230.487 prestazioni (oltre il 50% nel solo comprensorio di Merano).

L'attività svolta da questa figura nei consultori pediatrici è costituita soprattutto dalla misurazione di parametri vitali e/o valutazione dello stato di uno o più organi-sistemi del neonato e della prima infanzia (19,8%), dalla consulenza all'unità madre-bambino (18,7%), dall'educazione della persona e/o della famiglia ai fini della prevenzione, responsabilizzazione igienico-sanitaria e ade-

sione al programma di intervento (16,9%) e dalla prestazione NAS (8,8%).

Sono 7 i distretti sanitari che registrano la presenza del pediatra nei consultori materno-infantili. Nel 2016 si sono rilevate 3.340 prestazioni erogate da pediatri presso i consultori pediatrici provinciali.

A livello provinciale le ostetriche operanti nei consultori ostetrico-ginecologici hanno erogato complessivamente, durante l'anno 2016, 32.533 prestazioni. L'attività svolta da questa figura nei consultori ostetrico-ginecologici provinciali è costituita soprattutto dalla consulenza all'unità madre-bambino (20,5%), dalla visita dell'ostetrica (13,0%) e dall'elaborazione del dossier della persona (11,8%).

Nel 2016 si sono rilevate 12.749 prestazioni erogate da ginecologi presso i consultori provinciali.

Nei distretti sanitari ove non operano ginecologi, pediatri ed ostetriche il cittadino può rivolgersi alle rispettive strutture ospedaliere.

4.2. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Indicatori di sintesi

- Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate: **8.206.367**
- Valore tariffario complessivo: **126** mio Euro
- Importo ticket incassato: **22** mio Euro

Il Servizio Sanitario Provinciale garantisce le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale che consistono in visite effettuate da medici specialisti, accertamenti di

diagnostica strumentale e di laboratorio e prestazioni terapeutiche e riabilitative.

I dati presentati si riferiscono alle prestazioni di specialistica ambulatoriale contenute nel nomenclatore tariffario provinciale e rilevate attraverso il flusso informativo della specialistica ambulatoriale (flusso SPA). Sono incluse anche le prestazioni specialistiche di Pronto Soccorso e di Osservazione Breve Intensiva non seguite da ricovero e le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private in regime di convenzione; non vengono considerate, invece, le prestazioni erogate dalle strutture private in regime di "assistenza specialistica indiretta", in quanto non esiste un flusso informativo che rilevi tale attività.

Il ricorso all'assistenza specialistica da parte dei residenti della Provincia Autonoma di Bolzano viene quantificato dal rapporto fra le prestazioni erogate ai residenti, presso le strutture sanitarie provinciali, nazionali ed austriache, e la popolazione residente. Nel 2016, il tasso di consumo di prestazioni specialistiche è risultato pari a 15,2 prestazioni per ogni residente in Provincia.

4.2.1. PRESTAZIONI EROGATE

Nel 2016 sono state erogate presso le strutture provinciali 8.206.367 prestazioni di specialistica ambulatoriale; di queste il 98,5% sono state effettuate in strutture pubbliche. Il numero complessivo delle prestazioni ha evidenziato un aumento rispetto a quanto rilevato nel 2015 (+0,5%)

L'importo tariffario complessivo delle prestazioni erogate ammonta a 125.499.376,09 Euro, mentre la partecipazione del paziente alla spesa sanitaria, misurata attraverso il ticket, è pari a: 21.706.996,88 Euro (di cui il

98,1% incassato da strutture pubbliche).

Il 60,6% del totale delle prestazioni pubbliche e private è stato erogato a favore di pazienti esenti, il 4,7% a pazienti che pagano solo metà dell'importo ticket (figli fiscalmente a carico dei genitori) e il 2,2% paganti in proprio. Il restante 32,5% delle prestazioni è stato usufruito da pazienti non esenti.

Il nomenclatore tariffario provinciale distingue le prestazioni di specialistica ambulatoriale secondo le diverse branche specialistiche, che si possono raggruppare in tre macro-categorie: diagnostica per immagini (medicina nucleare e radiologia diagnostica), laboratorio, riabilitazione e tutte le altre branche. Analizzando la distribuzione delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche, si osserva che il 61,1% è rappresentato da prestazioni di laboratorio, il 5,9% da prestazioni di diagnostica per immagini, il 7,4% da prestazioni riabilitative e il 25,6% si riferisce ad altra attività clinica.

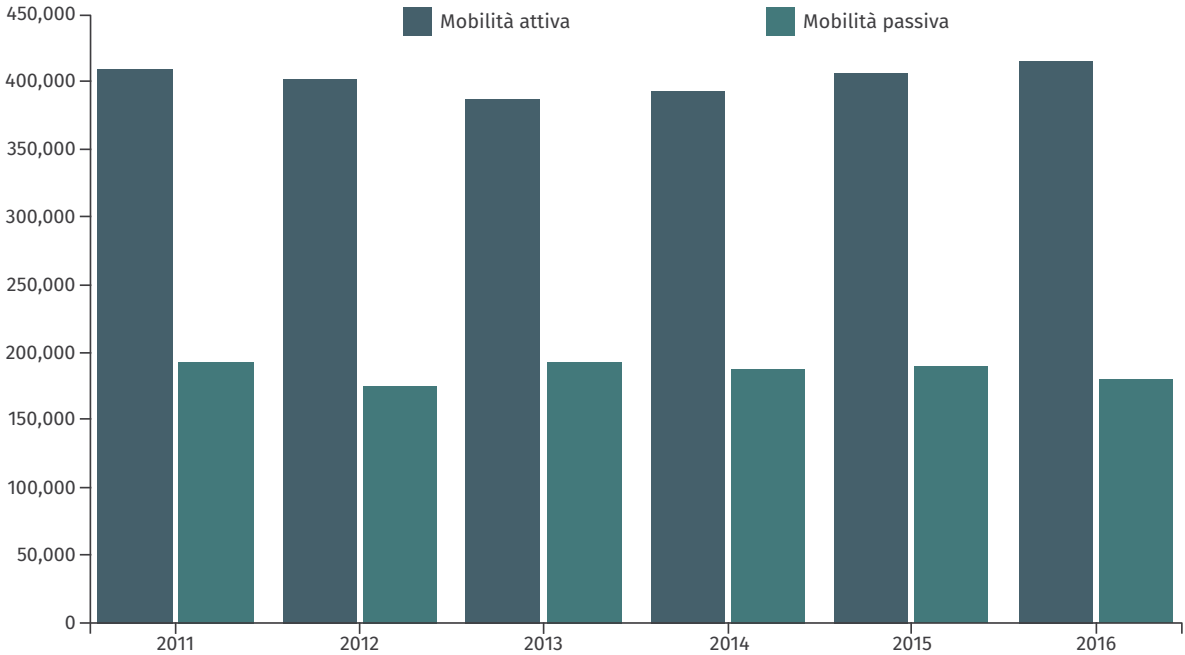
La distribuzione percentuale per branca specialistica si modifica considerevolmente se si analizza il valore tariffario delle prestazioni erogate: prestazioni di laboratorio 23,0%, prestazioni di diagnostica per immagini 18,7%, riabilitazione 8,1% ed altra attività clinica 50,2%.

I Pronto Soccorso hanno erogato il 15,7% delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, percentuale che rimane quasi invariata se si considera il valore tariffario di queste prestazioni sul totale.

La maggior parte delle prestazioni erogate dalle strutture private appartengono alla branca della Riabilitazione (74,6%), seguita da altra attività clinica (13,2%).

