



# RELAZIONE SANITARIA PROVINCIALE

**Provincia Autonoma di Bolzano - Alto Adige**

# RELAZIONE SANITARIA PROVINCIALE 2004

**REALIZZATA CON IL CONTRIBUTO DEL CENTRO EXPLORA -  
PADOVA**

**Agosto, 2005**

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

*consultabile sul sito [www.provincia.bz.it/sanita](http://www.provincia.bz.it/sanita)  
per contatti [carla.melani@provincia.bz.it](mailto:carla.melani@provincia.bz.it)*

*© Provincia Autonoma di Bolzano 2005  
È ammessa la riproduzione parziale del contenuto citandone la fonte*

*Stampa: Fotolito Varesco*



## Presentazione

Con grande entusiasmo e un pizzico di orgoglio ho l'onore di presentare la sedicesima edizione della Relazione Sanitaria provinciale, integralmente rivista nei contenuti e nella veste grafica rispetto alle precedenti edizioni.

La nuova versione della Relazione Sanitaria provinciale è stata ideata e realizzata con l'obiettivo di creare uno strumento di comunicazione tra esperti, decisori e cittadini, volto a favorire la partecipazione alle scelte nonché l'adozione e la valutazione di politiche di azioni per la salute.

Facendo tesoro delle conoscenze acquisite in oltre 15 anni di esperienza, dei documenti pubblicati in altre regioni, nonché delle evidenze apportate dal concorso A. Martignani, sulla valutazione della migliore relazione sanitaria pubblicata a livello nazionale nel triennio 2001-2003, la presente edizione è stata redatta in forma più compatta rispetto alle precedenti, al fine di favorirne la facilità della consultazione, ma senza venir meno al ruolo di strumento per il monitoraggio degli obiettivi del Piano Sanitario Provinciale. Il nuovo volto della Relazione sanitaria è rappresentato dalla suddivisione del volume in tre parti principali relative rispettivamente alla popolazione e salute, ai servizi sanitari ed alle risorse.

Per soddisfare l'esigenza di chi necessita di un maggior dettaglio delle informazioni presentate nel volume, viene allegato un supporto CD contenente, oltre al testo della Relazione, un supplemento di tabelle non incluse nel volume cartaceo. Dall'esautiva documentazione si conferma un quadro decisamente positivo della sanità provinciale. La salute della popolazione altoatesina risulta nel complesso migliore rispetto alla media nazionale; ne è confermata la maggiore speranza di vita in buona salute degli altoatesini, la maggiore percezione da parte dei cittadini di un buon stato di salute associato ad un minor ricorso all'uso di medicinali e ad una pratica diffusa dell'attività sportiva. In Alto Adige abbiamo un sistema sanitario ben funzionante. Si tratta di un sistema efficiente, in costante sviluppo e miglioramento, che ci consente di guardare con sicurezza al futuro. È un sistema capillare, che garantisce un'assistenza adeguata e qualificata a tutta la popolazione.

Nonostante questi dati confortanti bisogna anche constatare che in determinati ambiti sono auspicabili miglioramenti e ottimizzazioni. La Relazione Sanitaria ci aiuta considerevolmente nell'individuare questi aspetti. La diffusione dei dati e dei risultati contenuti nella Relazione deve dare l'impulso per un rapporto ancora più cosciente e responsabile della popolazione con la propria salute.

La presente Relazione si orienta alle proposte dell'Unione Europea ed alle raccomandazioni dell'OMS; al suo interno vengono proposti ed analizzati tutti i possibili ambiti sanitari, offrendo elementi importanti per interventi di politica sanita-

ria come per esempio l'adozione di ulteriori e particolari misure preventive o di iniziative per la promozione della salute.

Ci resta comunque il compito di creare i presupposti per far fronte alle nuove sfide, portate dall'imminente apertura e liberalizzazione nel settore sanitario a livello europeo e dai cambiamenti demografici quali l'invecchiamento della popolazione ed i mutamenti nella struttura delle famiglie. L'Alto Adige, in quanto terra di confine, corre in special modo il rischio che la popolazione residente si rivolga altrove nella richiesta di prestazioni sanitarie, e quindi l'obiettivo deve essere quello di riuscire a garantire l'assistenza medica a costi sostenibili anche alle future generazioni.

Sarà necessario apportare anche alcune modifiche strutturali per poter mantenere il nostro sistema attuale, per continuare a garantire l'assistenza sanitaria di base alla popolazione e per assicurare prestazioni migliori, ancora più appropriate e con ridotte liste d'attesa.

L'aspetto socioeconomico è di fondamentale importanza, specie riguardo al mantenimento di importanti posti di lavoro in periferia. Per raggiungere questi obiettivi fondamentali le nostre Aziende sanitarie provinciali in futuro devono collaborare ad ogni livello, cercare sinergie e garantire una comune pianificazione e realizzazione sovra aziendale a livello amministrativo e clinico.

Quello che vogliamo è, sostanzialmente:

- 1) mantenere un sistema sanitario provinciale pubblico, efficiente e capillare;
- 2) evitare che si arrivi ad un sistema sanitario a due livelli ;
- 3) consentire l'accesso veloce e facilitato alla medicina per ogni cittadino;
- 4) garantire la finanziabilità del sistema;
- 5) assicurare alla popolazione altoatesina l'assistenza per malattie complesse in strutture universitarie in Italia ed all'estero.

A livello ospedaliero, ma non solo, vogliamo arrivare ad accorpate reparti servizi in unità funzionali chiamate dipartimenti. Da queste innovazioni ci aspettiamo delle sinergie fra reparti e servizi ed un migliore utilizzo delle risorse per un risparmio in termini economici. A livello amministrativo, le quattro Aziende sanitarie provinciali dovranno arrivare ad un'unica organizzazione virtuale in settori fondamentali quali il personale, gli acquisti, il settore tecnico e delle prestazioni.

Vogliamo definire standard di qualità per tutte le prestazioni mediche offerte a diversi livelli fra i singoli ospedali, a garanzia della qualità e della comunicazione fra i singoli ospedali ed i servizi territoriali.

Vogliamo sostenere la creazione a livello provinciale di centri di eccellenza, centri altamente specializzati per l'assistenza medica complessa. Per consentire una migliore comunicazione del sistema e migliorare l'accuratezza della documentazione disponibile, intendiamo creare un unico sistema informatico, che consenta

lo scambio di informazioni ed il loro confronto, tramite l'uniformità delle procedure e dei flussi. Si tratta di una sfida che sosteniamo con fiducia, in ragione della capacità, creatività e senso di responsabilità del personale sanitario di tutti i livelli, servizi ed istituzioni.

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

L'ASSESSORE ALLA SANITA' E ALLE POLITICHE SOCIALI

- Dr. Richard Theiner -



## Ringraziamenti

Un particolare ringraziamento va all'équipe che si è impegnata nella realizzazione della Relazione Sanitaria 2004, costituita da personale dell'Osservatorio Epidemiologico e del centro Explora – Ricerca e Analisi statistica di Padova, ed in particolare a:

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



# Indice

## PARTE PRIMA: POPOLAZIONE E SALUTE

<b>1. POPOLAZIONE</b>	<b>17</b>
<b>1.1 Popolazione residente</b>	<b>17</b>
1.1.1 La distribuzione sul territorio	17
1.1.2 Struttura della popolazione	18
1.1.3 Movimenti demografici	20
<b>1.2 Lavoro, economia, consumi</b>	<b>20</b>
1.2.1 Occupazione	20
1.2.2 Prodotto Interno Lordo	22
1.2.3 Consumi delle famiglie	22
<b>1.3 Istruzione</b>	<b>23</b>
<b>2. DETERMINANTI DI SALUTE</b>	<b>26</b>
<b>2.1 Stili di vita: fumo, alimentazione, attività fisica</b>	<b>27</b>
2.1.1 Il fumo	27
2.1.2 L'alimentazione	32
2.1.3 L'attività fisica	37
<b>2.2 L'abuso di sostanze</b>	<b>38</b>
2.2.1 La dipendenza da droghe	39
2.2.2 La dipendenza da alcol	48
<b>2.3 Ambiente fisico: aria, agenti fisici, acqua</b>	<b>53</b>
2.3.1 Aria	53
2.3.2 Onde elettromagnetiche	56
2.3.3 Radioattività	58
2.3.4 Radon	59
2.3.5 Qualità delle acque	60
<b>2.4 Disuguaglianze sociali</b>	<b>62</b>
2.4.1 Povertà	64
2.4.2 Concentrazione del reddito	65
<b>3. CONDIZIONI DI SALUTE</b>	<b>70</b>
<b>3.1. Salute percepita e salute misurata</b>	<b>71</b>
<b>3.2. Mortalità</b>	<b>76</b>
<b>3.3. Malattie dell'apparato cardiocircolatorio</b>	<b>81</b>
<b>3.4. Incidenza e mortalità dei tumori maligni</b>	<b>85</b>
<b>3.5. Malattie respiratorie</b>	<b>100</b>
<b>3.6. Malattie infettive</b>	<b>103</b>

<b>3.7. Salute mentale e psicologica</b>	<b>107</b>
<b>3.8. Incidenti stradali</b>	<b>111</b>
<b>3.9. Infortuni lavorativi e malattie professionali</b>	<b>112</b>
<b>4. GRUPPI VULNERABILI</b>	<b>115</b>
<b>4.1. Salute materno-infantile</b>	<b>116</b>
4.1.1 Salute materna	116
4.1.2 Salute infantile	120
<b>4.2. Anziani</b>	<b>124</b>
<b>4.3. Popolazione straniera residente</b>	<b>129</b>
<b>PARTE SECONDA: I LIVELLI DI ASSISTENZA ASSICURATI</b>	
<b>1. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA</b>	<b>135</b>
<b>1.1. Attività di promozione ed educazione alla salute</b>	<b>135</b>
<b>1.2. Programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva</b>	<b>140</b>
1.2.1. Programma di diagnosi precoce del tumore della cervice uterina	140
1.2.2. Programma di diagnosi precoce del tumore della mammella	144
<b>1.3. Profilassi delle malattie infettive e parassitarie</b>	<b>148</b>
1.3.1. Interventi di profilassi e di educazione per prevenire il diffondersi delle malattie infettive e bonifica focolai	148
1.3.2. Medicina del viaggiatore	151
1.3.3. Vigilanza igienica sulle attività di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione	152
<b>1.4. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita e di lavoro</b>	<b>152</b>
1.4.1. Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici in relazione alle diverse utilizzazioni con particolare riferimento agli edifici ad uso pubblico	153
1.4.2. Controllo della qualità delle piscine	155
1.4.3. Vigilanza e controllo sui cosmetici	155
1.4.4. Controlli e vigilanza in materia di polizia mortuaria e medicina necroscopica	156
1.4.5. Controllo dell'inquinamento atmosferico e acustico	156
1.4.6. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di lavoro	159
<b>1.5. Sanità pubblica veterinaria</b>	<b>161</b>
<b>1.6. Sicurezza alimentare, sorveglianza e prevenzione nutrizionale</b>	<b>165</b>
1.6.1. Tutela igienico sanitaria degli alimenti e bevande	166
1.6.2. Prevenzione degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi nella collettività	176

<b>1.7. Attività medico-legali e di medicina dello sport</b>	<b>177</b>
1.7.1. Attività dei servizi di medicina legale	178
1.7.2. Attività dei servizi di medicina dello sport	181
<b>1.8. Attività del servizio Pneumologico</b>	<b>184</b>
<b>2. ASSISTENZA DISTRETTUALE</b>	<b>187</b>
<b>2.1. Assistenza sanitaria di base</b>	<b>194</b>
2.1.1. Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta	194
2.1.2. Servizio di continuità assistenziale	200
2.1.3. Guardia medica turistica	201
<b>2.2. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare</b>	<b>203</b>
2.2.1. L'assistenza domiciliare programmata (ADP)	204
2.2.2. L'assistenza domiciliare integrata (ADI)	206
2.2.3. L'assistenza infermieristica	208
2.2.4. L'assistenza consultoriale materno infantile	210
2.2.4.1. Il consultorio Pediatrico	210
2.2.4.2. Il consultorio Ostetrico-Ginecologico	213
<b>2.3. Attività di emergenza sanitaria territoriale</b>	<b>215</b>
2.3.1. Sistema di Allarme Sanitario	216
2.3.2. Servizio Medico Territoriale di Soccorso	217
2.3.3. Servizio di Trasporto Sanitario	217
2.3.4. Interventi di Emergenza Sanitaria	219
2.3.5. Interventi di Trasporto Sanitario non Urgente	220
<b>2.4. Assistenza Farmaceutica</b>	<b>222</b>
2.4.1. Le farmacie	222
2.4.2. Il consumo di farmaci	226
2.4.3. La spesa per farmaci	234
2.4.4. La prescrizione dei farmaci	240
<b>3. ASSISTENZA OSPEDALIERIA</b>	<b>243</b>
<b>3.1. Attività di pronto soccorso</b>	<b>243</b>
<b>3.2. Assistenza ospedaliera per acuti in regime di ricovero</b>	<b>248</b>
3.2.1. Posti letto per acuti	251
3.2.2. Ricoveri di neonati sani	256
3.2.3. Ricoveri per acuti in regime ordinario	256
3.2.4. Ricoveri per acuti in regime diurno	271
3.2.5. Indicatori di qualità ed appropriatezza	275

3.2.5.1 Ricoveri ripetuti	275
3.2.5.1.1. Ricoveri ripetuti nello stesso istituto di cura e per lo stesso DRG	276
3.2.5.2 Ricoveri brevi di durata 2 o 3 giorni	278
3.2.5.3 Indicatori di appropriatezza	279
3.2.6. Mobilità ospedaliera	297
3.2.6.1 Ricoveri per acuti in strutture nazionali	297
3.2.6.2 Ricoveri per acuti in Austria	304
3.2.6.3 Mobilità ospedaliera complessiva	309
3.2.7. L'ospedalizzazione dei residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano	315
3.2.8. Valutazioni conclusive sul sistema dei ricoveri ospedalieri per acuti	320
3.2.8.1 Motivazioni e criteri valutativi	320
3.2.8.2 Efficienza e qualità della produzione ospedaliera dei ricoveri	320
<b>3.3. Assistenza ospedaliera per post-acuti in regime di ricovero</b>	<b>326</b>
3.3.1. Posti letto per post-acuti	326
3.3.2. Riabilitazione post-acuzie	327
3.3.2.1. Ricoveri in riabilitazione post-acuzie in strutture nazionali	329
3.3.2.2. Ricoveri in riabilitazione post-acuzie in Austria	334
3.3.3. Lungodegenza post-acuzie	336
<b>3.4. Assistenza specialistica ospedaliera</b>	<b>338</b>
3.4.1. Ricorso alle strutture pubbliche provinciali	339
3.4.2. Ricorso alle strutture private e liberi professionisti convenzionati	343
3.4.3. Mobilità specialistica	346
3.4.3.1 Mobilità specialistica interregionale	346
3.4.3.2. Prestazioni erogate in Austria	348
3.4.3.3. Mobilità specialistica complessiva	350

## **PARTE TERZA: LE RISORSE**

<b>1. IL PERSONALE DIPENDENTE DELLE AZIENDE SANITARIE</b>	<b>357</b>
<b>1.1. Il personale in servizio</b>	<b>357</b>
1.1.1. Analisi generali	359
1.1.1.1. Totale personale dipendente per area d'impiego	359
1.1.1.2. Personale dipendente per figura professionale	361
1.1.2. Personale dipendente dell'area strategica	365
1.1.3. Personale dipendente dell'area di supporto non sanitaria	370
1.1.4. Personale dipendente dell'area ospedaliera	373

1.1.4.1. Totale personale dipendente nell'area ospedaliera, distinto per reparto / servizio	373
1.1.4.1.1. Personale dipendente nei reparti ospedalieri	375
1.1.4.1.2. Personale dipendente presso i servizi dell'area ospedaliera	380
1.1.5. Personale dipendente dell'area territoriale	385
1.1.5.1. Personale dipendente per macroarea territoriale	385
1.1.5.1.1. Assistenza distrettuale	390
1.1.5.1.2. Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale	391
1.1.5.1.3. Prevenzione	393
<b>1.2. La formazione del personale sanitario</b>	<b>396</b>
1.2.1. Formazione di base	396
1.2.2. Formazione specialistica	399
1.2.3. Tirocini	400
1.2.4. Medicina Generale	400
1.2.5. Formazione continua	401
1.2.5.1. Corsi gestiti dalla Provincia	401
1.2.5.2. Corsi gestiti dalle aziende sanitarie	404
1.2.5.3. Contributi ad enti ed associazioni che organizzano corsi in campo sanitario	405
1.2.5.4. Assegni di studio per la formazione e specializzazione del personale sanitario specializzato, degli operatori tecnici e del personale ausiliario	406
1.2.6. Equipollenza di titoli di studio conseguiti in un paese dell'area tedesca	406
<b>2. LA SPESA SANITARIA</b>	<b>408</b>
<b>2.1. La spesa sanitaria pubblica</b>	<b>410</b>
<b>2.2. La spesa sanitaria corrente</b>	<b>414</b>
<b>2.3. La spesa sanitaria per investimenti</b>	<b>419</b>
<b>2.4. I saldi della mobilità per le prestazioni di ricovero e per la specialistica ambulatoriale</b>	<b>423</b>
2.4.1. Le prestazioni di ricovero ed i relativi saldi della mobilità	423
2.4.2. Le prestazioni di specialistica ed i relativi saldi della mobilità	430





# Parte Prima

Popolazione e salute

# Popolazione e salute

# 1. POPOLAZIONE

La popolazione è suddivisa in 20 distretti e 4 aziende sanitarie.  
 I residenti al 31/12/2004 sono 476.281, cresciuti del 9,6‰ rispetto al 2003.  
 La popolazione residente ha un'età media di 40 anni. L'indice di vecchiaia è pari al 95,9%.  
 Il tasso di attività della popolazione è dell'81,1%, rimasto invariato negli ultimi dieci anni.  
 Il tasso di disoccupazione (2,7%) è inferiore al nazionale (8,0%).  
 Il PIL pro capite (21.500 Euro) è indice di una maggiore ricchezza prodotta rispetto alla media nazionale (18.000 Euro).  
 Le famiglie altoatesine hanno speso nel 2002 circa 2.467 Euro ogni mese, il 7,9% in più rispetto alla media italiana.  
 Le famiglie altoatesine hanno speso nel 2002 ogni mese mediamente 113 Euro per la salute, quelle italiane, 71 Euro.  
 In provincia l'analfabetismo è ridotto al minimo (1,7%) ma sono anche molto pochi i laureati (5%).

## 1.1. POPOLAZIONE RESIDENTE

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

### 1.1.1. La distribuzione sul territorio

La Provincia Autonoma di Bolzano si estende su 7.400,4 Km<sup>2</sup> di territorio interamente montano, ed è suddivisa in 116 comuni, aggregati in 20 distretti ed in quattro aziende sanitarie: Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico.

Al 31/12/2004 risiedevano 476.281 abitanti, per una densità di 64,4 abitanti per Km<sup>2</sup> (189,8 la densità abitativa media in Italia). L'altitudine media dei centri comunali è di 850 metri sul livello del mare.

Il 20,5% della popolazione provinciale vive in comuni di ampiezza demografica a partire da 50.000 abitanti (34,4% la media nazionale), il 20,2% in comuni di ampiezza demografica tra 10.000 e 30.000 abitanti (32,9% la media nazionale) ed il restante 59,3% in comuni con meno di 10.000 residenti (32,7% la media nazionale).

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

I distretti sanitari con maggior numero di abitanti sono quelli che fanno riferimento ai quattro principali centri della provincia, sedi delle aziende sanitarie, con bacini di utenza che variano da circa 34.000 abitanti per Brunico e Bressanone a circa 98.000 per Bolzano. Per gli altri distretti il bacino di utenza è compreso tra 8.500 abitanti (Val Passiria) e 26.500 (Oltradige).

Tabella 1: **Popolazione residente per distretto sanitario al 31/12. Anni 2002-2004**

<b>Distretto sanitario</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
Val Gardena	8.815	8.903	8.947
Val d'Ega-Sciliar	18.503	18.701	18.915
Salto-Val Sarentino-Renon	17.793	17.993	18.077
Oltradige	25.772	26.269	26.557
Laives-Bronzolo-Vadena	18.349	18.685	18.762
Bassa Atesina	21.955	22.477	22.739
Bolzano	96.912	96.097	97.895
<b>Azienda Sanitaria di Bolzano</b>	<b>208.099</b>	<b>209.125</b>	<b>211.892</b>
Alta Val Venosta	15.355	15.538	15.560
Media Val Venosta	17.588	17.692	17.798
Naturno	10.286	10.389	10.426
Lana	21.790	22.238	22.393
Merano	48.362	49.342	49.616
Val Passiria	8.446	8.622	8.546
<b>Azienda Sanitaria di Merano</b>	<b>121.827</b>	<b>123.821</b>	<b>124.339</b>
Alta Valle Isarco	17.888	18.092	18.174
Bressanone	33.014	33.345	33.929
Chiusa	15.509	15.730	15.879
<b>Azienda Sanitaria di Bressanone</b>	<b>66.411</b>	<b>67.167</b>	<b>67.982</b>
Tures	12.499	12.609	12.647
Brunico	33.382	33.913	34.226
Alta Val Pusteria	14.930	15.037	15.082
Val Badia	9.953	10.071	10.113
<b>Azienda Sanitaria di Brunico</b>	<b>70.764</b>	<b>71.630</b>	<b>72.068</b>
<b>TOTALE</b>	<b>467.101</b>	<b>471.743</b>	<b>476.281</b>

Fonte: ASTAT

### 1.1.2. Struttura della popolazione

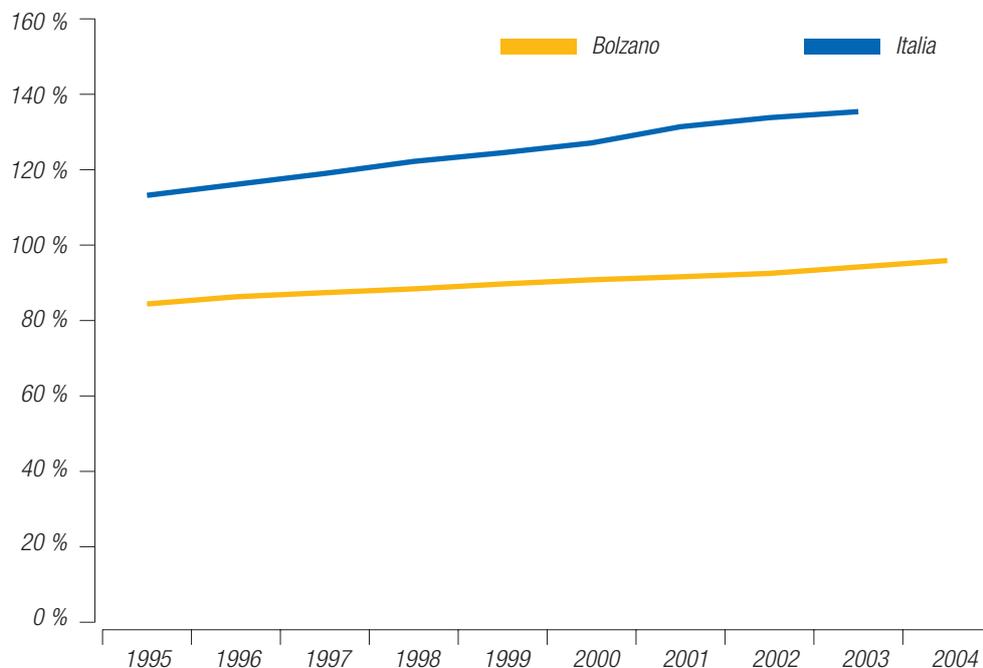
Il 49,4% della popolazione è di sesso maschile con un rapporto medio di mascolinità di 97,6 uomini per 100 donne. Il rapporto tra residenti di sesso maschile e femminile è favorevole agli uomini fino a 50 anni d'età. Nelle classi d'età anziane, a causa della maggiore mortalità maschile, diventa preponderante nella popolazione la componente femminile.

L'età media è pari a 40,0 anni (38,6 anni per la popolazione maschile e 41,4 per quella femminile).

La popolazione provinciale, in conseguenza dell'aumento della speranza di vita e dei ridotti livelli di fecondità, è soggetta ad un lento ma continuo processo di invecchiamento. L'indice di vecchiaia (95,9%), è in continua crescita (dal 32,4% del censimento 1971, al 92,0% del censimento 2001), ed evidenzia valori più elevati nelle aziende sanitarie dove minore è il tasso di natalità, (111,7% nell'Azienda Sanitaria di Bolzano, 95,6% in quella di Merano, 76,9% a Bressanone e 74,6%

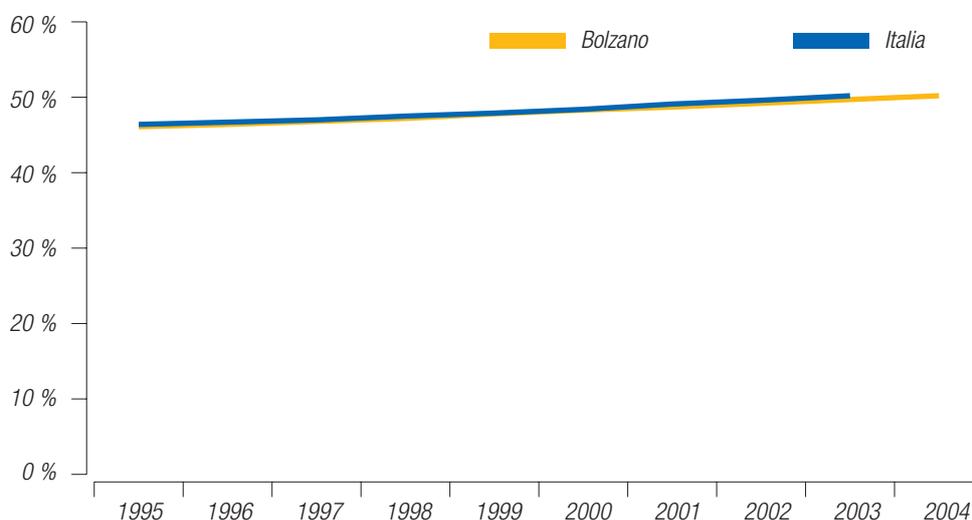
a Brunico). Il valore dell'indice provinciale rimane tuttavia significativamente inferiore a quello nazionale.

Figura 1: **Indice di vecchiaia. Bolzano e Italia, anni 1995-2004.**



L'indice di dipendenza (50,2%) assume rilevanza economica e sociale, ed esprime la quota di popolazione in età non lavorativa (tra 0 e 14 anni ed a partire da 65 anni di età) rispetto alla popolazione in età lavorativa (tra 15 e 64 anni di età). L'indice è in leggera crescita rispetto al 2003 (+0,5 punti) ed i valori provinciali sono confrontabili con quelli nazionali.

Figura 2: **Indice di dipendenza. Bolzano e Italia, anni 1995-2004**



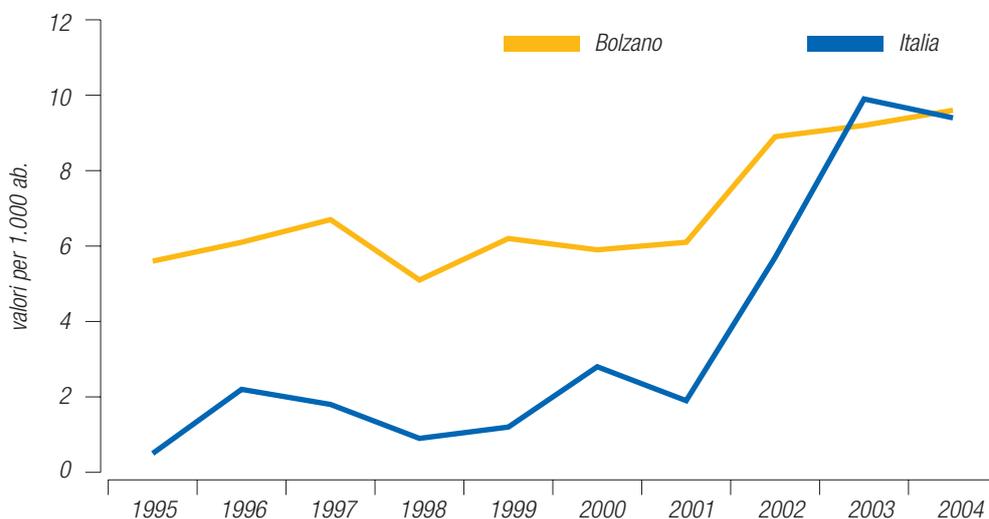
### 1.1.3. Movimenti demografici

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

La crescita della popolazione nel corso del 2004 è stata pari a 9,6 unità per 1.000 abitanti, analoga al valore nazionale stimato per lo stesso anno (9,0‰). In generale la crescita è elevata nelle regioni del Nord (12,6‰) e del centro (11,2‰), mentre è minore nelle regioni del Sud (3,2‰).

La componente più importante della crescita della popolazione è costituita dal saldo migratorio, 7,6‰ in provincia di Bolzano, 9,4‰ complessivamente in Italia. Il saldo naturale per contro è negativo o prossimo allo zero in tutte le regioni del centro-nord ad eccezione del Trentino Alto Adige. In provincia di Bolzano si registra il più elevato saldo di crescita naturale (3,2‰ rispetto alla media nazionale del -0,4‰).

Figura 3: Tasso di crescita della popolazione residente. Bolzano e Italia



## 1.2. LAVORO, ECONOMIA, CONSUMI

### 1.2.1. Occupazione

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

Le forze lavoro, costituite dagli occupati e dalle persone in cerca d'occupazione, rappresentano quella parte di popolazione da ritenersi attiva, del tutto o parzialmente, dal punto di vista produttivo. Le forze di lavoro nell'anno 2004 sono sti-

mate pari a 229.300 unità, e sono cresciute di circa 22.000 unità negli ultimi dieci anni.

Gli occupati sono 223.400, il 58,2% dei quali di sesso maschile. Il 63,4% dei lavoratori è occupato nel settore dei servizi, il 25,0% nell'industria e l'11,6% in agricoltura. Nel settore dei servizi predomina la componente lavorativa femminile (53,8% degli occupati) mentre nell'industria ed in agricoltura sono in maggior numero i lavoratori maschi (83,7% e 69,1% rispettivamente). I lavoratori dipendenti sono pari al 72,5% degli occupati.

Negli ultimi cinque anni è rimasto pressoché invariato il numero di occupati in agricoltura mentre sono cresciuti di 3.700 unità gli addetti dell'industria e di 9.400 unità gli addetti nei servizi.

I lavoratori a tempo parziale sono pari al 15,6% degli occupati. Tra i lavoratori a tempo pieno sono in maggior numero gli uomini (66,7%), mentre nel tempo parziale predominano le donne (87,9%).

Nel corso degli ultimi 10 anni il tasso di attività della popolazione maschile è rimasto praticamente invariato (da 79,7% del 1995 a 81,1% del 2004), mentre è cresciuto quello della popolazione femminile (da 54,3% del 1995 a 60,6% del 2004), a conferma di una maggiore partecipazione delle donne al mercato del lavoro.

Complessivamente il tasso di attività è cresciuto di 3,8 punti percentuali a livello locale (da 67,2% nel 1995 a 71,0% nel 2004), e si mantiene superiore al tasso nazionale (62,1%) che è cresciuto di 3,7 punti nel periodo considerato.

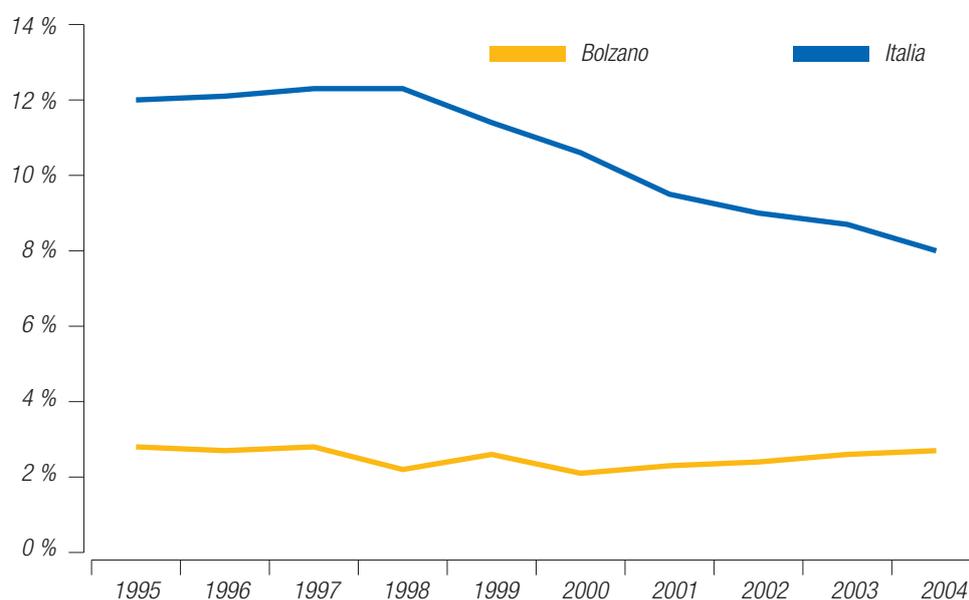
Il tasso di disoccupazione registrato per l'anno 2004 è del 2,7%, in leggero aumento rispetto l'anno precedente (+0,1 punti), e comunque su livelli fisiologici. In costante decremento a partire dal 1998 il dato a livello nazionale (8,0% nel 2004).

**OCCUPATI PER SETTORE  
DI ATTIVITÀ**

**TASSO DI ATTIVITÀ**

**TASSO DI  
DISOCCUPAZIONE**

Figura 4: **Tasso di disoccupazione: Bolzano e Italia, anni 1995-2004**



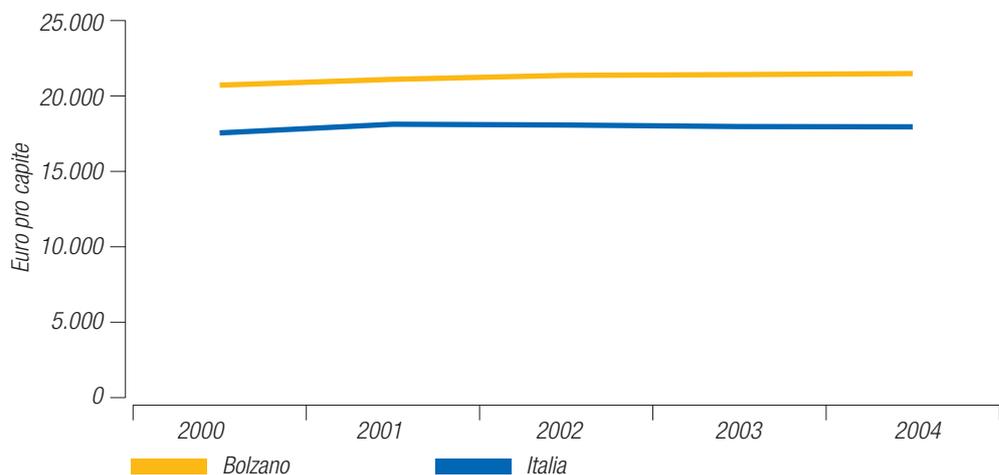
### 1.2.2. Prodotto Interno Lordo

La congiuntura economica negativa ed il rallentamento delle economie dei principali paesi industrializzati, ed in particolare di quelli appartenenti all'Unione Europea, si sono ripercossi sull'economia provinciale.

Anche a livello locale si è registrato infatti un rallentamento della crescita del Prodotto Interno Lordo (PIL), con una diminuzione della crescita del PIL a prezzi costanti, passato dal 2,4% del 2001 all'1,3% del 2004.

Il PIL pro capite della popolazione provinciale (21.500 Euro nel 2004), si mantiene costantemente superiore all'indicatore nazionale (18.000 Euro nel 2004), a conferma di un maggior livello di ricchezza prodotta a livello locale.

Figura 5: Prodotto interno lordo pro capite; prezzi costanti 1995. Bolzano e Italia, anni 2000-2004



### 1.2.3. Consumi delle famiglie

La spesa media mensile delle famiglie nel 2003 è stata, a livello nazionale, pari a 2.313 Euro, con un aumento di 119 Euro rispetto l'anno precedente (+5,4%).

In Trentino Alto Adige la spesa media mensile è stata pari a 2.496 Euro (+7,9% rispetto al dato nazionale, +11,3% rispetto al 2002). La spesa complessiva di una famiglia altoatesina nel 2002 è stata di 2.467 Euro.

L'aumento di spesa si differenzia notevolmente sia per singoli capitoli di spesa che per differenti aree territoriali.