Nel 2016 l'Azienda Sanitaria ha corrisposto alle strutture private o ai liberi professionisti convenzionati 5.018.691,51 Euro, a fronte di un

Mobilità attiva e passiva delle prestazioni specialistiche ambulatoriali



valore tariffario complessivo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime di convenzione pari a 5.439.029,90 Euro.

4.2.2. MOBILITÀ PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Indicatori di sintesi

- Mobilità attiva: **270.077** prestazioni erogate in Provincia a residenti di altre regioni italiane e **146.391** a residenti all'estero
- Mobilità passiva: **115.436** prestazioni erogate presso strutture di altre regioni italiane e **65.343** presso strutture austriache a favore di residenti in Alto Adige
- Saldo della mobilità attiva e passiva: **154.641** prestazioni

L'analisi della mobilità specialistica interregionale considera tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture provinciali a favore di pazienti residenti in altre regioni italiane (mobilità attiva), nonché le prestazioni erogate dalle altre regioni a favore di pazienti altoatesini (mobilità passiva).

Nel 2016, in tendenza con gli anni precedenti, la Provincia ha presentato un saldo della mobilità interregionale pari a 154.641 prestazioni, ovvero 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 tra mobilità attiva e passiva interregionale é positivo e pari a 806.155,36 Euro.

I pazienti non residenti che hanno usufruito maggiormente di prestazioni erogate da

strutture provinciali provengono dalla Provincia Autonoma di Trento (31,1%) e dal Veneto (26,0%).

4.3. ASSISTENZA RIABILITATIVA RESIDENZIALE

Indicatori di sintesi

- Ricoveri erogati dal Centro Terapeutico Salus Center: **646**
- Ricoveri complessivi erogati dal Centro Riabilitativo Bad Bachgart: **363**

L'assistenza riabilitativa residenziale nella Provincia Autonoma di Bolzano viene 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. La riabilitazione è rivolta a utenti affetti da patologie cardiologiche, che hanno conservato una sufficiente autonomia. I posti letto complessivi convenzionati per questa tipologia di assistenza riabilitativa ammontano nel 2016 a 42 unità, di cui 8 per la degenza in regime diurno. Nel 2016 sono stati erogati complessivamente 646 ricoveri (-15,9% rispetto al 2015 – Tabella 4.3.1). Il 50,0% dei pazienti è residente presso il Comprensorio sanitario di Bolzano, il 30,9% da quello di Merano; i residenti di Brunico e Bressanone coprono rispettivamente l' 11,0% e l' 8,0% del totale dei pazienti trattati nella struttura. Oltre al Salus Center, opera sul territorio provinciale anche il Centro Riabilitativo Bad Bachgart, presidio pubblico del Comprensorio Sanitario di Bressanone.

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 dedicata al trattamento residenziale dei problemi di dipendenza da alcool o da farmaci, di dipendenza combinata e/o di dipendenza da gioco d'azzardo. La durata dei trattamenti è di circa 8 settimane. L'area "psicosomatica/psicoterapia" 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. Nel 2016 sono stati registrati complessivamente 363 ricoveri (Tabella 4.3.2). Bad Bachgart eroga ricoveri / attività riabilitativa sia per pazienti residenti nella nostra Provincia, sia per pazienti non residenti (in Italia o all'estero).

4.4. ATTIVITÀ DI EMERGENZA SANITARIA

Indicatori di sintesi

- Interventi di Emergenza Sanitaria: **68.150** (media giornaliera di **187** interventi)
- 53.861** interventi ambulanze della Croce Bianca e **11.410** della Croce Rossa

Nel 2016 per il trasporto sanitario di persone o materiali, sono stati utilizzati dalle organizzazioni di soccorso Croce Bianca e Croce Rossa 10 automezzi di soccorso medicalizzati (NAW o NEF), 31 automezzi di soccorso avanzato di base (RTW), 7 automezzi di trasporto

misto (NKTW), 96 automezzi per il trasporto non urgente (KTW o LKTW) e 39 autovetture per il trasporto di esami di laboratorio, reagenti, plasma, ecc.

Il servizio di Elisoccorso è dotato di 2 elicotteri (Pelikan 1 e Pelikan 2), 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.

INTERVENTI DI EMERGENZA SANITARIA

Nel 2016 sono stati effettuati 68.150 interventi di Emergenza Sanitaria, pari ad una media giornaliera di circa 187 interventi. Nel 79,0% degli interventi hanno prestato soccorso le ambulanze della Croce Bianca, mentre nel 16,7% sono stati utilizzati automezzi di soccorso della Croce Rossa. Gli interventi di emergenza in elicottero sono stati gestiti dal servizio di Elisoccorso provinciale (3,1%) e dall'organizzazione di soccorso alpino Aiut Alpin Dolomites (1,2%). Per effettuare gli interventi di emergenza in ambulanza sono stati percorsi nel 2016 oltre un milione e settecentomila chilometri, pari ad una media di circa 26 chilometri per intervento. Sono stati effettuati, inoltre, 2.879 interventi in elicottero, per un numero complessivo di circa 1.700 ore di volo (circa 36 minuti di volo per intervento).

INTERVENTI DI TRASPORTO SANITARIO NON URGENTI

Nel 2016, il servizio di Trasporto Sanitario ha effettuato 104.039 trasporti sanitari pro-

grammati, pari ad una media di circa 285 interventi di trasporto al giorno. Nel 93,2% dei casi sono intervenute le ambulanze di trasporto della Croce Bianca, mentre nel 6,7% sono stati utilizzati automezzi di trasporto sanitario della Croce Rossa. Per effettuare i trasporti sanitari non urgenti sono stati percorsi nel 2016 circa 4 milioni di chilometri, per un valore medio di 40 chilometri per ciascun intervento di trasporto. Gli interventi in elicottero sono stati 115 (per esercitazioni e/o altri interventi non urgenti) per un totale di 149 ore di volo.

4.5. ASSISTENZA FARMACEUTICA

Indicatori di sintesi

- Confezioni farmaceutiche erogate dalle farmacie al pubblico: **6.281.370**
- Spesa lorda complessiva per assistenza farmaceutica territoriale: **61,4** mio Euro
- ca. **407.000** confezioni di farmaci distribuite direttamente dalle strutture sanitarie

Per assistenza farmaceutica territoriale si intendono i soli farmaci rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN - fascia A, farmaci essenziali e farmaci per malattie croniche) e distribuiti attraverso le farmacie al pubblico; l'erogazione avviene sulla base della prescrizione da parte di un medico curante e può essere gratuita o con la partecipazione totale o parziale dei cittadini alla spesa. Nell'anno 2016 il volume totale delle prescrizioni farmaceutiche erogate dalle farmacie territoriali in Provincia di Bolzano è rimasto abbastanza costante attestandosi attorno ai 3,0 milioni di ricette, per ca. 6,3 milioni di

confezioni farmaceutiche erogate (si registra un leggero calo nel numero di ricette dello 1,7% mentre il numero di confezioni farmaceutiche è rimasto pressoché uguale). La spesa lorda complessiva, pari a 61,4 milioni di euro ha registrato un leggero calo dello 0,6%.

Per assistenza farmaceutica in distribuzione diretta, si intendono i farmaci erogati dalle strutture sanitarie (ospedale, servizi territoriali..) o eventualmente attraverso le farmacie ma ‘per conto’ dell’azienda sanitaria, direttamente al paziente per il consumo al proprio domicilio. Nel 2016, escludendo le strutture residenziali, sono state ca. 407.000 le confezioni farmaceutiche distribuite direttamente ai pazienti dalle strutture sanitarie locali, per un costo di acquisto dei farmaci pari a 56,7 milioni di euro.

4.5.1. CONSUMO TERRITORIALE DI FARMACI

Indicatori di sintesi

- Ricette pro-capite: **5,6**
- Dosi giornaliere consumate in media dalla popolazione residente: **736** DDD
- I farmaci per il sistema **cardiovascolare** sono i più consumati

Nel 2016 il numero di ricette emesse dal Servizio Sanitario Provinciale è rimasto abbastanza costante attestandosi attorno ai 3,0 milioni di ricette, pari a un leggero calo del 1,7% rispetto all’anno precedente. Rimane invece costante il numero di confezioni erogate. In termini pro-capite si registrano 5,6 ricette per residente e una media pro-capite di 11,9 confezioni di medicinali (nel 2016, rimanendo invariati i valori di ricette e con-

fezioni ed aumentando demograficamente la popolazione, si registrano di conseguenza lievi diminuzioni nei valori pro-capite). I dati relativi al consumo di farmaci, evidenziano sostanziali differenze tra i sessi: 5,0 le ricette pro-capite per gli uomini e 6,2 per le donne; 685 dosi giornaliere di medicinali ogni 1.000 maschi residenti (pari a 10,9 confezioni pro-capite) a fronte di 785 dosi giornaliere ogni 1.000 altoatesine (pari a 12,8 confezioni pro-capite nell’intero anno). Sensibili differenze si riscontrano anche tra i diversi ambiti territoriali della provincia: si registra una variabilità che va da 4,2 ricette pro-capite del distretto della Val Gardena ad un massimo di 6,6 ricette pro-capite a Bolzano. In linea con il trend provinciale degli ultimi anni, emerge un profilo dell’assunzione più elevato di farmaci che non riguarda soltanto i grandi centri urbani quali Bolzano e Merano ma anche alcune aree extra-urbane come Laives-Bronzolo-Vadena e Val Passiria. Brunico continua invece ad evidenziare, contrariamente ai centri maggiori, un ricorso alle terapie farmacologiche più basso. Volendo osservare l’esposizione della popolazione ai farmaci, ovvero il rapporto tra il numero dei soggetti che hanno ricevuto almeno una prescrizione nel corso dell’anno e la popolazione di riferimento, per la Provincia di Bolzano si registra una prevalenza d’uso del 53,5% (oltre la metà della popolazione ha assunto almeno un farmaco nel corso del 2016). Nelle età più anziane il consumo di farmaci rimane nettamente maggiore, registrando almeno una prescrizione farmaceutica per quasi la totalità degli over 75 anni (96,7%), a conferma di come l’età sia il principale fattore predittivo dell’uso dei farmaci. I farmaci dell’apparato cardiovascolare rap-

presentano la principale categoria terapeutica in termini di DDD/1000 ab. die (44,4%), seguiti da quelli dell’apparato gastrointestinale e metabolismo (16,9%), categoria che nel 2016 fa registrare un aumento di consumo significativo rispetto agli anni passati. Rispetto ai dosaggi medi in termini di DDD/1.000, i residenti nel distretto sanitario della Val Passiria presentano per diverse categorie terapeutiche (Sistema Cardiovascolare, Sangue e organi emopoietici, Antimicrobici ecc..) il consumo più elevato all’interno della provincia: ad es. in Val Passiria nell’uso di antimicrobici generali per uso sistemico il dosaggio medio per popolazione residente del distretto è il doppio rispetto alla media provinciale (20,9 DDD/1000 ab. verso 10,3 DDD/1000 ab.). Le statine, impiegate nel trattamento delle iperlipidemie, farmaci del gruppo terapeutico cardiovascolare e tra i più prescritti sul territorio, necessitano di un utilizzo costante e continuativo nel tempo affinché risultino efficaci in termini terapeutici: analizzando il tasso di abbandono delle statine emerge come negli ultimi tre anni gli abbandoni alla terapia siano stati pari al 20,2% dei pazienti trattati (un 1 paziente ogni 5), segnalando, quindi, per questi casi un utilizzo del farmaco non appropriato. Nel corso degli ultimi anni, il tasso registra una continua flessione.

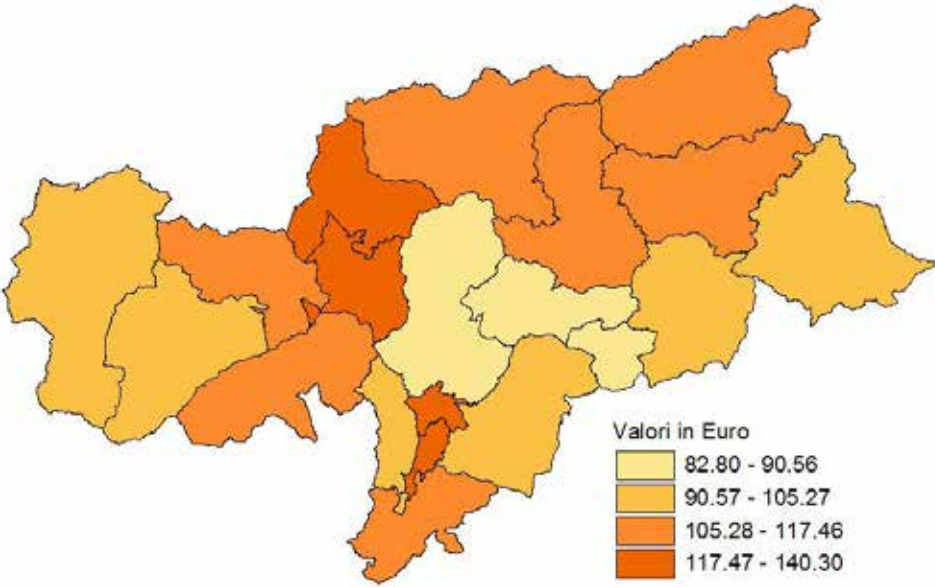
4.5.2. SPESA LORDA TERRITORIALE

Indicatori di sintesi

- Spesa lorda di farmaci erogati da farmacie sul territorio: **61,4** milioni di Euro
- Spesa lorda pro-capite per consumo farmaceutico territoriale: **117** Euro
- **Pantoprazolo** rimane il principio attivo, distribuito dalle farmacie territoriali, con spesa maggiore

La spesa generale lorda per i farmaci distribuiti attraverso le farmacie territoriali nel 2016 e rimborsati dal Servizio Sanitario Provinciale è rimasta abbastanza costante rispetto all’anno precedente attestandosi attorno a 61,4 milioni di Euro (se considerata la spesa netta, si registra un leggero calo rispetto al 2015 dello 0,35%). A livello nazionale*, invece, prosegue anche nel 2016 la tendenza ad un calo più significativo della spesa netta della farmaceutica convenzionata (oltre due punti percentuali in meno). Il Servizio Sanitario Provinciale ha speso mediamente circa 117 Euro pro-capite per i farmaci erogati dalle sole farmacie sul territorio (si passa da 83 Euro di spesa lorda pro-capite nel distretto sanitario della Val Gardena a 140 Euro pro-capite nel distretto di Bolzano). Rispetto all’anno precedente il distretto dell’Alta Val Venosta registra una diminuzione significativa della sua spesa media pari a meno 3,0€ pro-capite (rispettivamente si passa da 105€ pro-capite nel 2015 a 102€ nel 2016) seguito dal distretto di Merano-Circondario, che passa da 135€ pro-capite nel 2015 a 133€ nel 2016. Nella graduatoria generale dei gruppi terapeutici, il pantoprazolo (farmaco utilizzato contro ulcera gastrica e malattie del siste-