Nelle regioni settentrionali l'aumento della spesa è stato più sostenuto per i generi alimentari e le bevande (da 410 a 442 Euro mensili, +7,8%) rispetto ai generi non alimentari (da 1.985 a 2.096 Euro mensili, +5,6%). L'aumento della spesa per i generi non alimentari è stato particolarmente sostenuto in alcune regioni tra le quali il Trentino Alto Adige (+12,6%).

La spesa per prodotti e servizi sanitari a livello nazionale nel 2003 è stata pari al 3,8% della spesa complessiva (al netto dei contributi per il servizio sanitario), corrispondente a circa 71 Euro mensili, che aumentano a 84 Euro mensili nel caso

di famiglie di due componenti e scendono a 63 Euro mensili nel caso di famiglie numerose (5 o più componenti).

La spesa per prodotti e servizi sanitari è stata in particolare più elevata nel caso di coppie anziane (coppie in cui la persona di riferimento ha più di 64 anni di età) che vivono senza figli (110 Euro mensili) o nel caso di persone anziane sole (101 Euro mensili). La spesa è stata inoltre più elevata nel caso di famiglie in cui la persona di riferimento è ritirata dal lavoro (91 Euro mensili) o in altra condizione non professionale (76 Euro mensili). La spesa per le altre categorie professionali è compresa tra 58 e 61 Euro mensili.

La spesa per la salute è stata più elevata nelle regioni settentrionali (104 Euro mensili pari al 4,1% della spesa), rispetto alle regioni meridionali (66 Euro mensili, pari al 3,5% della spesa). In Trentino Alto Adige la spesa in prodotti e servizi sanitari nel 2003 è stata pari a 113 Euro mensili (4,5% della spesa complessiva), dato uguale alla spesa registrata in provincia di Bolzano nel 2002.

### 1.3. ISTRUZIONE

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

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

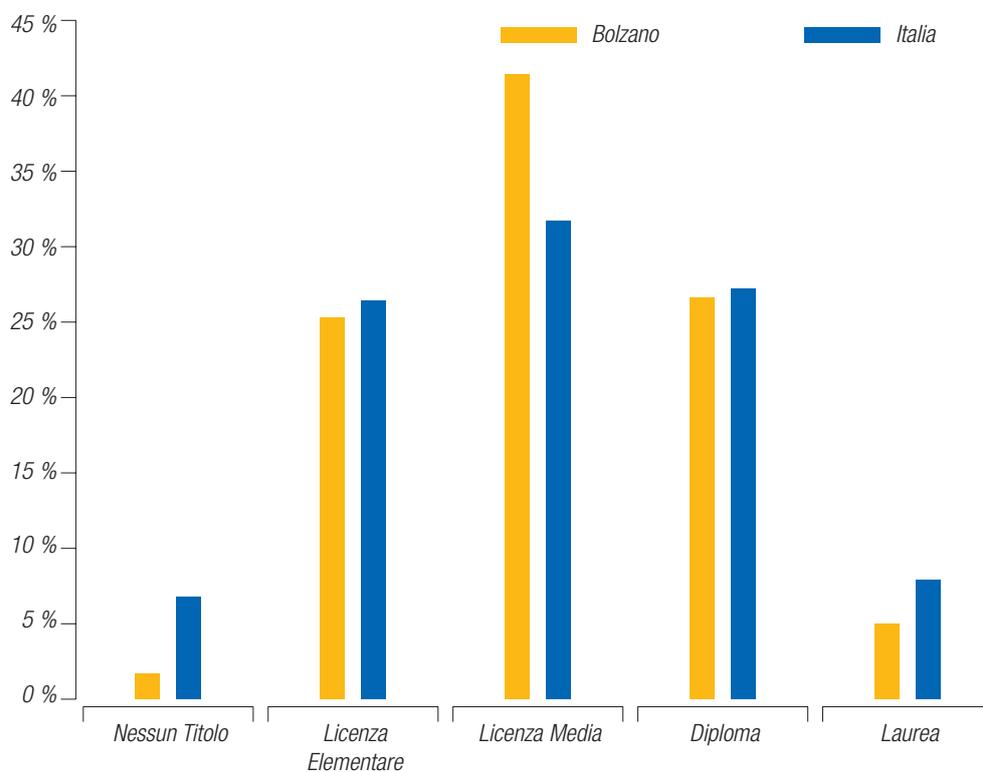
Rispetto al censimento del 1991 diminuisce la quota di popolazione con i titoli di studio della scuola dell'obbligo ed aumentano diplomati e laureati. In particolare scendono dal 2,0% all'1,7% le persone senza alcun titolo e dal 33,9% al 25,3% quelle in possesso della licenza elementare. Rimane costante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

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

Il tasso di proseguimento dalla scuola media inferiore alle scuole medie superiori è pari al 75,2% (anno 2003), in crescita di 4 punti tra il 1995 ed il 2003. Prosegue gli studi dopo la licenza media l'83,5% della popolazione femminile rispetto al 67,2% della popolazione maschile.

Tra i diciottenni è diplomato il 65,7% delle femmine ed il 45,4% dei maschi.

Figura 6: Popolazione residente per grado d'istruzione. Bolzano e Italia, censimento 2001



**ASTAT.** *Annuario Statistico della Provincia di Bolzano, 2004.*

**ISTAT.** *Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 1999-2000.*

**ISTAT.** *Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" - anno 2000.*

**ASTAT.** *Occupati e disoccupati in provincia di Bolzano. ASTATInfo nr. 9/2004*

**ASTAT.** *Prezzi 2004. ASTATInfo nr. 7/2005*

**ISTAT.** *I consumi delle famiglie. Anno 2003*



## 2. DETERMINANTI DI SALUTE

I determinanti di salute sono elementi di rischio, che interagiscono nell'impostare, mantenere, alterare le condizioni di salute nel corso della vita.

I rischi di malattia possono diversificarsi secondo molti fattori, per esempio il genere sessuale, l'attività lavorativa, l'alimentazione, le condizioni socio-economiche, l'area di residenza, ciascuno dei quali può, da solo o più spesso in concomitanza con gli altri, essere predisponente o protettivo rispetto ad una determinata patologia.

A fronte di una malattia o di un disagio, il più delle volte non basta limitarsi ad isolare il singolo fattore di rischio, ma è necessario individuare la catena dei determinanti che in combinazione produce il danno sulla salute, sia di individui singoli che di gruppi di popolazione in specifici contesti sociali.

Una malattia è quindi la conseguenza di un insieme complesso di fattori che agiscono sulla persona e spesso i comportamenti personali legati alla salute sono in grado di spiegare una quota consistente di morbosità. Non sempre però il soggetto sceglie liberamente l'esposizione a questi fattori di rischio, lo fa per esempio scegliendo di esercitare uno sport pericoloso, mentre la sua libertà di scelta è limitata nel caso di determinanti quali inquinamento ed alimentazione.

I determinanti di salute possono essere quindi strettamente individuali, come il sesso, l'età, il patrimonio genetico, oppure individuati dal comportamento personale e dallo stile di vita, da fattori sociali che possono rivelarsi un vantaggio o uno svantaggio, da condizioni di vita, lavoro e accesso ai servizi sanitari, da condizioni generali socioeconomiche, culturali e ambientali.

Tabella 1: **Determinanti di salute**

<i>Individuali</i>	<i>Socio-economici</i>	<i>Ambientali</i>	<i>Stili di vita</i>	<i>Accesso ai servizi</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrimonio genetico</li> <li>• Sesso</li> <li>• Età</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condizioni economiche</li> <li>• Stato occupazionale</li> <li>• Contesto socio-culturale di vita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aria</li> <li>• Acqua ed alimenti</li> <li>• Area di residenza</li> <li>• Abitazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abitudine al fumo</li> <li>• Alimentazione</li> <li>• Attività fisica</li> <li>• Abuso di sostanze e farmaci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema scolastico</li> <li>• Sistema sanitario</li> <li>• Servizi sociali</li> <li>• Trasporti</li> <li>• Attività ricreative</li> </ul>

**I FATTORI SOCIOECONOMICI**

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

**L'AMBIENTE FISICO**

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

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

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

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

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

### 2.1.1. Il fumo

Il fumo di sigaretta è un importante fattore di rischio per patologie tumorali, dell'apparato circolatorio e di quello respiratorio.

Il fumo in gravidanza è direttamente correlato con il basso peso alla nascita.

I fumatori in provincia sono circa 100.000, il 29% degli uomini ed il 23% delle donne.

L'abitudine al fumo è in crescita tra le donne ed in ripresa tra gli uomini.

La maggiore prevalenza dell'abitudine al fumo risulta nella classe di età tra 15 e 30 anni.

Sono in diminuzione i forti fumatori.

I decessi nel 2002 per cause attribuibili al fumo sono stati 559 (15,5% di tutti i decessi).

Il fumo di sigaretta è coinvolto nell'insorgenza di numerose forme di tumori maligni in sedi diverse: il polmone, le vie aeree e digestive superiori, il rene e la vescica. Il fumo rappresenta inoltre un importante fattore di rischio per malattie dell'apparato circolatorio (quali la cardiopatia ischemica, gli incidenti cerebrovascolari e le arteriopatie periferiche) e dell'apparato respiratorio (broncopneumopatie croniche ostruttive). Il basso peso alla nascita ed il ritardo di crescita intrauterino sono correlati al fumo in gravidanza. I danni per la salute del fumo si tradu-

LO STILE DI VITA

L'ACCESSIBILITÀ AI  
SERVIZI

I DANNI PER LA SALUTE

cono in un elevato numero di decessi evitabili, ma anche di ricoveri e di disabilità evitabili, con enormi costi per la società.

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

#### L'ABITUDINE AL FUMO

L'abitudine al fumo non è equamente distribuita nella popolazione. I dati delle indagini multiscopo dell'ISTAT evidenziano che gli uomini fumano in maggior misura rispetto alle donne e, sempre negli uomini, l'abitudine al fumo è più probabile in soggetti con bassa scolarità (circa il 40% di possibilità in più).

Gli ultimi dati disponibili, relativi al 2003, indicano che nella popolazione provinciale è possibile stimare circa 100 mila fumatori (55.000 mila maschi e 45.000 femmine), pari rispettivamente al 28,7% della popolazione maggiore di 14 anni d'età per i maschi ed al 22,5% per le femmine.

La percentuale di fumatrici tra le donne è in progressivo aumento, passando dal 17,6% del 1997 al 22,5% del 2003. Il fenomeno appare in ripresa anche tra gli uomini dopo la diminuzione degli ultimi anni. Confrontando i dati provinciali con quelli nazionali (anno 2002) si rileva una minore percentuale di maschi fumatori in provincia (26,8% contro 30,9%) mentre è maggiore la prevalenza delle fumatrici (17,7% contro 17,1%).

Il fenomeno è maggiormente concentrato nelle fasce d'età fino a 30 anni, con il 36% di fumatori tra 15 e 19 anni ed il 37,1% tra 20 e 29 anni. Rispetto al dato nazionale (2002) appare più elevata in provincia la prevalenza di giovani fumatori (in Italia la percentuale di fumatori in età 18-19 anni è del 23,1%, in età 20-24 del 28,9% ed in età 25-34 del 30,6%).

I forti fumatori (più di 20 sigarette al giorno) sono pari al 6,5% di tutti i fumatori, percentuale in diminuzione rispetto al 1997 (9,2%) ed in aumento rispetto al 2002 (5,6%). La quota è comunque inferiore al valore nazionale (2002) che è pari al 9,6%.

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

Gli ex fumatori sono pari al 27,3% della popolazione tra i maschi (il 28,0% in Italia nel 2002) ed al 19,5% tra le femmine (13,8% in Italia nel 2002).

#### IL CONSUMO MEDIO

Il consumo medio giornaliero di sigarette non ha subito particolari variazioni nel corso degli anni, diminuendo a livello provinciale tra il 1993 ed il 2003 da 11,0 a 10,1 sigarette al giorno, ed a livello nazionale, tra il 1993 ed il 2002, da 15,1 a 14,4 sigarette al giorno.

#### L'ETÀ DI INIZIO

Dall'indagine "Il fumo in Italia", condotta nel 2004 dalla Doxa per conto dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori emergono ulteriori

dati interessanti: l'età media alla quale si inizia a fumare è di 16,8 anni per i maschi e 18,2 anni per femmine. Il 23,4% dei maschi ed il 16,2% inizia prima dei 15 anni.

Il 41,6% fra gli attuali fumatori ha fatto almeno un tentativo per smettere di fumare, nel 4,5% dei casi senza risultati. Una riduzione del consumo si è verificata nel 12,4% dei casi: il 19,3% ha smesso per qualche anno, il 31,8% per qualche mese, il 32% per qualche settimana o qualche giorno.

Nel tentativo di smettere di fumare prevale l'assenza di supporti: il 90,4% di chi ha smesso di fumare non ha avuto bisogno di supporti, il 4,8% ritiene di non essere mai stato un "vero" fumatore, ed il 4,8% ha utilizzato un supporto psicologico e/o farmacologico.

Tra coloro che hanno tentato senza successo di smettere di fumare l'87,1% lo ha fatto senza l'ausilio di supporti, mentre il restante 12,9% ha utilizzato un supporto psicologico e/o farmacologico.

L'esito delle scritte sui pacchetti di sigarette è stato una riduzione del consumo nel 9,6% dei casi, mentre il 51,5% dei fumatori, pur colpito dal messaggio, non ha ridotto il consumo ed il 38,9% è rimasto indifferente.

## TENTATIVI DI SMETTERE

Figura 1: Fumatori nella popolazione per classe di età. Provincia di Bolzano, anno 2003

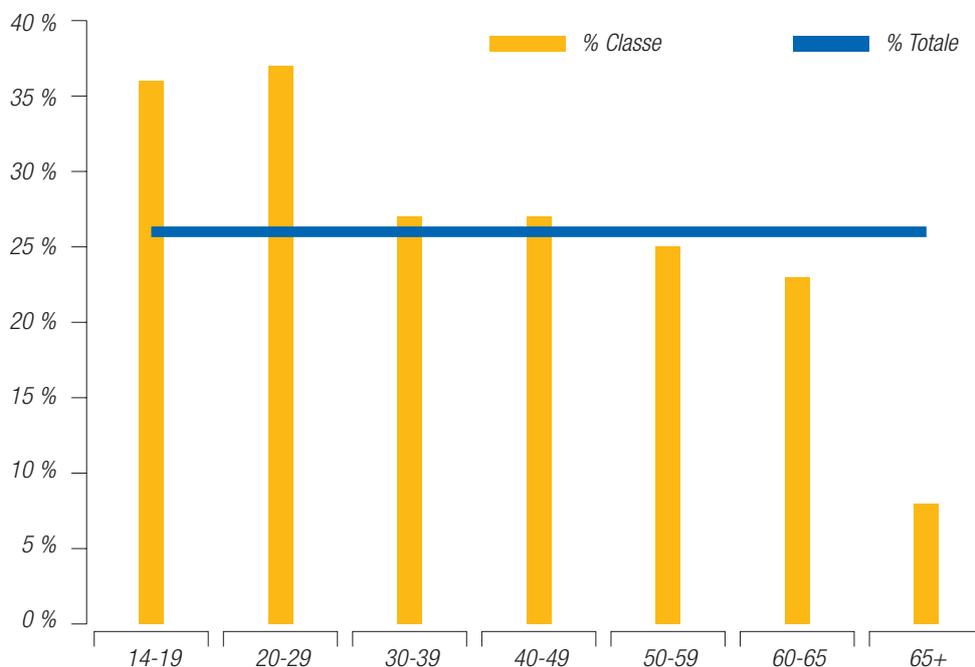
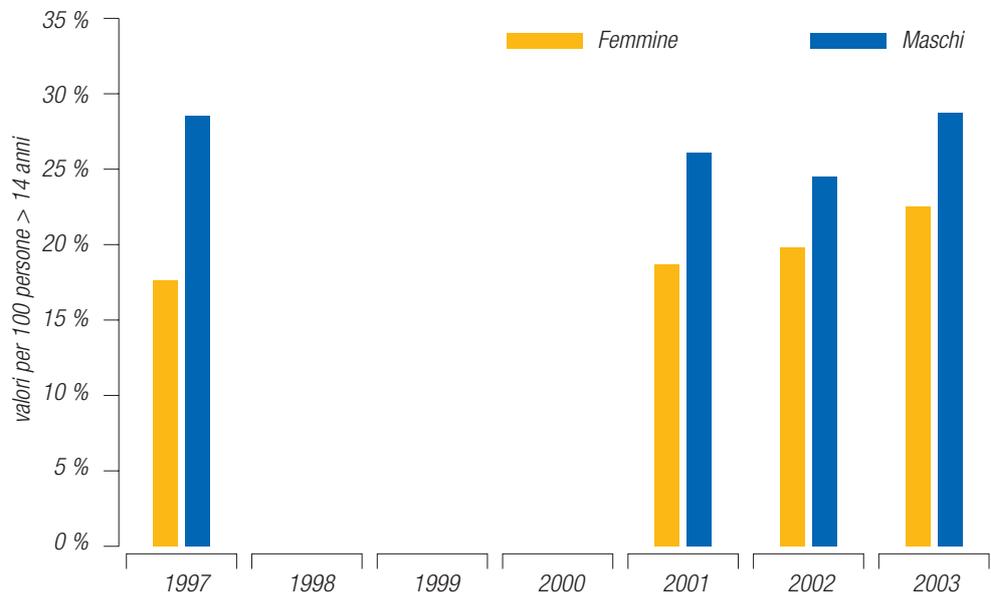


Figura 2: Prevalenza di fumatori nella popolazione per genere. Provincia di Bolzano, anni 1997 e 2001-2003.



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

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

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

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

Nel 2001 sono stati stimati circa 370 decessi tra i maschi e 165 tra le donne per cause attribuibili al fumo, valori che crescono rispettivamente a 378 ed a 181 decessi nel 2002.

Il maggior numero di decessi fumo-attribuibili tra i maschi è imputabile ai tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni (109 casi nel 2001 e 103 casi nel 2002), ed

anche tra le donne, a partire dal 2000, la causa di decesso fumo-correlata più frequente è diventata il tumore del polmone (29 casi nel 2001, 33 casi nel 2002), mentre precedentemente prevalevano le malattie ischemiche del cuore.