**Spesa lorda pro-capite
per farmaci della
popolazione residente
per distretto sanitario**



ma gastroesofageo) rimane al primo posto tra i principi attivi con maggiore spesa (ca. 2,0 milioni di Euro pari al 3,3% della spesa lorda totale sul territorio) seguito dal principio attivo della rosuvastatina (ca. 1,8 milioni di Euro pari al 3,0% della spesa lorda totale sul territorio). Tra i primi venti sottogruppi terapeutici per maggiore spesa (che da soli rappresentano oltre un terzo dell'intera spesa farmaceutica territoriale provinciale), la maggioranza appartiene a farmaci per il sistema cardiovascolare (statine, farmaci per la cura dell'ipertensione, cardiopatie e scompenso cardiaco)

4.5.3. DISTRIBUZIONE DIRETTA DEI FARMACI

Indicatori di sintesi

- **6,7%** della popolazione ha ricevuto direttamente dalle strutture sanitarie almeno un farmaco per la cura a domicilio
- Costo d'acquisto di farmaci erogati direttamente: ca. **56,7** milioni di euro
- Costo d'acquisto di farmaci erogati in strutture residenziali: ca. **2,8** milioni di euro

La distribuzione diretta è intesa come la dispensazione, per tramite delle strutture sanitarie, di medicinali ad assistiti per la somministrazione al proprio domicilio. Mentre tutti i medicinali, ad eccezione di quelli a solo uso ospedaliero, sono distribuiti (venduti) nelle farmacie territoriali, i medi-

cinali del PHT (Prontuario Ospedale-Territorio) possono essere acquistati dalle aziende sanitarie a condizione di favore ed essere distribuiti direttamente dai presidi sanitari pubblici o eventualmente distribuiti dalle farmacie, che concordano con la Provincia un compenso per il servizio (distribuzione per conto). Anche i farmaci distribuiti all'interno di strutture residenziali, come case di riposo, carcere.., vengono considerati farmaci in distribuzione diretta.

Nel 2016, non considerando i pazienti assistiti nelle strutture residenziali, il 6,7% della popolazione pari a ca. 35.000 persone, ha ricevuto almeno un farmaco direttamente dalla struttura sanitaria per la cura presso il proprio domicilio. I farmaci più distribuiti, in termini di confezioni, riguardano quelli per la cura delle malattie dell'apparato gastrointestinale/metabolismo seguiti da quelli per il sistema nervoso centrale. All'interno delle strutture residenziali, invece, prevale significativamente la distribuzione di farmaci per il sistema nervoso centrale (quasi il 45% del totale delle confezioni distribuite).

I principi attivi con maggiore spesa in regime di distribuzione diretta registrati nel 2016 corrispondono agli 'Altri antivirali' e al Sofosbuvir (in Italia commercializzato come Sovaldi), farmaci per la cura dell'epatite C, che con oltre 10,5 milioni di euro di costo di acquisto dei farmaci, rappresentano il 17,7% del totale della spesa (quasi un 1/5 della spesa totale). La spesa complessiva relativa ai farmaci erogati attraverso le strutture pubbliche (ospedali, servizi aziendali), è risultata pari a 56,7 milioni di euro. A questi vanno aggiunti un ulteriore 1,0 milione di euro ca. del costo di servizio per la distribuzione di una parte di questi farmaci attraverso le far-

macie sul territorio: ca. 132.000 le confezioni distribuite direttamente dalle farmacie per conto dell'Azienda Sanitaria. Il costo di acquisto di farmaci distribuiti all'interno delle strutture residenziali è di ca. 2,8 milioni di euro (oltre la metà della spesa riguarda la distribuzione di farmaci per pazienti ospiti di case di riposo e un terzo per pazienti seguiti in centri psichiatrici).

4.6. ASSISTENZA IN HOSPICE

Le strutture dedicate alle cure palliative dovrebbero far parte di una rete integrata di assistenza, realizzata attraverso il lavoro di equipe multidisciplinari specializzate, strutturata principalmente sull'assistenza domiciliare al malato ed alla sua famiglia. Quando questa forma di assistenza non è praticabile è previsto il ricovero in strutture denominate Hospice, a bassa tecnologia ma ad altissimo livello di prestazioni assistenziali.

La Legge n. 38/2010, che identifica due reti di assistenza che devono rispondere alle esigenze ed ai bisogni dei pazienti che necessitano di cure palliative e di quelli affetti da dolore cronico, prevede l'attivazione da parte del Ministero della Salute di una specifica rilevazione delle attività prestate con l'attivazione di un apposito sistema di monitoraggio.

Le linee guida nazionali per il monitoraggio dell'assistenza in regime di Hospice, di cui al Decreto Ministeriale del 6 giugno 2012, sono stato recepito dalla Provincia Autonoma di Bolzano con la Delibera 688/2013.

4.6.1. LE STRUTTURE

Indicatori di sintesi

- Accessi in hospice con attesa minore o uguale a tre giorni: **86,4%**
- Aaccessi in hospice negli ultimi tre giorni di vita: **12,1%**
- Accessi oncologici sul totale degli accessi: **94,1%**

Sono due le strutture provinciali che erogano assistenza in regime di Hospice: il servizio Hospice e cure palliative presso l’ospedale di Bolzano ed il cento palliativo presso la casa di cura Fonte San Martino. Presso l’ospedale di Bolzano sono disponibili 11 posti letto di degenza ordinaria ed un posto letto di Day Hospice, ulteriori 10 posti letto sono a disposizione presso la casa di cura Fonte San Martino. La capacità di soddisfare la richiesta di cure palliative è valutata attraverso il rapporto tra i posti letto in Hospice ed i deceduti per tumore nel territorio di riferimento. In Provincia di Bolzano si contano 1,9 posti letto ogni 100 deceduti per tumore, 1,4 la media nazionale. L’accesso all’assistenza è praticamente immediato, con tempi di attesa medi di un giorno. Il 86,4% degli assistiti accede all’Hospice entro tre giorni dalla ricezione della richiesta da parte della struttura. Un accesso su 8 avviene negli ultimi tre giorni di vita (12,1%).