Tabella 2: **Decessi attribuibili al fumo per causa e genere. Provincia di Bolzano, anno 2001**

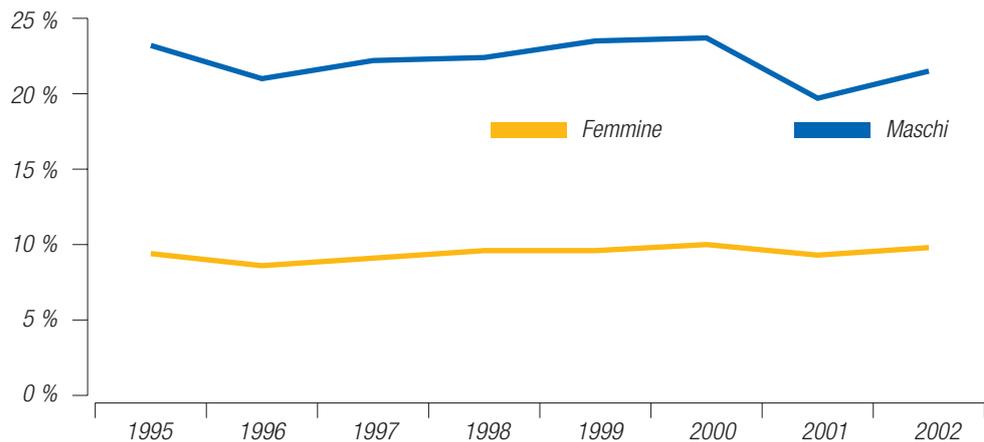
Causa (per età ≥ 35 anni eccetto dove diversamente specificato)	Maschi		Femmine	
	FAF	Morti	FAF	Morti
Tumori maligno delle labbra, della cavità orale e della faringe	76,8%	19,2	44,7%	4,0
Tumori maligni dell'esofago	72,7%	10,9	56,1%	2,2
Tumori maligni del pancreas	27,4%	5,5	21,6%	8,0
Tumori maligni della laringe	84,1%	7,6	71,0%	0,0
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	89,2%	108,8	69,6%	28,5
Tumori maligni del collo dell'utero		0,0	9,8%	0,8
Tumori maligni della vescica	48,8%	11,7	24,8%	2,0
Tumori maligni del rene e di altri e non specificati organi urinari	40,7%	6,9	4,8%	0,6
Ipertensione	23,5%	7,8	11,9%	9,2
Malattie ischemiche del cuore: età 35-64 anni	40,3%	20,1	26,1%	1,8
Malattie ischemiche del cuore: età 65 e + anni	16,8%	40,7	10,8%	26,8
Altre malattie cardiache	21,4%	27,8	8,6%	21,6
Malattie cerebrovascolari: età 35-64 anni	36,6%	2,9	32,5%	1,6
Malattie cerebrovascolari: età 65 e + anni	14,6%	19,1	7,0%	12,6
Aterosclerosi	32,2%	13,2	10,6%	8,7
Aneurisma aortico	67,0%	6,0	51,3%	1,0
Altri disturbi delle arterie	21,2%	1,5	15,8%	1,0
Polmonite e influenza	23,9%	12,4	15,6%	13,1
Bronchite cronica e enfisema	90,2%	47,8	77,6%	21,7
Altre ostruzione croniche delle vie respiratorie	81,6%	0,0	73,3%	0,0
<b>TOTALE</b>		<b>369,9</b>		<b>165,3</b>

Tabella 3: **Decessi attribuibili al fumo per causa e genere. Provincia di Bolzano, anno 2002**

Causa (per età ≥ 35 anni eccetto dove diversamente specificato)	Maschi		Femmine	
	FAF	Morti	FAF	Morti
Tumori maligno delle labbra, della cavità orale e della faringe	76,8%	19,8	44,7%	3,2
Tumori maligni dell'esofago	72,7%	17,3	56,1%	1,2
Tumori maligni del pancreas	27,4%	8,2	21,6%	9,8
Tumori maligni della laringe	84,1%	11,3	71,0%	0,7
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	89,2%	103,3	69,6%	33,1
Tumori maligni del collo dell'utero		0,0	9,8%	0,4
Tumori maligni della vescica	48,8%	17,1	24,8%	2,8
Tumori maligni del rene e di altri e non specificati organi urinari	40,7%	6,3	4,8%	0,6
Ipertensione	23,5%	9,2	11,9%	10,7
Malattie ischemiche del cuore: età 35-64 anni	40,3%	13,3	26,1%	2,4
Malattie ischemiche del cuore: età 65 e + anni	16,8%	39,1	10,8%	28,1
Altre malattie cardiache	21,4%	28,9	8,6%	21,6
Malattie cerebrovascolari: età 35-64 anni	36,6%	4,2	32,5%	2,3
Malattie cerebrovascolari: età 65 e + anni	14,6%	15,8	7,0%	15,3
Aterosclerosi	32,2%	14,3	10,6%	9,4
Aneurisma aortico	67,0%	7,6	51,3%	1,1
Altri disturbi delle arterie	21,2%	1,3	15,8%	1,5
Polmonite e influenza	23,9%	17,5	15,6%	9,3
Bronchite cronica e enfisema	90,2%	43,8	77,6%	28,1
Altre ostruzione croniche delle vie respiratorie	81,6%	0,0	73,3%	0,0
<b>TOTALE</b>		<b>378,5</b>		<b>181,7</b>

Rispetto a tutte le cause di morte ed a tutte le classi di età la frazione complessiva di decessi attribuibile al fumo nel 2002 è stimabile pari al 21,5% per gli uomini ed al 9,8% per le donne. La tendenza nel periodo esaminato è leggermente in aumento per le donne mentre è sostanzialmente stabile per gli uomini.

Figura 3: **Frazione di decessi attribuibili al fumo sul totale dei decessi per tutte le cause. Bolzano, anni 1995-2002**



### 2.1.2. L'alimentazione

La nutrizione è uno dei maggiori determinanti di salute ed è fortemente correlata all'insorgenza di tumori e malattie cardiovascolari.

Le carenze alimentari più rilevanti nelle popolazioni sviluppate riguardano lo iodio, l'acido folico ed il ferro.

La prevalenza del gozzo in provincia di Bolzano è stata ridotta, grazie alla iodio-profilassi, dal 24% all'1,5%.

La quota delle spese delle famiglie destinata ai generi alimentari è diminuita negli ultimi 30 anni dal 40% al 15%.

Almeno il 12% della popolazione provinciale non segue una corretta dieta alimentare.

La prevalenza di obesi nella popolazione è del 6%, mentre quella di persone in soprappeso è del 29%, in entrambi i casi inferiore alla media nazionale.

#### I DANNI ALLA SALUTE

La nutrizione è riconosciuta come uno dei maggiori determinanti di salute. Insieme al fumo ed alla scarsa attività fisica rappresenta uno dei determinanti più importanti per le malattie cardiovascolari ed i tumori. E' stato stimato come attribuibile alla dieta tra il 30% e il 40% dei tumori, oltre un terzo delle morti per malattie cardiovascolari nelle persone con meno di 65 anni. Almeno l'80% dei casi di diabete di secondo tipo sono correlati all'obesità e al soprappeso. Le diete ricche di grassi animali e povere di frutta e verdura, specialmente se associa-

te all'abitudine al fumo, all'ipertensione ed all'obesità, sono responsabili di gravi danni per la salute nonché dello sviluppo di patologie largamente diffuse nella popolazione.

La nutrizione e le abitudini alimentari legate alla salute, la qualità e l'igiene degli alimenti, le intolleranze alimentari ed i disturbi dell'alimentazione sono aspetti rilevanti nella relazione tra alimentazione e salute.

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

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

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

Una profilassi iodica può aiutare nella prevenzione del gozzo endemico e degli altri disordini da carenza iodica. La profilassi, che consiste in misure semplici come l'assunzione di sale iodato, ha portato alla completa eradicazione del gozzo in alcuni paesi europei, come la Svizzera ed i paesi Scandinavi. L'Europa rimane una delle regioni a più basso utilizzo di sale iodato nelle famiglie (27 per cento contro il 90 per cento delle famiglie statunitensi). In Italia è stata avviata dal 1997 una Campagna nazionale di educazione alimentare ma la vendita di questo tipo di sale è ancora troppo scarsa (circa il 3 per cento di tutto il sale alimentare). Un programma di iodiofilassi in provincia di Bolzano è stato avviato già dal 1982, sostenuto da una serie di campagne di sensibilizzazione. La carenza di iodio in provincia determinava infatti una forte prevalenza del gozzo endemico. La valutazione del programma con un'indagine campionaria nelle scuole elementari e medie provinciali ha permesso di evidenziare la diminuzione della prevalenza

#### LA CARENZA DI ACIDO FOLICO

#### LA CARENZA DI IODIO

#### LA PROFILASSI IODICA

#### LA IODIOPROFILASSI IN PROVINCIA DI BOLZANO

**LA CARENZA DI FERRO**

del gozzo di grado 1B, quella più grave, da 23,6% nel 1982 a 1,5% nel 2001, mentre quella di grado 1A è diminuita da 25,5% nel 1982 a 13% nel 2001.

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

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

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

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

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

I dati sulle abitudini alimentari in provincia di Bolzano provengono dall'Indagine Multiscopo ISTAT condotta nel 2003 dall'ASTAT.

È d'uso tra la popolazione provinciale iniziare la giornata con la colazione (93,6%) ed in particolare il 72,2% degli intervistati dichiara di fare una colazione completa (il 74,4% della popolazione di lingua tedesca ed il 67,4% di quella di lingua italiana), bevendo the, caffè, caffelatte o cappuccino e mangiando qualcosa. A livello nazionale dichiara di fare una colazione adeguata il 76,4% della popolazione (anno 2002).

Il pasto principale della giornata è considerato il pranzo (84% della popolazione di 3 anni o più, il 76,3% di quella delle aree urbane e l'89,3% di quella delle aree

**LE ABITUDINI**

**ALIMENTARI IN**

**PROVINCIA DI BOLZANO**

**LE ABITUDINI**

**ALIMENTARI IN**

rurali). A livello nazionale è minore la quota di popolazione che considera il pranzo come il pasto principale (70,5% nel 2002). La cena è considerata come pasto principale dal 9,9% della popolazione (22% a livello nazionale nel 2002). Il 68,2% dei bambini d'età compresa tra 3 e 5 anni mangia presso la mensa scolastica, mentre il 70% dei lavoratori dipendenti pranza a casa.

Se si definisce come consumo eccessivo l'assunzione più di una volta al giorno di alimenti quali salumi, formaggi, carni rosse e di maiale, risulta che il 12,2% della popolazione non si alimenta correttamente, ed inoltre l'11,4% della popolazione di lingua tedesca ed il 4% di lingua italiana utilizzano grassi animali per la cottura dei cibi.

Tabella 4: **Alimenti per frequenza di consumo. Valori per 100 persone di 3 anni e oltre. Provincia di Bolzano, anno 2003**

	Più di 1 volta al giorno	1 volta al giorno	Qualche volta alla settimana	Meno di una volta alla settimana	Mai
Pane, pasta, riso	30	51	18,3	0,6	0,1
Carne	5,2	28,5	51,9	14,1	0,4
- salumi	1,9	19,1	46,1	25,3	7,6
- pollo, tacchino, coniglio, vitello	0,7	3,9	43,7	47	4,7
- carni bovine	0,5	2,4	43,2	47,4	6,6
- carni di maiale	0,3	1,6	28	50,8	19,3
Pesce	0,6	1,3	23,8	58,1	16,2
Latte	17,5	50	12,4	9,1	11
Formaggi, latticini	9,5	40,8	40	7,2	2,5
Uova	1,2	4,8	46,2	41,4	6,4
Verdura	37	45,7	9,4	5,6	2,2
Frutta	22,1	45,6	22,6	7,5	2,1

Fonte: ASTAT

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

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

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

## IL SOPRAPPESO E L'OBESITÀ

**PERSONE OBESE O IN  
SOPRAPPEO IN  
PROVINCIA DI BOLZANO**

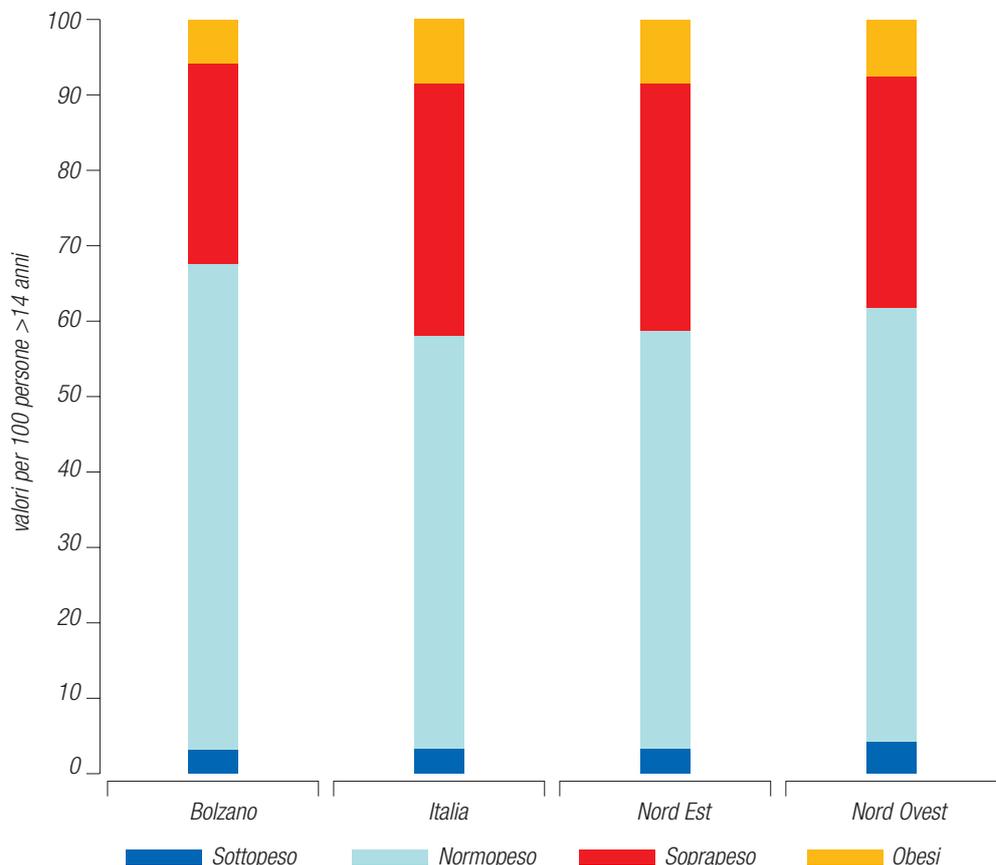
è più diffuso fra le donne di livello socioeconomico e culturale più elevato. La stima dai dati dell'Indagine Multiscopo 2002 del numero di persone obese (Indice di Massa Corporea  $\geq 30$ ) in provincia di Bolzano è pari a circa 22.500 unità nella popolazione a partire da 15 anni di età, corrispondente al 5,8% della popolazione di riferimento (8,5% complessivamente in Italia). La percentuale di obesi in provincia è la più bassa tra le regioni italiane, così come la più elevata risulta la percentuale di persone con peso normale (il 64,4%, 54,8% la media nazionale). È sottopeso il 3,2% della popolazione locale, rispetto ad una media italiana del 3,3%.

Dai dati nazionali si rileva che la popolazione obesa cresce all'aumentare dell'età, raggiunge il massimo attorno ai 50 anni e decresce nelle età anziane. Questo andamento è più marcato per le donne rispetto agli uomini.

Le differenze tra i due sessi emergono per la condizione professionale: la percentuale in soprappeso od obesa tra gli uomini occupati è superiore alla media, mentre tra le donne soprappeso ed obesità sono molto meno diffuse nella popolazione occupata.

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

Figura 4: **Popolazione per classi di peso (BMI): Bolzano, Italia, Nord Est, Nord Ovest. Anno 2002**



L'abitudine al controllo del proprio peso è direttamente proporzionale all'istruzione e alla classe sociale in entrambi i sessi.

Dai dati dell'Indagine Multiscopo 2003 in provincia di Bolzano risulta che il 2,8% dei maschi ed il 5,5% delle femmine controlla giornalmente il proprio peso, mentre il 17,8% ed il 24,8% delle femmine lo fa almeno una volta alla settimana. Almeno un controllo mensile è fatto dal 26,7% degli uomini e dal 25,3% delle donne mentre il 15,6% degli uomini ed il 14,0% delle donne non ha l'abitudine di controllare il proprio peso.

### 2.1.3. L'attività fisica

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

Il 22% della popolazione provinciale è socia attiva in un gruppo sportivo.

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

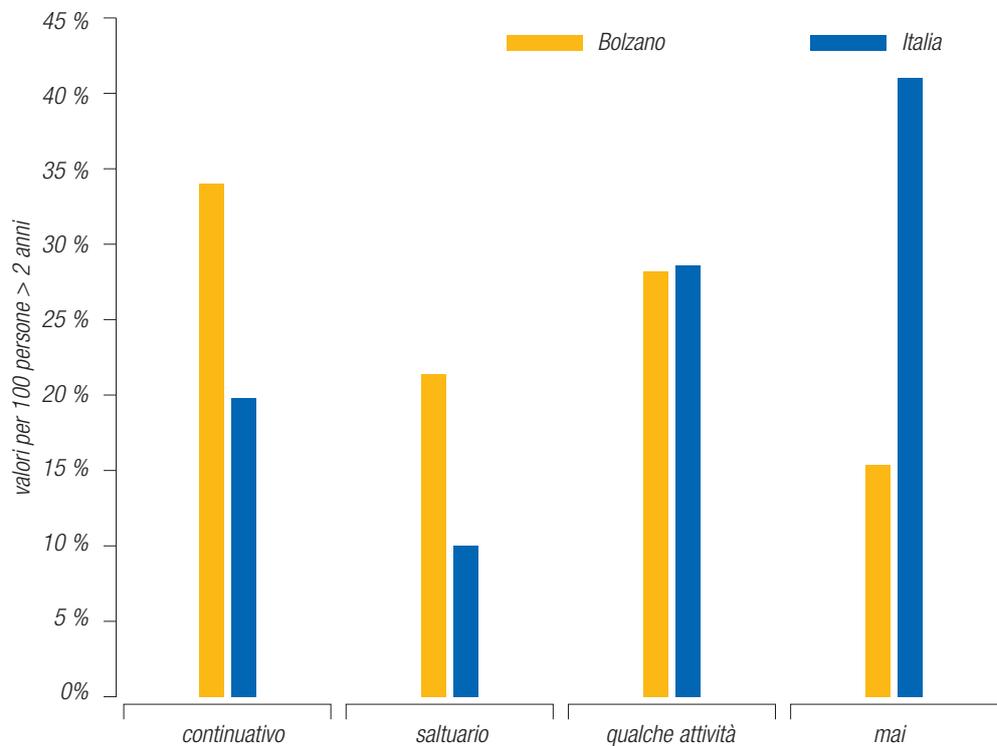
E' dimostrato che la pratica di adeguata e regolare attività fisica aerobica è in grado di agire come fattore protettivo verso patologie ad incidenza elevata nella popolazione generale, quali malattie cardiovascolari in generale e coronaropatia e ipertensione arteriosa in particolare, osteoartriti, osteoporosi.