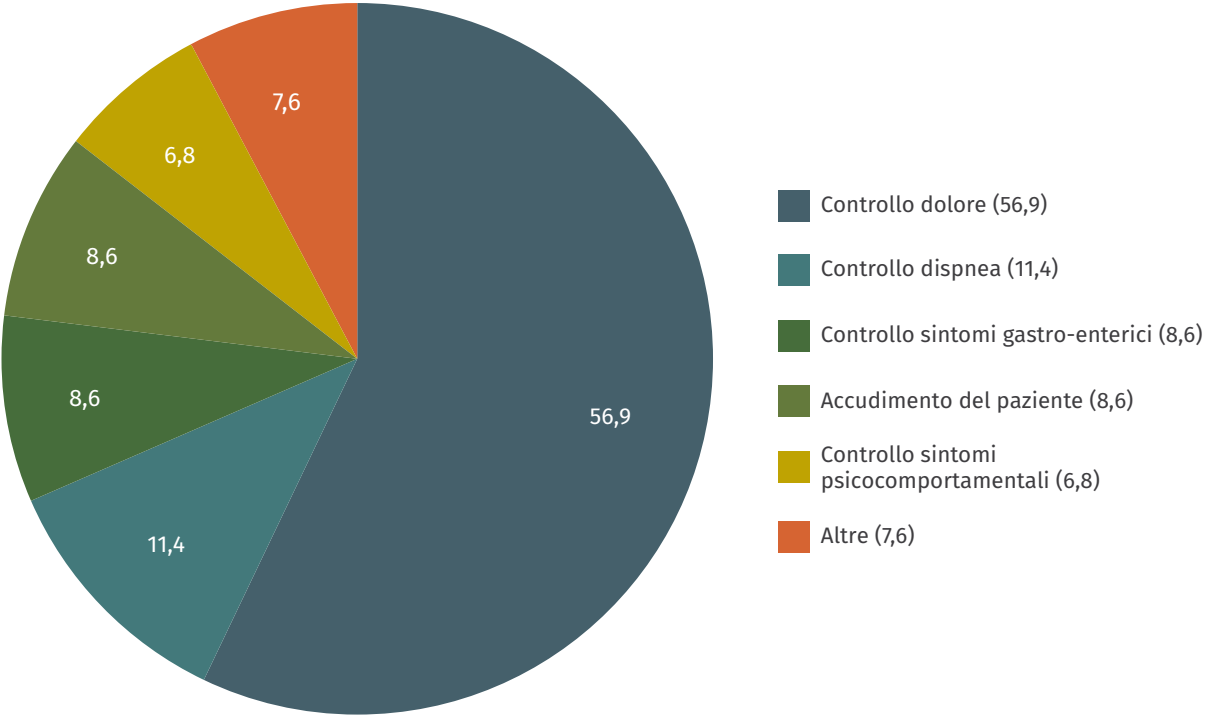
4.6.2. ATTIVITÀ DI HOSPICE

Indicatori di sintesi

- Accessi all’assistenza in Hospice: **564**
- Giornate di assistenza in regime di Hospice: **7.353**
- Degenza media in regime di Hospice: **13,0** giorni

Sono stati 564 gli accessi in Hospice nel corso del 2016, 139 dei quali in Day Hospice. Le giornate di assistenza erogate sono state 7.353 (514 in Day Hospice) per una durata media dell’assistenza pari a 13,0 giorni. I pazienti con diagnosi oncologica hanno rappresentato la quasi totalità degli accessi in Hospice (94,1%) ed il dolore correlato a neoplasia è stato il segno/sintomo clinico che ha caratterizzato nella maggior parte dei casi la presa in carico (48,9%). Altri segni e sintomi clinici importanti alla base della presa in carico sono state altre dispnee e anomalie respiratorie (11,0%) e altro malessere e affaticamento (14,0%). Nel 42,1% dei casi il motivo non clinico che ha caratterizzato la presa in carico è stato l’assenza del care-giver, nel 46,5% l’inadeguatezza dell’abitazione. La macroprestazione che sinteticamente più descrive l’assistenza erogata è appunto il controllo del dolore (54,1%), seguita dal controllo della dispnea (16,3%) e dal controllo dei sintomi gastro-enterici (8,7%).

Macroprestazioni dell'assistenza erogata



CAPITOLO 5

ASSISTENZA OSPEDALIERA



L'assistenza ospedaliera garantisce il trattamento di condizioni patologiche che necessitano di interventi diagnostico-terapeutici di emergenza o di urgenza, patologie acute non gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare, e condizioni patologiche di lunga durata che richiedono un trattamento diagnostico-terapeutico non erogabile in forma extraospedaliera.

5. ASSISTENZA OSPEDALIERA

Le principali attività che costituiscono il livello essenziale di "assistenza ospedaliera" sono identificate nelle seguenti:

1. Pronto soccorso
2. Assistenza ospedaliera per acuti
3. Riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

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 strutture private operanti nel territorio provinciale sono: Casa di Cura "Santa Maria", Casa di Cura "L. Bonvicini", Casa di Cura "Villa Melitta", Casa di Cura "Dolomiti Sportclinic", Casa di cura "Brixsana", Casa di Cura "Villa Sant'Anna" e la Casa di Cura "Fonte San Martino".

5.1. ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO

Indicatori di sintesi

- Accessi ai servizi di pronto soccorso: **256.995**
- Accessi che hanno dato luogo a ricovero: **31.352**, pari al **12,2%**

Tutti gli ospedali pubblici della Provincia Autonoma di Bolzano sono dotati di un servizio di pronto soccorso.

Nel corso del 2016, sono stati rilevati complessivamente 256.995 accessi ai servizi di pronto soccorso degli ospedali pubblici provinciali di Bolzano, Merano, Bressanone, Brunico, Vipiteno, San Candido e Silandro; dal 2016 anche i dati degli ospedali di Bolzano e Brunico sono completi.

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 18,0% osservato presso l'Ospedale di Bolzano e 11,7% osservato presso l'Ospedale di Bressanone al 6,7% di San Candido. Tali differenze sono imputabili in parte alla diversa procedura organizzativa di ricovero, alla diversa organizzazione del servizio e in parte alle diverse modalità di rilevazione degli accessi complessivi e di quelli esitati in ricovero.

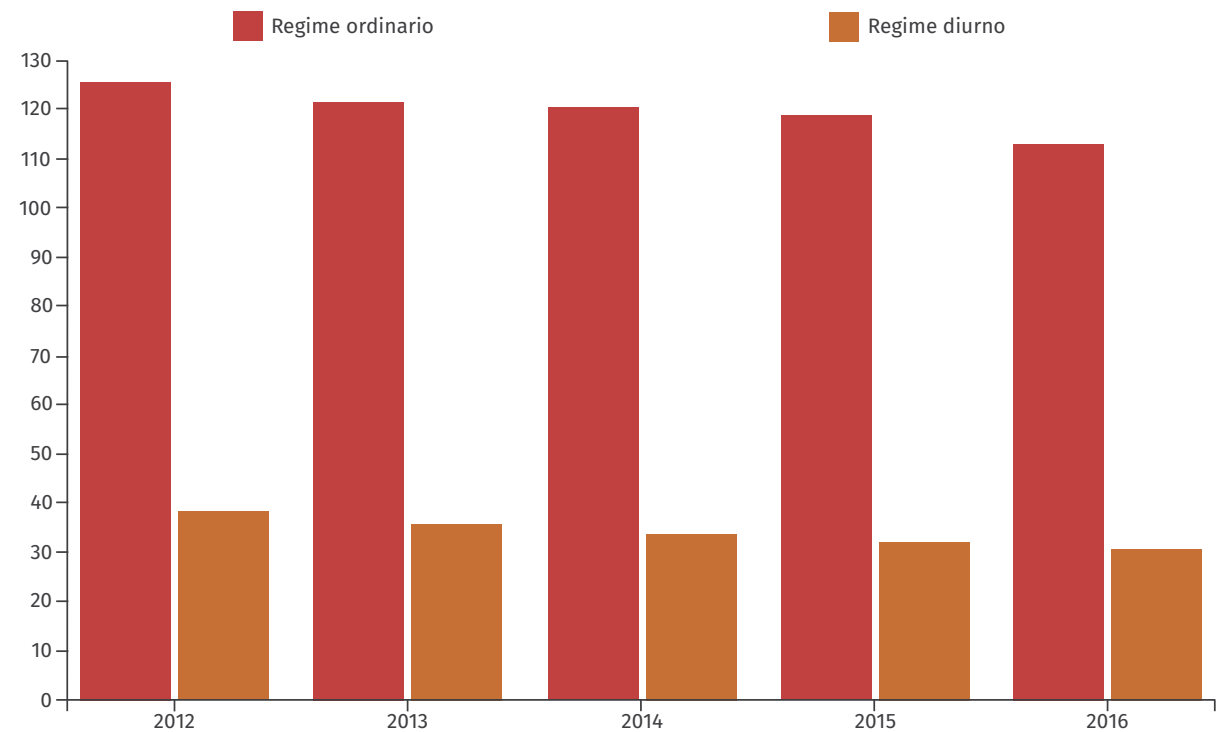
5.2. ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI

Indicatori di sintesi

- Posti letto per acuti: **1.708**, pari a **3,3** per 1.000 abitanti superiore allo standard nazionale di **3,0** posti letto per acuti per 1.000 abitanti
- Ricoveri per acuti: **79.527** complessivi, **62.831** in regime ordinario, **16.696** in regime diurno
- Tasso di ospedalizzazione: **144,1** ricoveri acuti per 1.000 abitanti (**113,1** in regime ordinario e **30,9** in diurno)

Nel 2016 le strutture provinciali hanno fatto fronte alla domanda di ricovero con una do-

Trend del tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti per regime ordinario e diurno



tazione complessiva di 1.708 posti letto per acuti (di cui il 95% pubblici), pari a 3,3 per 1.000 abitanti superiore allo standard nazionale di 3,0 posti letto per acuti per 1.000 abitanti (D.L. “Spending review” 6 luglio 2012, n. 95 – indicatore provinciale calcolato con i posti letto pubblici e quelli privati convenzionati con l’Azienda sanitaria). All’attività in diurno sono stati riservati 178 posti letto. Negli istituti di cura erano, inoltre, disponibili 68 culle, collocate tutte presso le strutture di ricovero pubbliche (Tabella 5.2.1). Nel 2016 sono stati effettuati 79.527 ricoveri per acuti dei quali 62.831 (79,0%) in regime ordinario e 16.696 (21,0%) in regime diurno. Si precisa che sono considerati ricoveri acuti, in sintonia con la definizione adottata a livello ministeriale, i casi dimessi da reparti diversi dalle unità di recupero e riabilitazione funzionale e lungodegenza, esclusi i neo-

nati sani, cioè i neonati presenti in ospedale afferenti al DRG 391 “Neonato normale”. Il trend dei ricoveri evidenzia una costante diminuzione nel numero di ricoveri: si è passati, infatti, da 93.120 ricoveri del 2010 a 79.527 ricoveri del 2016 registrando un calo negli ultimi sette anni pari al 14,6%. (Tabella 5.2.6). Il 96,9% dei ricoveri per acuti è avvenuto negli ospedali pubblici. Rispetto al 1996 la quota di ricoveri ordinari prodotta dagli ospedali pubblici è aumentata progressivamente attestandosi negli ultimi anni su valori intorno al 97%. Il tasso di ospedalizzazione dei residenti in Provincia Autonoma di Bolzano nel 2016 è stato di 144,1 ricoveri acuti per 1.000 abitanti (113,1 relativi al regime ordinario e 30,9 a quello diurno - per i ricoveri effettuati in Provincia sono considerati nel calcolo i ricoveri effettuati in strutture pubbliche e pres-

so reparti convenzionati delle case di cura private, per i ricoveri extraprovinciali sono inclusi i ricoveri all’estero). Nel complesso il tasso di ospedalizzazione dei residenti si attesta al di sotto del valore di 160 ricoveri per 1.000 abitanti indicato come obiettivo dalla programmazione nazionale (D.L. “Spending review” 6 luglio 2012, n. 95), a seguito di un progressivo calo sin dal 2007 (Tabella 5.2.9). Calcolando il tasso di ospedalizzazione standardizzato per sesso ed età, ossia tenendo conto della struttura per età della popolazione, la Provincia Autonoma di Bolzano registra un tasso pari a circa 151 ricoveri per 1.000 abitanti, con in particolare il Comprensorio Sanitario di Brunico risulta il comprensorio con il maggior ricorso all’ospedalizzazione (168,9) (Tabella 5.2.10). Per i confronti con le altre regioni italiane si rinvia al rapporto sui ricoveri del 2015 del Ministero della Salute, più precisamente alle Tavole dalla 5.10 alla 5.14, consultabili alla pagina del sito: <http://www.salute.gov.it/>

5.2.1. REGIME ORDINARIO

Indicatori di sintesi

- Ricoveri per acuti in regime ordinario: **62.831** nel complesso; **60.955** nelle strutture pubbliche; **1.876** nelle strutture private
- Giornate di degenza dei ricoveri per acuti in regime ordinario: **428.432** nel complesso; **417.297** nelle strutture pubbliche; **11.135** nelle strutture private
- Degenza media nelle strutture pubbliche: **6,8**

Nel il 2016 si registra un nuovo decremento della produzione di ricovero in regime ordi-

nario sia negli ospedali pubblici che negli istituti privati. Nel corso del 2016, sono stati effettuati 62.831 ricoveri in regime ordinario dagli istituti di cura della Provincia Autonoma di Bolzano, per un consumo complessivo di 428.432 giornate di degenza. Il 97,0% dei ricoveri ordinari è avvenuto negli ospedali pubblici, per un consumo di giornate di degenza anch’esso pari al 97,4% del totale. Il 40,9% dei ricoveri complessivi è stato effettuato presso l’Ospedale Centrale di Bolzano (Tabella 5.2.13). Il 36,3% dei ricoveri in regime ordinario è relativo a pazienti della fascia d’età 30-64 anni, mentre il 36,2% dei pazienti aveva più di 75 anni (Tabella 5.2.14). Complessivamente sono stati utilizzati i posti letto degli ospedali pubblici per il 78,1% del tempo disponibile; ciascun letto, infatti, nel corso dell’anno è stato occupato da 43,1 pazienti diversi, mediamente quindi sono passati 1,9 giorni durante i quali il singolo letto è rimasto libero tra la dimissione di un paziente ed il ricovero del successivo. La degenza media negli istituti pubblici provinciali è stata pressoché costante negli ultimi cinque anni (valore del 2016 pari a 6,8), quindi, in linea anche con i valori nazionali del 2015 (6,9 giorni) (Tabella 5.2.15). Gli ospedali pubblici provinciali hanno un grado di complessità calcolato con il sistema di pesi DRG (peso medio degli ospedali pubblici della Provincia Autonoma di Bolzano pari a 1,18) leggermente superiore allo standard nazionale (peso medio ricoveri ordinari 1,17 nel 2015). Nel 2016, infatti, l’indice di case-mix è stato pari a 1,01 per gli ospedali pubblici, assumendo il valore più alto nell’ospedale di Bolzano (1,09). Nel complesso, gli ospedali pubblici della Provincia mostrano

una performance migliore della media nazionale. (Tabella 5.2.16). Complessivamente i ricoveri ordinari di 1 giorno sono 5.467 (3.679 non urgenti) pari al 8,7% di tutti i ricoveri ordinari (Tabella 5.2.19). Relativamente alla tipologia di attività erogata, si osserva che sono stati attribuiti a DRG medici il 63,4% dei ricoveri ordinari effettuati negli istituti di cura provinciali. Percentuali relativamente elevate tra gli istituti pubblici si evidenziano per l'Ospedale di Silandro (71,3%) e l'Ospedale di Brunico (66,7%) (Tabella 5.2.18). Sono sufficienti 15 DRG per spiegare circa il 30% dei ricoveri effettuati in Provincia Autonoma di Bolzano. Il motivo principale del ricovero è rappresentato dal DRG 373 "Parto vaginale senza diagnosi complicanti" (6,2% del totale dei ricoveri), seguito dal DRG 544 "Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori" (3,3% del totale dei ricoveri). (Tabella 5.2.20).

5.2.2. REGIME DIURNO

Indicatori di sintesi

- Ricoveri per acuti in regime diurno: **16.696** nel complesso, **16.128** nelle strutture pubbliche; **568** nelle strutture private
- Accessi dei ricoveri per acuti in regime diurno: **30.887** nel complesso, **30.319** nelle strutture pubbliche; **568** nelle strutture private
- Ricoveri per acuti in regime diurno con DRG chirurgico: **11.575** nel complesso, **11.028** nelle strutture pubbliche; **547** nelle strutture private

Nel 2016 la produzione in regime diurno è stata di 16.696 ricoveri, in diminuzione ri-

spetto al 2015. Il 96,6% dei ricoveri è avvenuto negli ospedali pubblici provinciali. I posti letto dedicati all'attività diurna, sono, infatti, quasi esclusivamente pubblici (172 pubblici versus 6 privati). Mediamente per ogni ricovero diurno medico sono stati effettuati 3,5 accessi nelle strutture pubbliche (Tabella 5.2.21). La casistica che è stata trattata in regime diurno aveva per il 51,3% dei casi un'età compresa tra i 30 e i 64 anni, mentre il 24,8% aveva un'età superiore ai 64 anni (Tabella 5.2.22). L'attività in regime diurno è stata prevalentemente di tipo chirurgico, sono stati, infatti, 11.575 i ricoveri attribuiti a DRG chirurgico corrispondente al 69,3% di tutta la produzione in regime diurno. Presso gli Ospedali di Silandro e San Candido si rilevano punte con percentuali superiori al 90% (Tabella 5.2.23). Il motivo principale del trattamento in regime diurno chirurgico è costituito da "Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia" (DRG 381) con l' 8,7% dei ricoveri, seguito da "Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione" (DRG 503) con l' 8,2% dei ricoveri. 9 DRG di intervento chirurgico "spiegano" oltre il 50% circa dei ricoveri diurni chirurgici eseguiti in Provincia di Bolzano. Gli accessi in regime diurno medico sono avvenuti prevalentemente per "Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni" (DRG 073) che raccoglie l' 8,0% dei casi (Tabella 5.2.24).

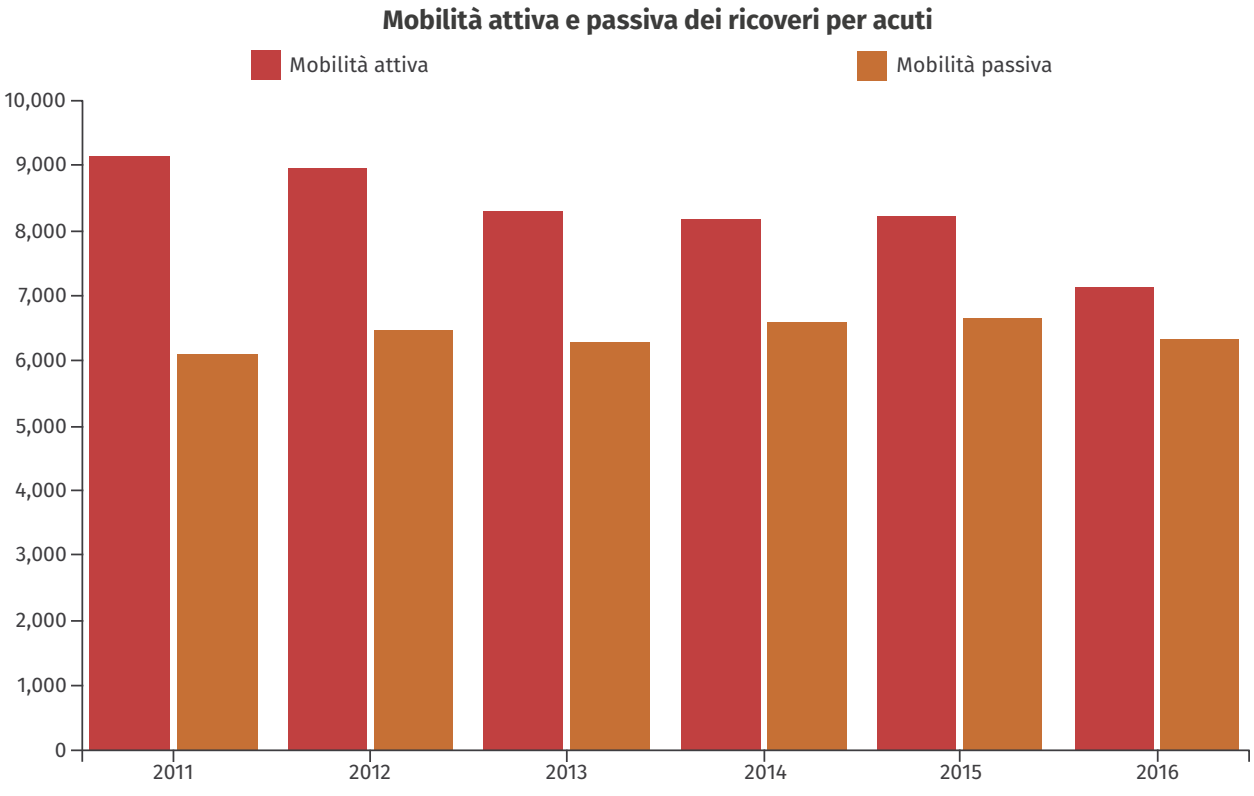
5.2.4. MOBILITÀ OSPEDALIERA

Indicatori di sintesi

- Ricoveri effettuati nelle strutture provinciali per residenti fuori Provincia: **7.141**
- Ricoveri di residenti in Provincia effettuati in strutture nel resto d'Italia: **3.706**
- Ricoveri di residenti in Provincia effettuati in strutture austriache: **1.613**

Nel complesso le strutture provinciali hanno prodotto nel corso dell'anno 79.527 ricoveri in regime ordinario e diurno di cui 7.141 per residenti fuori Provincia. Nello stesso periodo i residenti hanno consumato complessivamente 78.738 ricoveri in regime ordinario e diurno, di cui 3.706

in quelle presenti in altre regioni/province d'Italia, 1.613 in quelle austriache e 1.038 in istituti di cura presenti in altre nazioni (dato riferito all'anno 2015). L'indice di attrazione per i ricoveri per acuti in regime ordinario e diurno, è stato pari a 9,0% per la mobilità attiva extraprovinciale. L'indice di fuga per i ricoveri per acuti, in regime ordinario e diurno, è stato pari a 8,0% per la mobilità passiva extraprovinciale (di cui 4,7% verso il resto d'Italia, 2,0% verso l'Austria e 1,3% verso altre nazioni). Nel corso del 2016, i ricoveri di pazienti altoatesini presso strutture convenzionate in Austria sono stati complessivamente 1.613, con un decremento del 18,2% circa rispetto al 2015. Complessivamente sono state consumate 18.169 giornate di degenza nei ricoveri ordinari.



Tra le categorie di diagnosi più frequenti troviamo l'ipertensione essenziale (9,8% dei ricoveri) e lo stato dopo trapianto di organi o tessuti, pari al 7,9% delle diagnosi registrate, (Tabella 5.2.31).