A livello provinciale, nel 2003, il 21,7% della popolazione è socia attiva di una società sportiva, ed in particolare il 31,3% dei maschi ed il 12,4% delle femmine. Dall'indagine multiscopo del 2002 risulta inoltre una quota del 34,0% di persone con almeno 3 anni di età che praticano sport con continuità, rispetto ad una quota del 19,8% rilevata a livello nazionale. Le persone che praticano saltuariamente uno sport sono il 21,4%, contro il 10% a livello nazionale. I non praticanti sono pari al 15,4% della popolazione a partire da 3 anni di età, mentre complessivamente in Italia sono il 41,0%.

Rispetto ai dati della Multiscopo 1997 si rileva una crescita della quota di praticanti del 7,7% a livello locale e del 3,1% a livello nazionale, mentre le persone che non praticano attività sportiva crescono del 5,4% in provincia e del 3,1% in Italia.

L'ABITUDINE AL CONTROLLO DEL PESO

Figura 5: **Persone che svolgono attività fisica: Bolzano e Italia, anno 2002**



## 2.2. L'ABUSO DI SOSTANZE

Sono stati stimati in circa 100 i nuovi consumatori di eroina in provincia nel 2004 (3,9 ogni 10.000 abitanti di età compresa tra 15 e 54 anni).

I nuovi utenti presi in carico dai SerT con l'eroina come sostanza d'abuso sono stati 22 nel 2003 e 7 nel 2004.

L'incidenza dei consumatori di eroina è in costante ed evidente calo a partire dagli anni novanta.

Le dimissioni ospedaliere di pazienti che facevano uso di droghe sono state 105 nel corso del 2004 (40 per 100.000 abitanti), in progressiva diminuzione (erano state 196 nel 1999).

Nel corso del 2004 sono stati 1.398 gli assistiti dai SerT, 735 dei quali come utenti in carico, e tra questi 41 nuovi utenti in carico.

È in aumento il consumo di bevande alcoliche lontano dai pasti.

Il consumo di bevande alcoliche fuori pasto tende a diffondersi sempre più tra i giovani e tra le donne.

Sono state dimesse 1.464 persone dagli ospedali provinciali con diagnosi alcol correlate (309 ogni 100.000 abitanti).

I decessi alcol correlati sono stati 15 nel 2002, pari a 3,2 per 100.000 abitan-

ti, in tendenziale diminuzione a partire dal 1999.

Gli utenti con dipendenza da alcol presi in carico nel 2004 da parte dei SerT e delle associazioni private provinciali sono stati 1.910 (4,0 per 1.000 abitanti).

La dipendenza patologica è definita dalla comunità scientifica internazionale come una condizione caratterizzata dalla presenza di un desiderio compulsivo ad assumere la sostanza (craving), con perdita del controllo a limitarne l'uso, ed una caratteristica sindrome d'astinenza, che insorge, con sintomi e segni fisici e motivazionali di malessere, quando la sostanza viene sospesa.

Oltre ad influenzare direttamente la salute, le dipendenze patologiche influenzano più o meno negativamente i comportamenti sociali dell'individuo.

Gli indicatori proposti dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT) per il monitoraggio del fenomeno fanno riferimento all'uso di sostanze nella popolazione generale, all'uso problematico di sostanze, alla domanda di trattamento, alle patologie infettive, ai decessi correlati.

Ulteriori indicazioni sull'evoluzione del fenomeno possono venire da indicatori sulla criminalità correlata alla droga (denunce, operazioni antidroga, procedimenti penali, condanne e soggetti detenuti per reati correlati alla droga) e dalle segnalazioni per possesso di sostanze stupefacenti (art 75 del DPR 309/90).

### 2.2.1. La dipendenza da droghe

Le fonti principali per l'analisi delle tendenze di consumo di droghe in Italia sono costituite dai progetti ESPAD (sulla popolazione tra 15 e 19 anni) ed IPSAD (sulla popolazione tra 15 e 54 anni).

Il primo è promosso e coordinato dal Consiglio Svedese per l'informazione sull'Alcool e altre Droghe (CAN), ed è replicato annualmente in Italia a partire dal 1999 dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR). Il secondo, realizzato nel corso del 2001 sempre dal CNR, ha rappresentato la prima indagine italiana sulla prevalenza d'uso di alcol e sostanze illegali nella popolazione.

I dati nazionali del 2003 evidenziano che circa un quinto della popolazione tra 15 e 54 anni d'età ha fatto uso almeno una volta nella vita di cannabinoidi (22,4%), che il 4,6% ha assunto cocaina, il 4,5% allucinogeni e solventi, l'1,9% amfetamine, l'1,8% ecstasy e l'1,1% oppiacei.

Il consumo di cannabinoidi almeno una volta nella vita è un'esperienza correlata con l'età: un terzo della popolazione tra 15 e 19 anni ne ha fatto uso (33,8% secondo lo studio ESPAD). Secondo lo studio ISPAD la quota decresce poi progressivamente dal 31,6% tra 15 e 24 anni a 10,2% tra 45 e 54 anni.

Il consumo almeno una volta nella vita per le altre sostanze registra picchi nella fascia d'età tra 25 e 34 anni per cocaina (7,0%), amfetamine (2,4%) ed ecstasy

(3,7%), e tra 35 e 44 anni per gli oppiacei (1,5%).

Per quanto riguarda il consumo più recente di sostanze illegali, il 7,1% della popolazione tra 15 e 54 anni d'età ha fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi (il 16,7% della popolazione tra 15 e 24 anni), ed il 4,6% negli ultimi 30 giorni.

La cocaina, che rappresenta la seconda sostanza illegale più utilizzata, è stata assunta dall'1,2% della popolazione tra 15 e 54 anni negli ultimi 12 mesi, e dal 0,6% negli ultimi 30 giorni.

**USO PROBLEMatico DI  
SOSTANZE**

Le indagini ESPAD ed IPSAD riferiscono la diffusione complessiva del fenomeno droga nelle popolazioni osservate, tuttavia non riescono a rilevare in maniera affidabile le situazioni in cui l'uso di sostanze può assumere aspetti particolarmente preoccupanti.

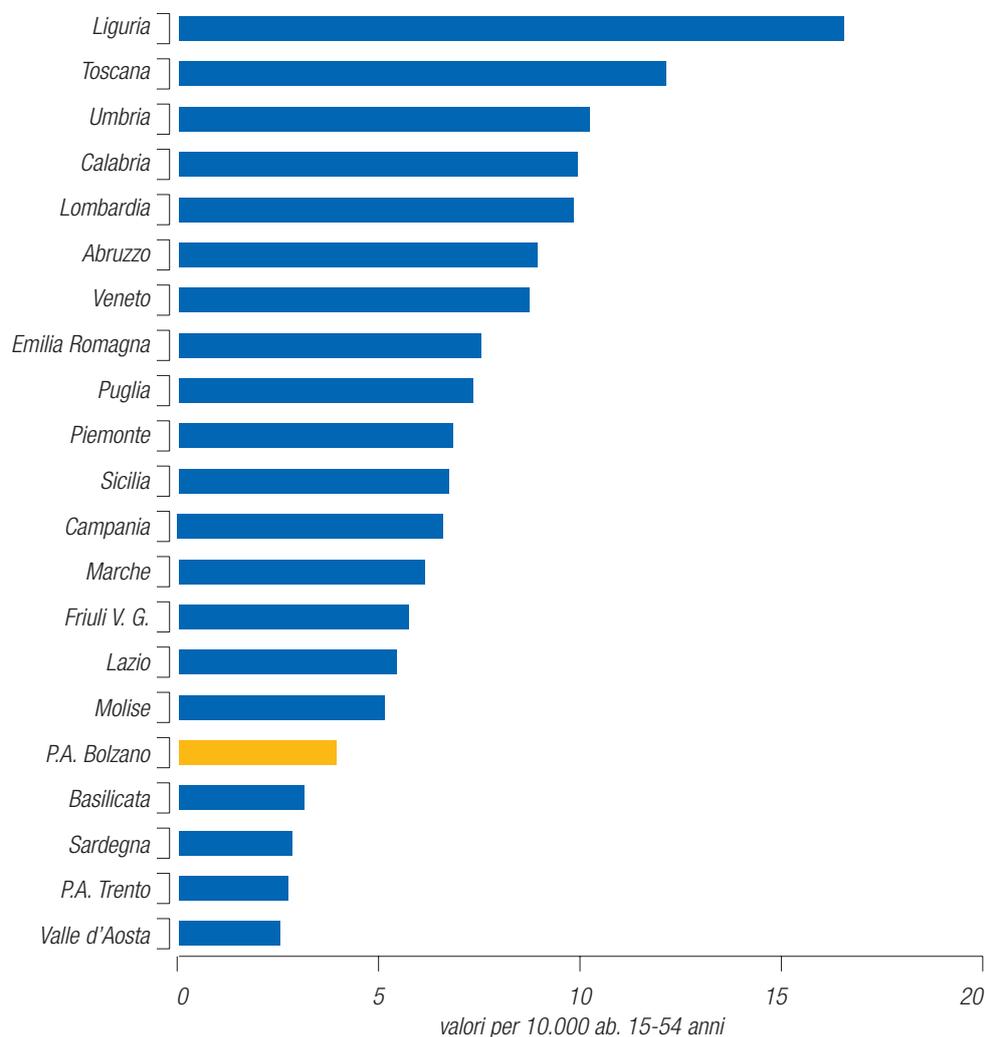
A tale proposito è stato elaborato dall'Osservatorio Europeo un indicatore di uso problematico di sostanze, al fine di stimare il numero di consumatori che presentano gravi situazioni di utilizzo sulla base dei flussi informativi provenienti da diverse fonti ed opportunamente incrociati.

La stima per il 2003 a livello nazionale della prevalenza d'uso di eroina indica tra 8,6 e 9,3 ogni 1.000 abitanti nella fascia di età tra 15 e 54 anni la quota di soggetti che hanno fatto uso della sostanza almeno una volta nella vita. La stima di incidenza (i nuovi consumatori nel corso dell'anno) è invece pari a 8 persone ogni 10.000 della fascia di età tra 15 e 54 anni.

**INCIDENZA DEL  
CONSUMO DI EROINA IN  
PROVINCIA DI BOLZANO**

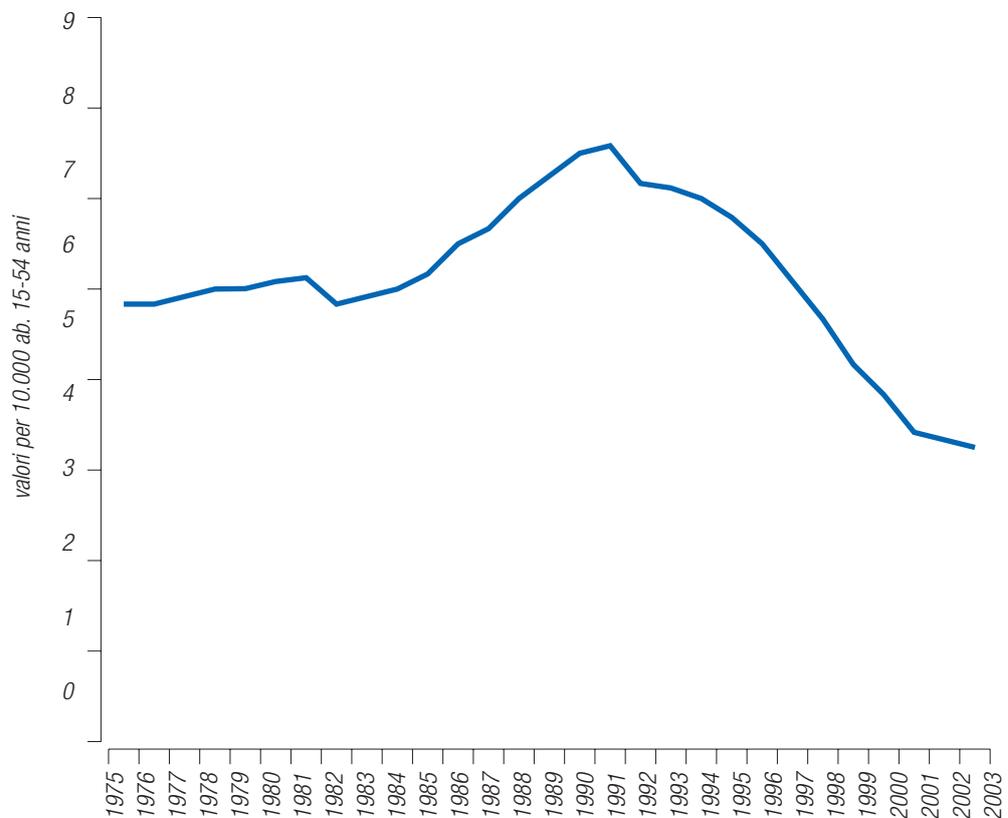
La stima dell'incidenza dei consumatori di eroina nel 2003 in provincia indica che per 10.000 abitanti nella fascia di età tra 15 e 54 anni i nuovi consumatori di eroina sono stati 3,9. Questi dati si discostano molto dall'incidenza di nuovi eroinomani assunti in carico dai SerT provinciali nel corso del 2003, pari a 0,8 per 10.000 abitanti nella stessa fascia di età; è evidente che, pur considerando le problematiche relative alla variabilità delle stime, una certa porzione del fenomeno rimane nascosta.

Figura 6: Incidenza del consumo di eroina nelle regioni italiane. Anno 2003



Il trend temporale evidenzia una tendenza alla diminuzione iniziata a partire dall'inizio degli anni novanta. In particolare, dopo la fase epidemica a cavallo dell'inizio degli anni novanta comune a tutte le regioni nord orientali, la provincia di Bolzano è quella che fa registrare la maggiore regressione del fenomeno, a fronte di una ripresa in Veneto ed Emilia Romagna, una sostanziale stabilità in Friuli ed una diminuzione meno marcata in provincia di Trento, che però partiva già da una situazione migliore (4,1 per 10.000 il picco nel 1991).

Figura 7: Incidenza del consumo di eroina in provincia di Bolzano. Anni 1975-2003



**DIMISSIONI OSPEDALIERE  
DROGA-CORRELATE**

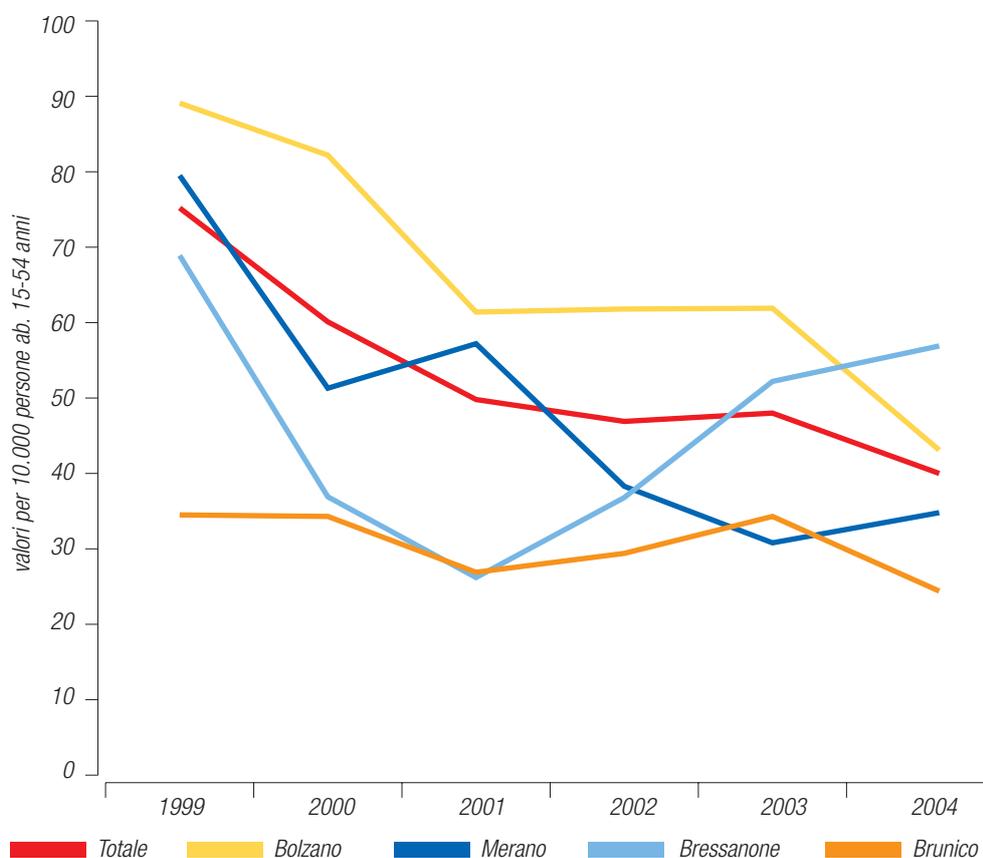
Attraverso i dati sull'assistenza ospedaliera è possibile rilevare la domanda soddisfatta di accesso ai servizi ospedalieri per cause legate alla dipendenza da sostanze. I dati per diagnosi sono stati elaborati in conformità al protocollo dell'EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction)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

Per le dimissioni ospedaliere droga-correlate, in particolare, sono stati utilizzati i codici ICD-IX 292 (psicosi indotta da droghe), 304.0 (dipendenza da oppioidi), 304.2-304.9 (dipendenza da cocaina, cannabinoidi, amfetamina e psicostimolanti, allucinogeni, altre), 305.2-305.3 (abuso di cannabinoidi e allucinogeni), 305.5-305.7 (abuso di oppioidi, cocaina, amfetamina), 305.9 (altri abusi). Sono state considerate sia le diagnosi principali che quelle secondarie.

I dati riportati fanno riferimento ai pazienti dimessi e non alle dimissioni: un paziente con più dimissioni in un anno per la diagnosi di interesse viene conteggiato una sola volta nell'anno.