La Clinica universitaria di Innsbruck, nel 2016, ha accolto 1.578 ricoveri (1.292 ordinari e 86 diurni) corrispondenti al 97,8% dei ricoveri di altoatesini in strutture convenzionate austriache. Le unità operative in cui si registrano più ricoveri sono state quelle di Pediatria (23,6% del totale ricoveri) e Ortopedia e traumatologia (9,8%) - (Tabella 5.2.32).

5.3. ASSISTENZA OSPEDALIERA PER POST ACUTI

Indicatori di sintesi

- Posti letto convenzionati per post-acuti: **381** pari a **0,73** per 1.000 abitanti
- Ricoveri per post-acuti: **5.962**

In questa parte viene descritta l'attività assistenziale degli istituti di cura pubblici e privati della Provincia Autonoma di Bolzano, in riferimento ai ricoveri presso i reparti post-acuzie (Recupero e riabilitazione funzionale, Neuroriabilitazione e Lungodegenza). All'assistenza ospedaliera per i post-acuti sono stati riservati complessivamente 381 posti letto convenzionati nel 2016 così suddivisi: 126 presso strutture pubbliche (33,1%) e 255 presso strutture private (66,9%) (Tabella 5.3).

Rispetto al 2015, complessivamente il numero di posti letto convenzionati è salito di 39 unità.

5.3.1. RIABILITAZIONE FISICA E NEUROLOGICA

Indicatori di sintesi

- Posti letto convenzionati per la riabilitazione fisica: **182** pari a **0,35** per 1.000 abitanti
- Posti letto convenzionati per la neuro-riabilitazione: **29** pari a **0,06** per 1.000 abitanti
- Ricoveri: **3.164** per il recupero e riabilitazione funzionale e **264** per la neuro-riabilitazione

Nel 2016 sono stati registrati complessivamente 3.164 ricoveri (3.003 in regime ordinario e 161 in regime diurno) nelle unità operative di Recupero e Riabilitazione funzionale (codice reparto 56) e 264 ricoveri nelle unità operative di Neuroriabilitazione (codice reparto 75).

Il 76,5% dei ricoveri ordinari di recupero e riabilitazione funzionale (codice reparto 56) è stato effettuato presso le strutture private accreditate della Provincia, mentre il rimanente 23,5% presso quelle pubbliche. La degenza media dei ricoveri a livello provinciale si è attestata a 19,5 giorni. I ricoveri in regime diurno hanno rappresentato il 5,1% dei ricoveri complessivi (Tabelle 5.3.1 e 5.3.2).

Il 70,0% dei ricoveri ordinari di Recupero e Riabilitazione funzionale è stato attribuito alla categoria MDC 8 "Malattie e disturbi del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo", mentre poco meno del 25% alla categoria MDC 1 "Malattie e disturbi del sistema nervoso". Il 77,6% dei ricoveri diurni fa riferimento, invece, alla categoria MDC 1 "Malattie e disturbi del sistema nervoso".

L'89,7% dei ricoveri è stato di tipo post-acute, il 9,7% di mantenimento e il restante 0,6% di valutazione (Tabella 5.3.3).

Il 69,3% dei ricoveri ha riguardato le macro-categorie delle patologie ortopediche (amputazioni, artropatie, algie, patologie ortopedico traumatologiche), il 24,3% le patologie neurologiche (ictus, cerebropatie, neuropatie, mielopatie) e il rimanente 6,4% le altre patologie (Tabella 5.3.4).

Il punteggio medio FIM totale all'ingresso è risultato pari a 73,9 punti. Sotto tale valore si sono collocati la Casa di Cura Bonvicini (66,2 punti), la Casa di Cura Fonte San Martino (71,0) e la Casa di Cura Villa Melitta (72,1 punti). Per contro, il punteggio medio più alto si è riscontrato presso l'Ospedale di Vipiteno (94,7 punti) seguito dall'Ospedale di Bressanone (85,2 punti). Il punteggio medio FIM totale alla dimissione è stato pari a 93,7 punti; l'Ospedale di Brunico ha mostrato l'incremento medio più alto (Tabella 5.3.5).

I ricoveri nelle unità operative di Neuroriabilitazione (codice reparto 75) sono risultati 264 (227 in regime ordinario e 37 in regime diurno), di cui 78 presso l'Ospedale di Bolzano, 6 presso l'Ospedale di Bressanone, 37 presso l'Ospedale di Brunico, 124 presso l'Ospedale di Vipiteno e 19 presso la Casa di Cura Villa Melitta, con una degenza media pari a 45,6 giorni (Tabella 5.3.9).

I punteggi medi FIM totale all'ingresso (40,6 punti) e alla dimissione (71,6 punti) hanno presentato valori inferiori rispetto ai ricoveri di Recupero e Riabilitazione funzionale. L'incremento medio dei punteggi (GAP-FIM) è risultato pari a 31,1, mentre quello medio giornaliero (efficienza) è stato pari a 0,8 punti (Tabella 5.3.10).

I ricoveri di pazienti altoatesini nelle unità operative di Recupero e Riabilitazione funzionale (codice reparto 56) presso strutture italiane extraprovinciali, sono stati 193, di cui 9 in regime diurno. La degenza media è stata

pari a 19,7 giorni (Tabella 5.3.11 e 5.3.12). I ricoveri registrati nelle unità operative di Neuroriabilitazione (codice reparto 75) e nelle Unità Spinali (codice reparto 28) sono risultati 13 (Tabella 5.3.13).

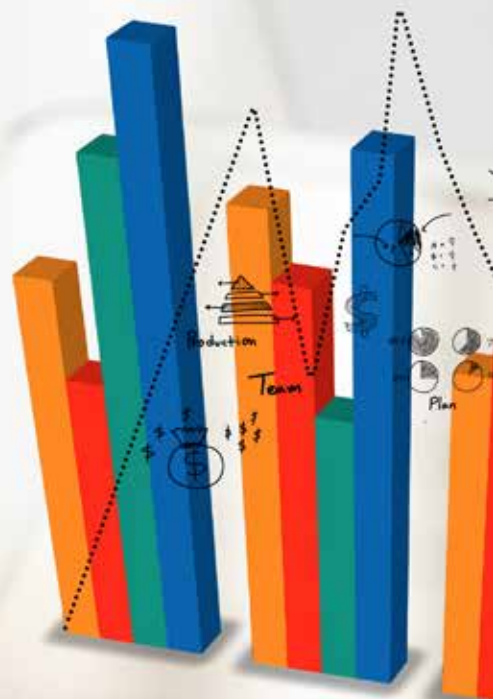
Nel 2016 i ricoveri di pazienti altoatesini effettuati presso strutture austriache di riabilitazione post-acuzie sono stati 37 (Tabella 5.3.14).

5.3.2. LUNGODEGENZA

Indicatori di sintesi

- Posti letto convenzionati per la lungodegenza: **170** pari a **0,32** per 1.000 abitanti
- Ricoveri in lungodegenza: **2.534**
- Ricoveri di residenti in lungodegenza presso strutture italiane extraprovinciali: **22**

Presso i reparti di Lungodegenza (codice reparto 60) sono stati registrati 2.534 ricoveri, con una degenza media pari a 21,5 giorni (Tabella 5.3.15). Le categorie diagnostiche principali più frequenti dei ricoveri di lungodegenza post-acuzie sono state le "Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo" (43,1%) e le "Malattie e disturbi del sistema nervoso" (13,4%) (Tabella 5.3.16).



23.0.1. Osservatorio per la salute
Palazzo 12

via Canonico Michael Gamper 1
39100 Bolzano
Tel. +39 0471 418040
Fax +39 0471 418048
osservatoriosalute@provincia.bz.it