I dati ospedalieri sui dimessi per uso/abuso di droghe ed alcol evidenziano un andamento decrescente negli ultimi anni, in accordo con l'andamento della prevalenza di tossicodipendenti in carico ai SerT nello stesso periodo di tempo. Unica eccezione è l'Azienda Sanitaria di Bressanone, per la quale si rileva un trend in crescita ed il più alto tasso di ospedalizzazione nel 2004.

Figura 8: Dimissioni ospedaliere per cause droga-correlate per Azienda Sanitaria in provincia di Bolzano. Anno 2004



I decessi correlati all'uso di droga sono stati individuati mediante la diagnosi principale di decesso a codificata dal registro provinciale di mortalità.

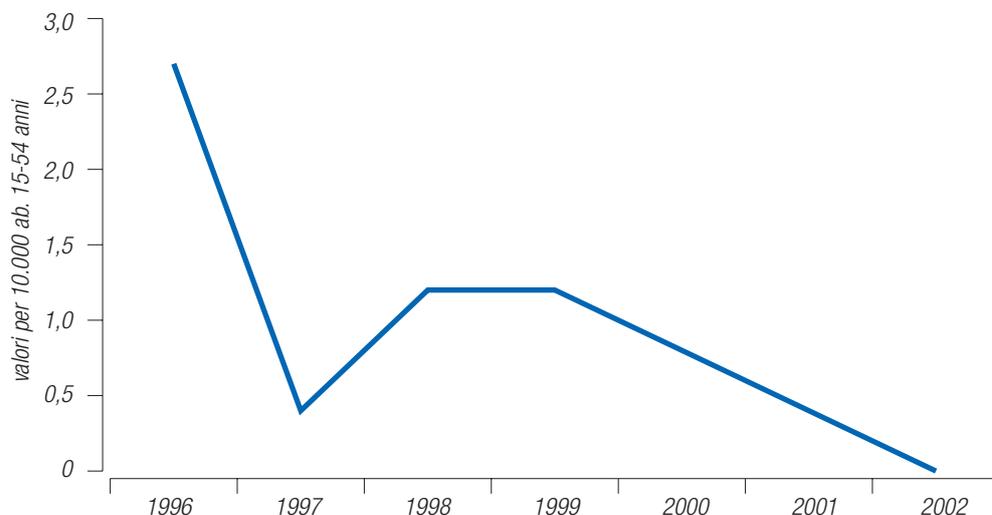
I decessi per AIDS sono stati individuati attraverso il codice ICD IX 279.1.

I decessi correlati all'utilizzo di farmaci o droghe sono stati individuati con i codici ICD IX 292 (psicosi da farmaci), 304.0 (farmacodipendenza da morfina), 304.2-304.9 (farmacodipendenza da cocaina, cannabinoidi, amfetamina e psicostimolanti, allucinogeni, altre), 305.2-305.3 (abuso di cannabinoidi e allucinogeni), 305.5-305.7 (abuso di oppioidi, cocaina, amfetamina), 305.9 (altri abusi).

Negli anni 2001 e 2002 risultano 11 decessi per AIDS (8 nel 2001 e 3 nel 2002), 1 decesso correlato all'uso di droga (nel 2001) e 46 decessi correlati all'uso di alcol (33 nel 2001 e 15 nel 2002).

**MORTALITÀ DRUGA  
CORRELATA**

Figura 9: **Mortalità per cause droga-correlate. Provincia di Bolzano, anni 1996-2002.**



**LA DOMANDA DI TRATTAMENTO**

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

**UTENTI IN CARICO**

Nel corso del 2004 sono stati 1.398 gli utenti assistiti dai SerT per problemi di tossicodipendenza, con un'assunzione in carico di 735 soggetti, pari al 52,6% delle persone complessivamente assistite. Gli utenti appoggiati sono stati 160.

Tabella 5: **Tossicodipendenti assistiti dai SerT in provincia di Bolzano. Anno 2004**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Utenti in carico	441	202	44	48	735
Soggetti appoggiati	102	29	14	15	160
Altri utenti	311	45	51	96	503
<b>Totale</b>	<b>854</b>	<b>276</b>	<b>109</b>	<b>159</b>	<b>1.398</b>

Fonte: SerT

La prevalenza puntuale media provinciale è di 3,9 utenti per 1.000 abitanti di età compresa tra 15 e 54 anni, con oscillazioni da 1,2 per i SerT di Bressanone e Brunico a 3,9 per 1.000 per quello di Bolzano. Il fenomeno appare in progressiva diminuzione nel corso degli ultimi anni.

Figura 10: Tossicodipendenti in carico ai SerT in provincia di Bolzano. Anno 2004

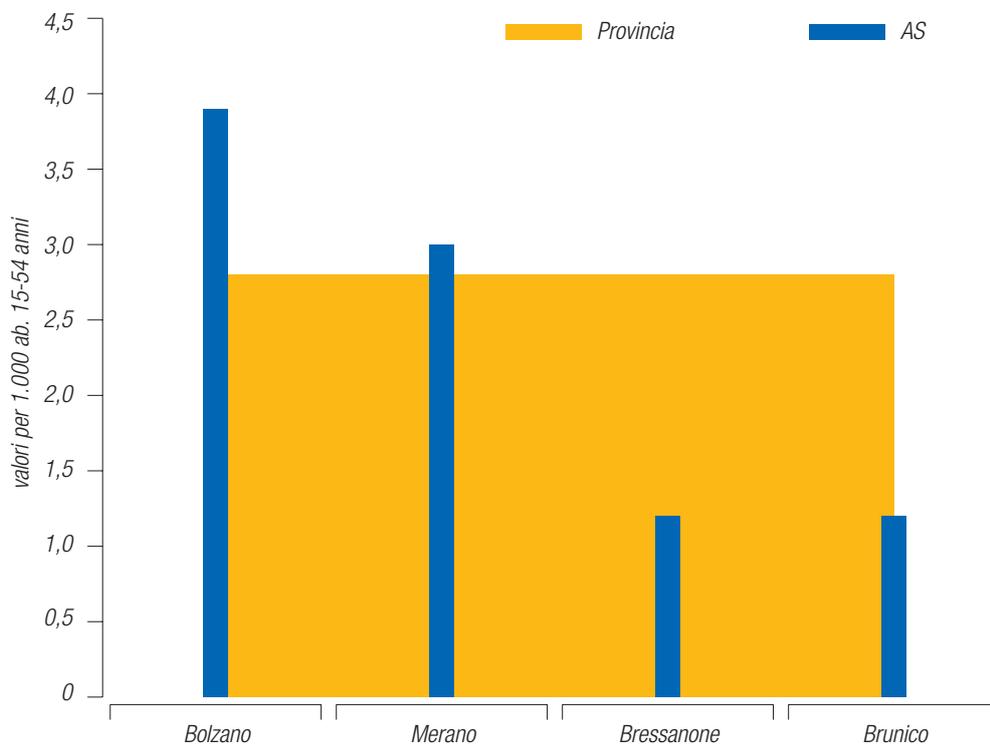
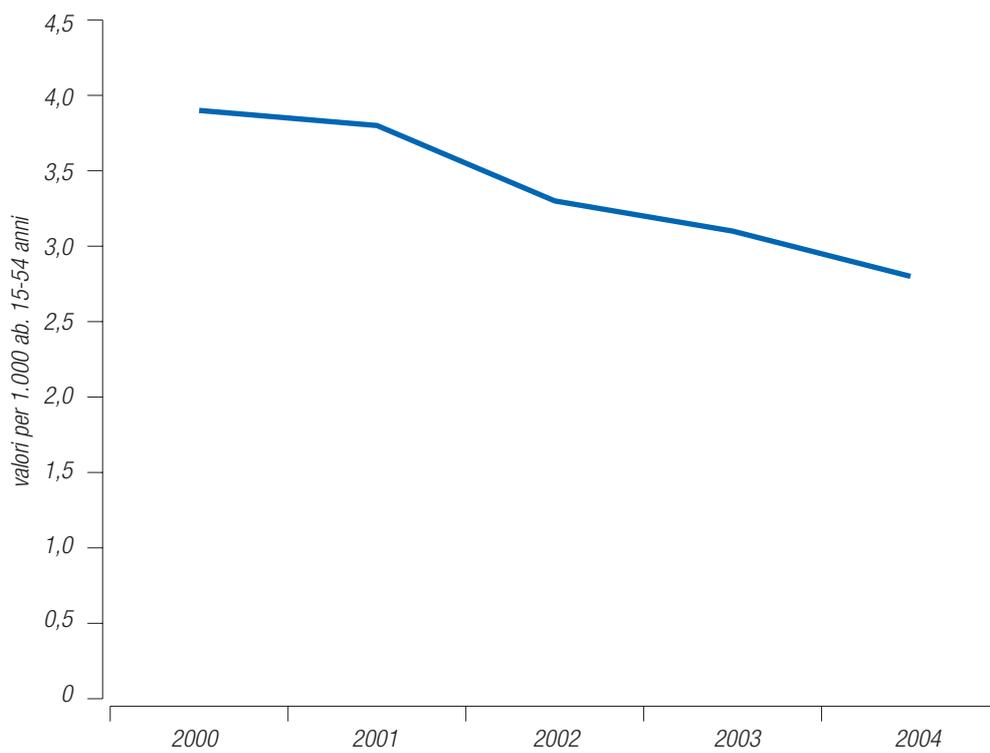


Figura 11: Prevalenza di tossicodipendenti in carico ai SerT in provincia di Bolzano. Anni 2000-2004



NUOVI UTENTI IN CARICO

L'età media degli utenti in carico è pari a 36,1 anni per gli uomini ed a 36,4 anni per le donne. Il 25,3% degli utenti ha meno di 30 anni. Il 40,7% ha un'età compresa tra 30 e 39 anni.

L'eroina rappresenta la sostanza di abuso primaria per il 75,1% degli utenti tossicodipendenti in carico. La sostanza primaria è costituita nell'11,7% dei casi dai cannabinoidi e nel 6,8% dalla cocaina. La quota di soggetti che assume l'eroina come sostanza d'abuso primaria è pari all'82,1% presso il SerT di Bolzano, al 72,3% a Merano al 47,7% a Bressanone ed al 47,9% a Brunico.

Per il 53,4% degli utenti tra 15 e 24 anni di età la sostanza di abuso primaria è costituita dai cannabinoidi, mentre a partire da 25 diventa preponderante l'abuso primario di eroina (75,1% tra 25 e 34 anni, 87,8% tra 35 e 44 anni, 86,3% a partire da 45 anni).

Sono state 188 le persone tossicodipendenti che nel corso dell'anno si sono rivolte quali nuovi assistiti ai SerT provinciali, 41 dei quali (pari al 21,8%) sono stati assunti come nuovi utenti in carico. Sono stati rilevati inoltre 46 utenti, già assistiti dai SerT, rientrati in carico nel 2004, e 101 nuovi utenti segnalati dal Commissariato del Governo, da altre prefetture, dal Tribunale dei Minori, dal Tribunale di Sorveglianza, o dalla Commissione Medica Multizonale, per i quali non esistevano segnalazioni negli anni precedenti.

Ogni 10.000 abitanti di età 15-54 anni si rileva un'incidenza media di 1,6 nuovi utenti in carico, con valori oscillanti tra 1,0 per il SerT di Bolzano e 2,9 per quello di Bressanone.

Figura 12: Tossicodipendenti in carico ai SerT in provincia di Bolzano. Anno 2004

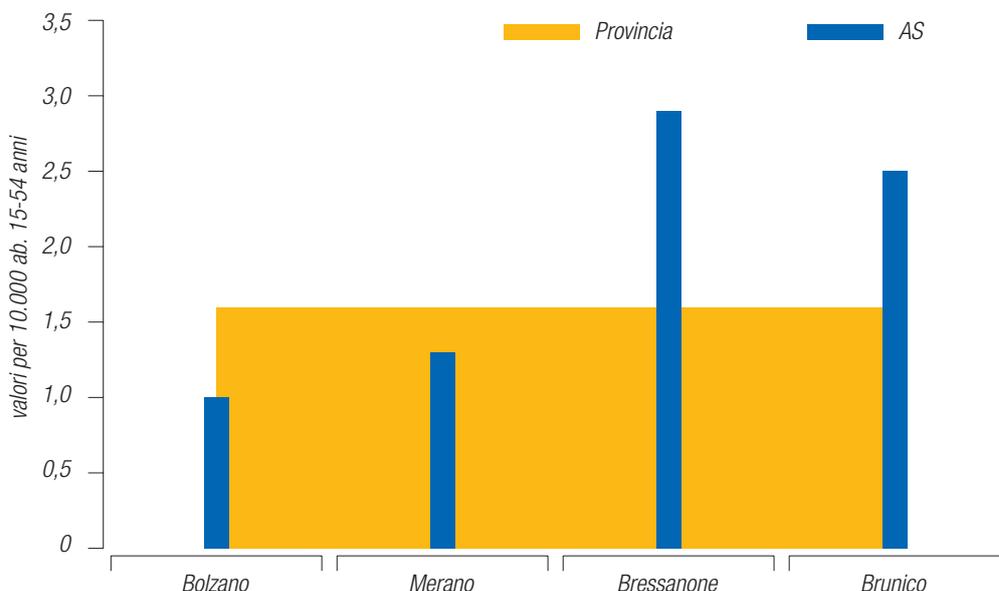
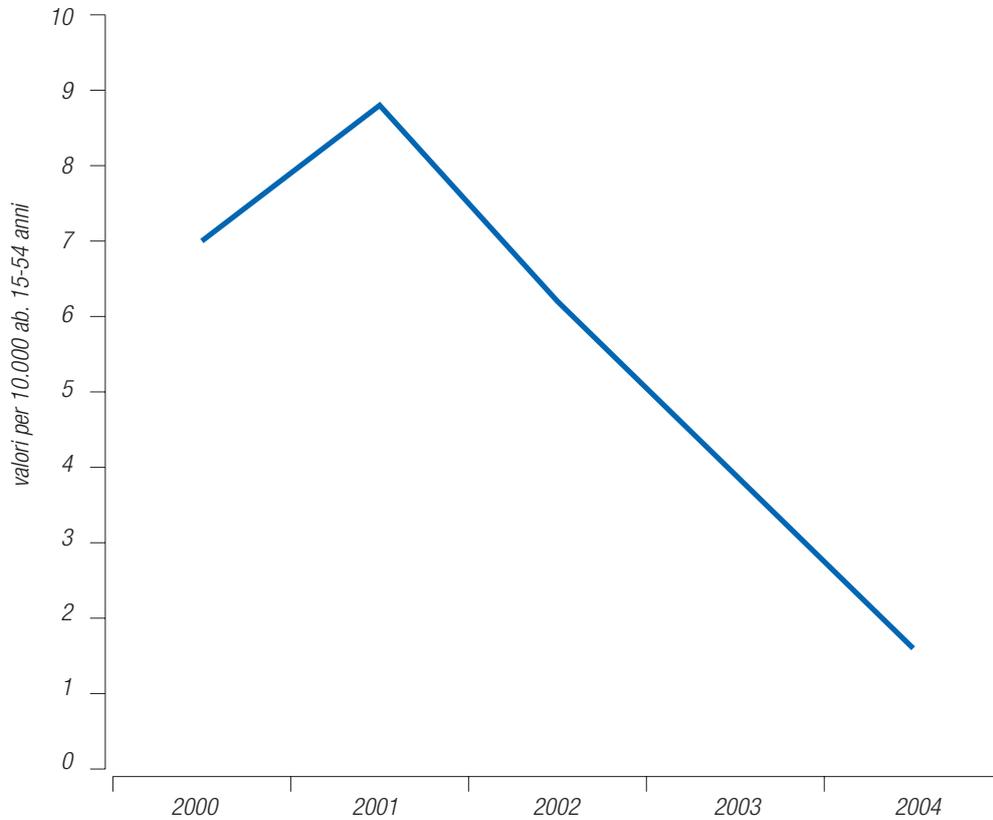
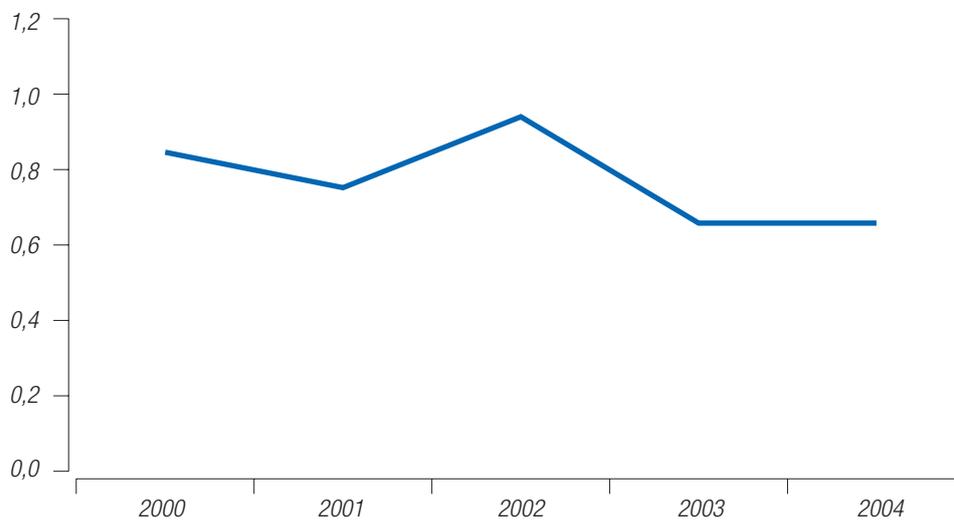


Figura 13: **Incidenza di nuovi tossicodipendenti in carico ai SerT in provincia di Bolzano. Anni 2000-2004**



I trattamenti farmacologici (metadone, naltrexone, clonidina ed altri farmaci) effettuati presso i SerT provinciali sono stati complessivamente 548, pari a 0,7 trattamenti per utente in carico, indicatore in tendenziale diminuzione negli ultimi cinque anni.

Figura 14: **Trattamenti farmacologici effettuati per utente in carico ai SerT in provincia di Bolzano. Anni 2000-2004**



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

In 143 casi tra gli utenti in carico è stato eseguito ed è noto il test per la positività all'HIV, che ha dato esito positivo nel 39,9% dei casi di test effettuato. Per 308 soggetti è stato effettuato ed è noto il test per l'epatite B, con esito positivo nel 90,6% dei casi. Il test per l'epatite C è stato effettuato ed è noto per 431 soggetti, con esito positivo nel 95,4% dei casi.

### **2.2.2. La dipendenza da alcol**

L'OMS stima che circa il 9% dei costi complessivi per la salute nella regione Europea sia imputabile al consumo di bevande alcoliche, pari ad una quota variabile tra l'1% ed il 3% del PIL. L'alcol è determinante nell'incremento del rischio per patologie organiche quali la cirrosi epatica, alcuni tumori, l'ipertensione, l'ictus e le malformazioni congenite.

L'abuso di alcol è inoltre responsabile di psicopatologie della sfera affettiva e cognitiva e di gravi disturbi del comportamento sociale e sessuale, incrementando il rischio di problemi familiari, lavorativi e sociali, causando dipendenza, incidenti, reati, suicidi ed anche danni ambientali. Una quota variabile tra il 40% ed il 60% delle morti accidentali è causata dall'alcol.

In Europa i primi abusi alcolici avvengono sotto i 12 anni d'età, e la percentuale di bevitori a 18 anni di età è quasi sovrapponibile a quella degli adulti. Con frequenza crescente si rileva inoltre l'associarsi dell'abuso d'alcol ad altre sostanze, con conseguenti situazioni di polidipendenza.

Un altro aspetto di approfondimento è dato dalla frequente osservazione di situazioni di comorbilità psichiatrica nei pazienti con dipendenza patologica da sostanze.

Dai dati delle indagini Multiscopo 1997 e 2003 riferiti alla popolazione a partire da 15 anni d'età emerge, in provincia di Bolzano, una riduzione generale del consumo di alcolici, in contrasto ad un aumento del consumo di alcol fuori pasto. Diminuiscono in particolare dal 55,8% al 53,7% i consumatori di birra (47,8% il dato nazionale riferito all'anno 2000), dal 60,8% al 57,6% i consumatori di vino (57,7% il dato italiano nel 2000), mentre aumentano dal 47,9% al 54,3% coloro che consumano bevande alcoliche al di fuori dai pasti (23,6% il dato nazionale del 2000).

Il consumo di alcolici lontano dall'orario dei pasti tende a diffondersi maggiormente tra le donne, che crescono dal 30,4% del 1997 al 44,0% del 2003 (sono il 12,5% nel 2000 a livello nazionale). I maggiori consumatori sono i maschi: il 70,1% beve birra (il 38,1% delle donne), il 65,9% beve vino (49,7% delle donne), il 64,9% consuma bevande alcoliche lontano dai pasti.

Il consumo di alcolici lontano dai pasti è caratteristico tra i giovani, e comunque fino a 50 anni di età, con una quota in crescita, tra il 1997 ed il 2003, dal 53% al 64% della popolazione tra 15 e 49 anni di età. La crescita è particolarmente ele-

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

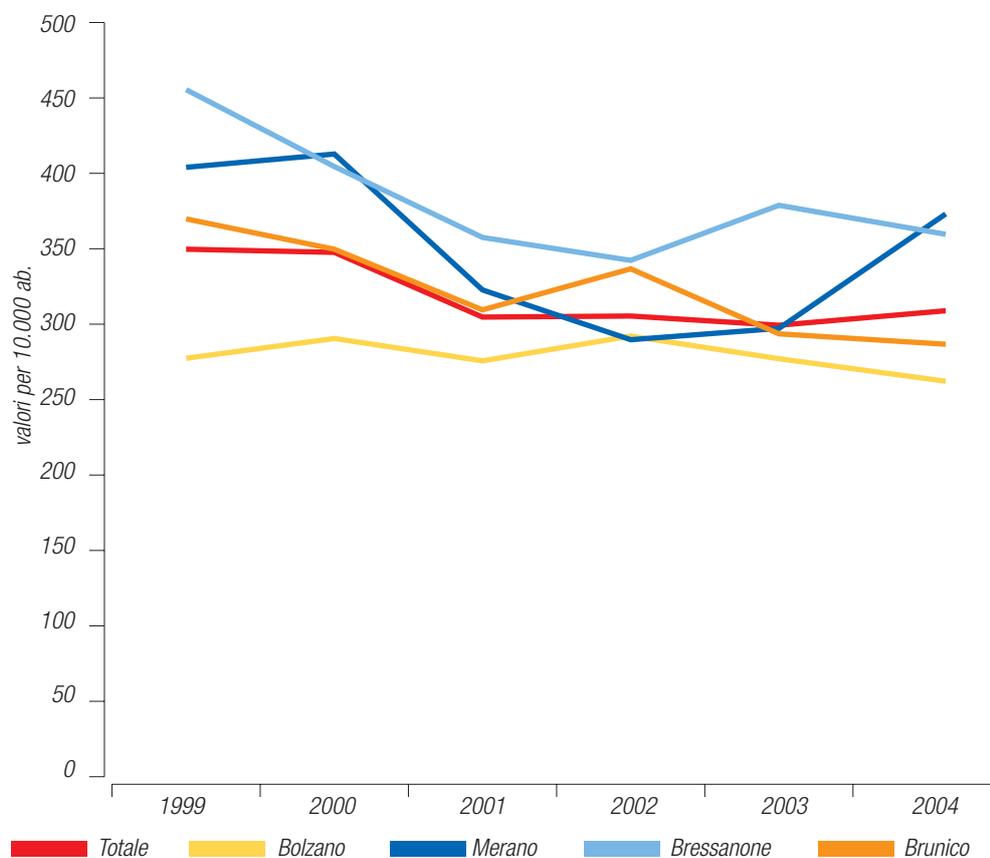
vata nella classe di età tra 20 e 29 anni, dove la percentuale di consumatori aumenta di circa 20 punti percentuali (dal 54% al 74%).

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

I dimessi per intossicazione alcolica dagli istituti di cura provinciali nel 2004 sono stati 1.464, pari ad un tasso di 308,9 ogni 100.000 abitanti. Il fenomeno è in tendenziale diminuzione in tutte le aziende sanitarie provinciali. Il valore più elevato nel 2004 è stato riscontrato per l'Azienda Sanitaria di Merano (373,1 per 100.000), quello più basso per l'Azienda Sanitaria di Bolzano (262,2 per 100.000).

#### DIMISSIONI OSPEDALIERE ALCOL-CORRELATE

Figura 15: Dimissioni ospedaliere per cause alcol-correlate. Bolzano  
anni 1999-2004



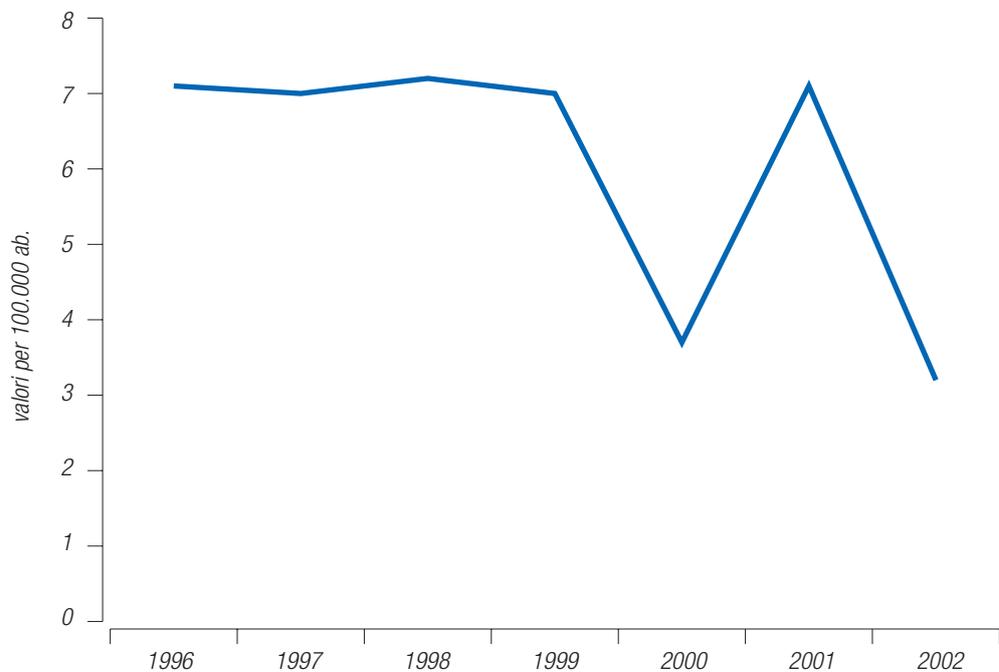
**LA MORTALITÀ ALCOL  
CORRELATA**

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

Per la stima dei decessi direttamente alcol-correlati in provincia di Bolzano sono stati utilizzati i codici ICD-IX già visti per le dimissioni ospedaliere.

Sono stati 15 i decessi alcol correlati rilevati nel 2002. Dopo una sostanziale stabilità fino al 1999, il fenomeno appare ora tendenzialmente in diminuzione, con tassi di mortalità pari a 7,1 per 100.000 nel 2001 ed a 3,2 per 100.000 nel 2002.

Figura 16: **Mortalità per cause alcol-correlate in provincia di Bolzano. Anni 1996-2002**



**LA DOMANDA DI  
TRATTAMENTO**

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

Nel corso del 2004 sono state assistite dai SerT provinciali 2.111 persone per problemi di alcoldipendenza, e di queste 1.106 sono stati gli utenti presi in carico (pari al 52,4% dei soggetti assistiti). I soggetti appoggiati, temporaneamente assistiti dal servizio, sono stati 21 pari al 2,1%, mentre 984 sono stati gli utenti non titolari di un trattamento assistiti dai servizi (pari al 46,6% degli assistiti).

L'associazione privata Hands ha assistito complessivamente 1.433 persone, 807

delle quali (pari al 56,3%) assunte formalmente in carico nel corso dell'anno. Il Centro di consulenza psicosociale Caritas Silandro ha inoltre assistito 182 utenti, tra cui 144 utenti in carico (79,1%).

Le persone prese in carico nel corso dell'anno da più servizi sono state 145 (il 7,6% degli utenti in carico).

Complessivamente, i diversi utenti presi in carico nell'anno in provincia sono stati 1.910, per una corrispondente prevalenza intervallare di 4,0 utenti ogni 1.000 abitanti, con oscillazioni da 3,6 per 1.000 per l'Azienda Sanitaria di Bolzano a 4,7 per 1.000 per quella di Bressanone. Non si rilevano variazioni significative rispetto all'anno precedente.

La distribuzione per età degli alcoldipendenti in carico ai SerT ed alle associazioni Hands e Caritas Silandro vede prevalere, per entrambi i generi, la fascia di età tra 40 e 49 anni (28,8% del totale), con un'età media di 49,1 anni per gli uomini e di 50,1 anni per le donne. Il 70,2% degli utenti in carico è di genere maschile. Presso le comunità terapeutiche provinciali Bad Bachgart e Hands sono stati accolti nell'anno complessivamente 241 utenti in carico, con un consumo complessivo di 14.355 giornate di degenza (mediamente 44,1 a Bad Bachgart e 116,9 presso la comunità Hands).

Risulta inoltre l'invio 3 tossicodipendenti e 4 alcoldipendenti in strutture austriache, con un consumo rispettivamente di 363 e di 446 giornate di degenza.

*Tabella 6: alcoldipendenti assistiti in provincia di Bolzano per azienda sanitaria di residenza. Anno 2004*

	<i>Utenti in carico ad un SerT, Hands o Caritas</i>	<i>Utenti in carico alla CT Bad Bachgart</i>	<i>Utenti in carico alla CT Hands</i>
<i>Bolzano</i>	<i>750</i>	<i>68</i>	<i>34</i>
<i>Merano</i>	<i>519</i>	<i>54</i>	<i>9</i>
<i>Bressanone</i>	<i>316</i>	<i>36</i>	<i>4</i>
<i>Brunico</i>	<i>325</i>	<i>34</i>	<i>2</i>
<b>Totale</b>	<b>1.910</b>	<b>192</b>	<b>49</b>

Fonte: SerT

Figura 17: **Prevalenza di alcoldependenti in carico ai SerT in provincia di Bolzano. Anno 2004**

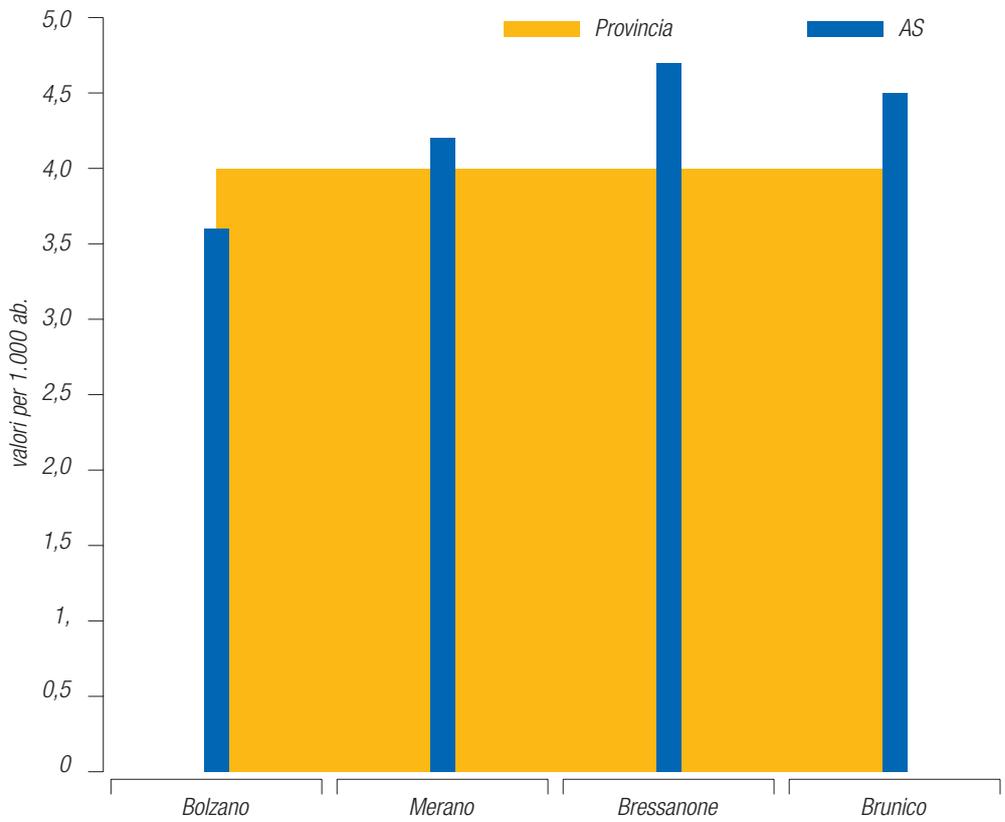
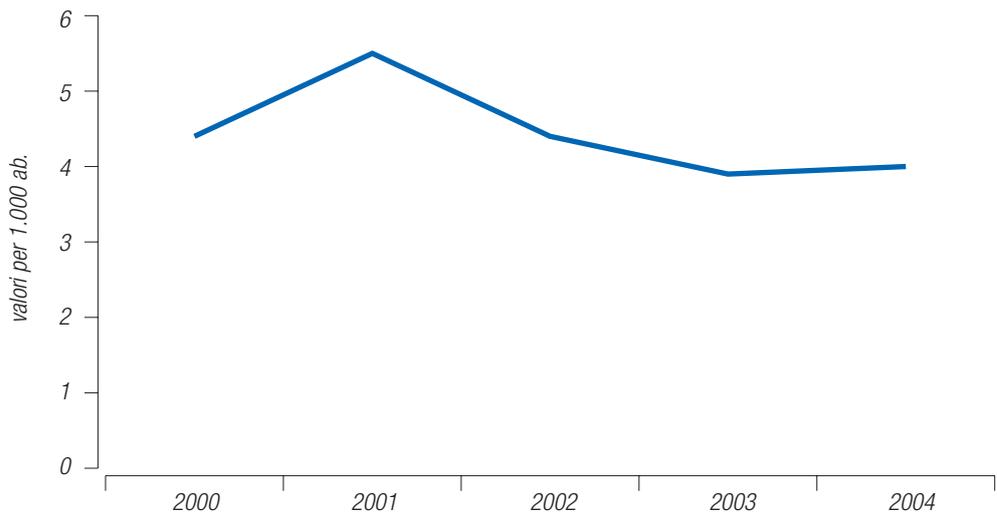


Figura 18: **Prevalenza di alcoldependenti in carico ai SerT, Hands e Caritas, Bolzano, anni 2000-2004**



## 2.3. AMBIENTE FISICO: ARIA, AGENTI FISICI, ACQUA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I laghi provinciali testati risultano idonei alla balneazione.

I maggiori problemi ai fiumi provinciali sono causati dalle derivazioni di acqua per la produzione di energia elettrica.

### 2.3.1. Aria

La maggiore fonte d'inquinamento atmosferico nei centri urbani è costituita dal traffico veicolare, mentre in misura minore contribuiscono il riscaldamento degli insediamenti civili e le emissioni delle zone industriali.

Il traffico veicolare è responsabile di oltre il 60% degli ossidi di azoto e di oltre il 90% del monossido di carbonio presenti nelle aree urbane.

Al traffico veicolare è imputabile inoltre il 75% delle emissioni complessive di benzene, almeno il 65% delle quali originate in aree urbane.

Gli effetti sanitari dell'inquinamento atmosferico sono tradizionalmente distinti tra effetti a breve ed a lungo termine.

Gli effetti a breve termine sulla salute sono quelli osservabili a pochi giorni di distanza dai picchi di inquinamento, e consistono in irritazioni delle vie aeree o

nell'insorgenza o aggravamento di patologie cardiovascolari e respiratorie. Possono avere anche conseguenze mortali.

Gli effetti a lungo termine sono osservabili dopo un'esposizione di lunga durata ed a distanza di anni dall'inizio dell'esposizione al rischio, e possono consistere in bronchiti croniche e tumori polmonari. Le conseguenze possono essere mortali anche in questo caso.

Un esempio classico di situazione di inquinamento con forte impatto sulla salute fu quello occorso nel 1952 nella città di Londra. All'inizio del mese di dicembre, a seguito di un fenomeno di inversione termica, le sostanze inquinanti generate dalle enormi quantità di carbone utilizzate dalla popolazione per riscaldare le case in un inverno particolarmente rigido avvolsero la città in una cappa venefica. In quella settimana aumentò di 2,6 volte la mortalità generale rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, ed aumentarono di 9,3 volte i decessi per insufficienza respiratoria, bronchite acuta e polmonite. In quella particolare situazione il differenziale di mortalità causato dall'inquinamento fu di circa 4.000 persone in una settimana.

Una evidenza importante degli effetti a lungo termine dell'inquinamento di tipo urbano, ovvero della mistura di particolato sospeso (TSP) e biossido di zolfo (SO<sub>2</sub>), è rappresentata dall'eccesso del 46% dell'incidenza di tumori polmonari tra gli uomini che vivevano nelle aree inquinate della città di Cracovia. In questa città la media annuale dei livelli di fumi neri era superiore a 150 µg/m<sup>3</sup> e i livelli di SO<sub>2</sub> erano superiori a 104 µg/m<sup>3</sup>. Queste concentrazioni erano state presenti per parecchi anni prima della registrazione dei casi di tumore. (Jedrychowski et al., 1990).

#### PARTICOLATO (PM10)

Particolarmente pericolose tra gli inquinanti dell'aria sono le PM10. Le PM10 sono particelle di polvere di natura complessa (metalli pesanti, solfati, nitrati, ammonio, carbonio organico, idrocarburi aromatici policiclici, diossine/furani) con un diametro inferiore a 10 micrometri.

Molti studi condotti in diverse città degli Stati Uniti e in Germania (con livelli medi di concentrazione del PM10 tra 40 e 60 µg/m<sup>3</sup>), hanno evidenziato un aumento tra l'1% ed il 2% della mortalità giornaliera complessiva correlato ad un incremento di 10 µg/m<sup>3</sup> delle PM10. L'aumento era maggiore per le cause respiratorie (3-4%).

Altri studi, che prendevano in considerazione l'associazione tra insorgenza di malattie respiratorie e livelli giornalieri di TSP, fumi neri o PM10, hanno evidenziato che la frequenza giornaliera di ricoveri ospedalieri e di visite pediatriche a causa di malattie respiratorie acute aumentavano del 37% per un incremento dei livelli di TSP da 10 a 70 µg/m<sup>3</sup> (Schwartz et al., 1991).

#### UNO STUDIO IN OTTO CITTÀ ITALIANE

Uno studio italiano svolto in collaborazione con l'OMS, ha misurato l'impatto delle polveri sottili (PM10) sulle condizioni di salute della popolazione delle otto mag-

giori città italiane (Torino, Genova, Milano, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Palermo).

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

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

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

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

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

Tabella 7: Effetti sulla salute per concentrazioni di PM10 superiori a 30  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  per diverse cause e gruppi a rischio

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

Fonte: OMS

La qualità dell'aria in provincia di Bolzano è controllata rispetto ai valori limite per gli inquinanti atmosferici fissati dall'Unione Europea, che sono stati recepiti a livello nazionale e locale.

Gli inquinanti atmosferici maggiormente diffusi sono le polveri fini (PM10), il biossido di azoto ( $\text{NO}_2$ ), il benzene e l'ozono ( $\text{O}_3$ ).

In provincia le polveri fini creano problemi soprattutto d'inverno, mentre il biossido di azoto, sebbene in diminuzione negli ultimi anni, fa rilevare concentrazioni superiori alla norma soprattutto nelle aree ad alta densità urbana o comunque interessate da grandi volumi di traffico.

Il benzene, pur facendo registrare localmente concentrazioni ancora superiori al valore limite è, per via della sempre maggiore catalizzazione dei veicoli a benzi-

na, in costante diminuzione, ed è facile ipotizzare che nei prossimi anni si attesterà ampiamente su valori nella norma.

L'ozono, al contrario delle polveri sottili, presenta le massime concentrazioni nei mesi più caldi dell'anno (da maggio a settembre), facendo registrare una situazione stazionaria ma comunque al di sopra dei limiti di legge.

Gli idrocarburi policiclici aromatici (benzopirene), pur tendenzialmente in calo, sono attestati intorno al valore limite. Sono da alcuni anni inferiori ai limiti di legge le concentrazioni degli ossidi di zolfo, del monossido di carbonio e del piombo.

La maggiore fonte di inquinamento è rappresentata dal traffico, che concorre all'80% delle emissioni di ossidi di azoto, al 56% delle emissioni di polveri fini ed al 98% delle emissioni di benzene.

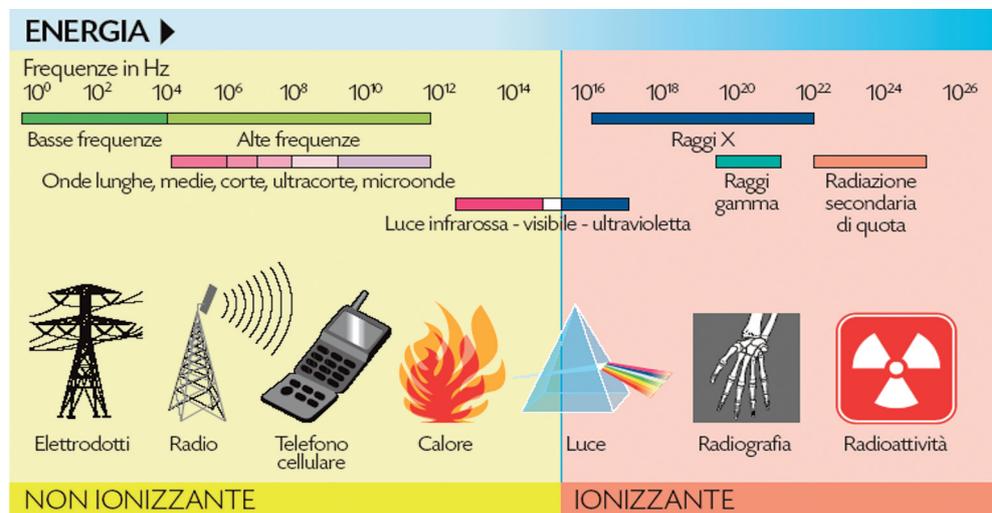
### 2.3.2. Onde elettromagnetiche

Le radiazioni elettromagnetiche possono essere raffigurate e classificate in base alla frequenza di emissione secondo lo spettro elettromagnetico riportato in figura. La suddivisione principale dello spettro elettromagnetico è tra radiazioni non ionizzanti (p.es. onde radio, microonde) e radiazioni ionizzanti (p.es. raggi X e Gamma).

Le radiazioni non ionizzanti, anche nel caso di forte intensità, non sono in grado di rompere le molecole che costituiscono l'organismo, ma solo di farle muovere producendo calore.

Le radiazioni ionizzanti sono invece in grado di intervenire a livello molecolare, con la possibilità quindi di causare danni anche rilevanti all'organismo quali tumori della pelle o leucemia.

Figura 19: Lo spettro elettromagnetico



Fonte Agenzia Provinciale per l'Ambiente – Ripartizione Sanità

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

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

I campi a radiofrequenza e microonde sono utilizzati soprattutto nelle telecomunicazioni, nella telefonia mobile e, in ambiente domestico, nei forni a microonde. Gli studi fin qui condotti sull'associazione tra esposizione a radiofrequenze ed insorgenza di leucemie non hanno prodotto risultati chiari ed univoci.

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

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

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

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

Per installare nuove stazioni fisse radiotelevisive o di telecomunicazioni, o anche per modificare quelle esistenti, occorre, dal 1999, una valutazione tecnico-ambientale che viene accertata del Laboratorio provinciale di chimica fisica dell'APPA.

Le misure adottate per diminuire l'esposizione ai fasci di radiazione generati dagli impianti considerano, seconda la fattibilità, una opportuna distanza dagli edifici più vicini, ad un direzionamento del segnale (anche attraverso l'adozione di antenne più alte) che non sia rivolto verso gli edifici adiacenti, a una limitazione della potenza di trasmissione.

CAMPI ELF

RADIOFREQUENZE

SITUAZIONE IN

PROVINCIA DI BOLZANO

Attraverso tali misure è stato possibile determinare, con i nuovi impianti, livelli d'esposizione per la popolazione provinciale nettamente inferiori al valore massimo di legge (6 V/m), con intensità variabili da meno di 1 V/m nelle aree rurali a valori che di regola non superano i 3 V/m anche nelle situazioni a più alta densità demografica.

Anche per gli impianti meno recenti in genere non viene superato il limite di legge, o si riescono comunque ad effettuare interventi al fine di limitare l'esposizione della popolazione ai campi elettromagnetici.

### 2.3.3. Radioattività

Le conseguenze dell'esposizione a radiazioni ionizzanti possono essere temporanee o permanenti in funzione della dose, della modalità di esposizione nonché della sensibilità del tessuto irradiato.

Anche nel caso di dosi di radiazioni non sufficienti a distruggere al momento le cellule, lesioni causate dall'esposizione possono essere rilevate in tempi successivi, persino a distanza di anni.

I tessuti più sensibili all'azione delle radiazioni sono quelli in cui è maggiore il ricambio delle cellule, e quindi il midollo osseo, la pelle, le mucose e gli spermatozoi.

Gli effetti a seguito dell'esposizione a radiazioni ionizzanti possono interessare i tessuti dell'organismo o estendersi alle cellule deputate alla riproduzione causando alterazioni genetiche nella discendenza della persona irradiata.

La dose di radiazioni assorbita viene misurata in gray (Gy).

Dosi inferiori ad 1 Gy causano disturbi acuti reversibili in cui il rischio di morte è quasi nullo. Dosi fino a 2 Gy comportano una sintomatologia attenuata con basso rischio di mortalità. I danni sono localizzati ai tessuti ed in particolare alla pelle, con lesioni di diversa gravità che possono giungere fino ad ulcerazioni a lenta guarigione.

Per dosi tra 2 e 4,5 Gy il rischio di morte è elevato, si hanno gravi danni alle cellule del sangue a livello di midollo osseo, con danni all'apparato gastrointestinale, vomito, diarrea e perdita di peso, lesioni alla pelle e ad altri tessuti, sterilità, danni fetali.

Per dosi superiori a 5-6 Gy la morte avviene immancabilmente nel giro di pochi giorni, per diarrea emorragica grave e disidratazione o perché viene colpito in maniera rilevante il sistema nervoso centrale.

Nel caso di esposizioni continue a piccole dosi di radiazioni le conseguenze sulla salute consistono in un accorciamento della speranza di vita ed in una elevata probabilità di contrarre un tumore: del sangue o alle ossa dopo un periodo di latenza di due anni, alla mammella, alla tiroide, al polmone o alla pelle dopo un periodo di latenza più lungo (5 anni).

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

#### 2.3.4. Radon

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

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

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

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

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

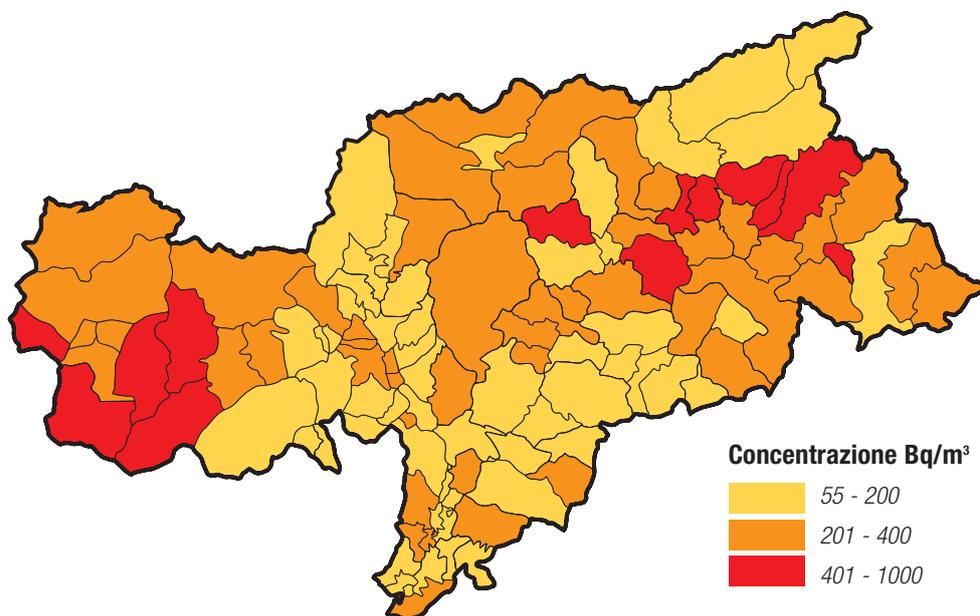
Considerando che le concentrazioni di radon in inverno sono mediamente in misura doppia rispetto all'estate, si ha per tutto l'Alto Adige una concentrazione media di circa 170 Bq/m<sup>3</sup> (per le abitazioni al piano terra). In base agli studi fino ad ora eseguiti in Italia la media nazionale è di circa 70 Bq/m<sup>3</sup> (per le abitazioni in generale).

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

ATTIVITÀ DI CONTROLLO  
IN PROVINCIA

IL RADON  
IN PROVINCIA

Figura 20: 75° percentile di concentrazione del radon per comune in Provincia di Bolzano, anno 2003



Fonte: APPA

### 2.3.5. Qualità delle acque

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

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

Alla fine del mese di maggio del 2005 non erano ancora disponibili gli ultimi risultati per i laghi di Favogna e Santa Maria, mentre gli altri sei laghi risultavano idonei alla balneazione.

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

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

I risultati sono sintetizzati nell'Indice Bioetico Esteso (IBE), per il calcolo del quale sono determinanti la ricchezza in specie e la presenza nel campione di certe

specie sensibili quali i plecotteri. L'indice bioetico viene poi convertito in classi di qualità per una più facile lettura ed interpretazione.

Tabella 8: Valori dell'IBE e classi di qualità delle acque correnti.

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

Fonte: APPA

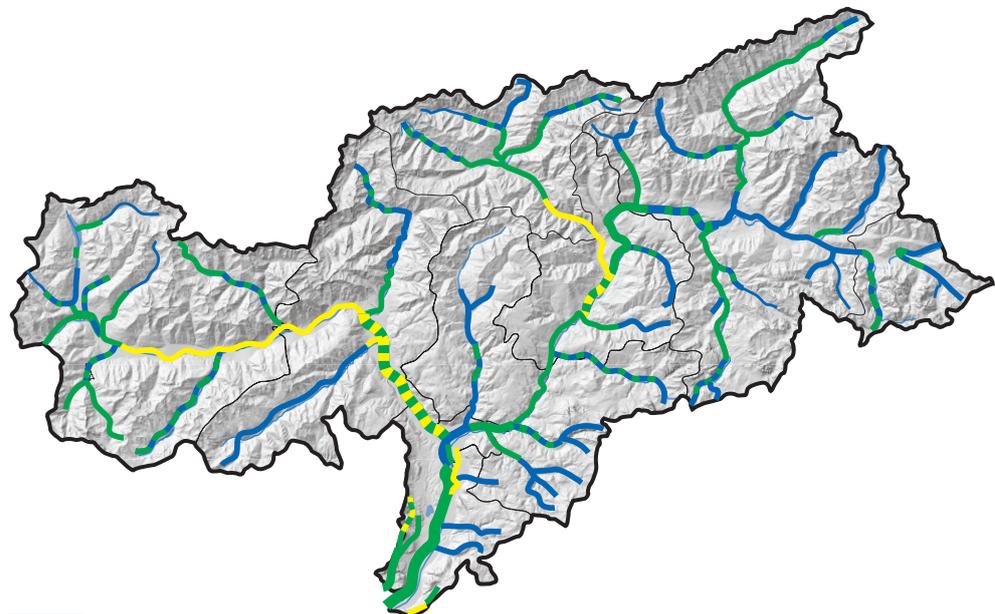
I risultati sulla qualità biologica delle acque correnti, riferiti al periodo d'indagine 2001-2004, sono evidenziati nella cartina.

L'Adige (dati 2001 e 2004) presenta una situazione di inquinamento lungo la Val Venosta, a causa della scarsa quantità d'acqua residua. I motivi di questa situazione critica sono riconducibili alle derivazioni di acqua per scopi idroelettrici. A valle di Bolzano la situazione dell'Adige migliora (era in parte gravemente inquinato nel 1990), grazie al buon funzionamento dell'impianto di depurazione di Bolzano ed alla capacità autodepurativa del fiume.

L'Isarco (dati 2003 e 2004), fa riscontrare la situazione peggiore tra Mezzaselva e Ponte Gardena, mentre nei restanti tratti mantiene un punteggio di seconda classe. Una migliore situazione per il fiume è stata conseguita dopo l'attivazione del depuratore di Campo di Trens, mentre la situazione rimante critica, a causa della derivazione massiccia d'acqua per scopi idroelettrici, a Fortezza. Tra la confluenza con il torrente Talvera e quella con l'Adige, l'Isarco risulta non inquinato. La Rienza (dati 2003 e 2004) è caratterizzata da tratti ad inquinamento modesto nella sua parte alta mentre tra Dobbiaco e Villabassa risultano evidenti gli effetti dell'inquinamento. Tra Monguelfo e Brunico il fiume non è inquinato mentre a partire da Chienes si ha un nuovo peggioramento della situazione che diventa di inquinamento moderato a Bressanone. Questo peggioramento è principalmente causato dal deflusso intermittente e dalla derivazione per la produzione di energia elettrica.

Il fiume Drava esce dalla provincia non inquinato, con un evidente salto di qualità rispetto alla situazione di dieci anni prima quando fluiva inquinato verso l'Austria.

Figura 21: Qualità biologica delle acque correnti. Anni 2001-2004



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

Fonte: APPA

## 2.4. DISUGUAGLIANZE SOCIALI

La povertà è associata a maggiore mortalità infantile, maggiore morbilità, stili di vita dannosi, maggiore esposizione a fattori di rischio ambientali.

La soglia di povertà in provincia di Bolzano nel 2003 era a pari ad un reddito familiare annuo di circa 13.000 Euro.

Circa il 15% delle famiglie in provincia sono da considerarsi povere.

Il reddito familiare medio nel 2003 in provincia era pari a 29.884 Euro.

Il 50% delle famiglie percepiva nel 2003 un reddito inferiore a 21.887 Euro.

Aumenta in provincia la concentrazione del reddito, che nel 2003 era del 40,7%.

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

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

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

Nelle donne di basso ceto sociale è stata rilevata una maggiore incidenza di tumori del seno.

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

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

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

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

Tra i pazienti sottoposti a bypass coronarico la mortalità a trenta giorni, al netto delle differenze di età, sesso, gravità del paziente al momento del ricovero e tipo-

logia dell'ospedale, è risultata significativamente maggiore (2,4 volte) per il livello socioeconomico più basso rispetto al più elevato.

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

### 2.4.1. Povertà

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

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

La soglia di povertà in provincia di Bolzano per una famiglia di due persone è passata tra il 1998 ed il 2003 da 9.398 a 12.929 Euro. L'incremento risultante (37,6%), è conseguenza sia della crescita del livello di benessere della popolazione, sia della crescita inflattiva.

Circa 27.000 famiglie sono sotto la soglia di povertà, con un'incidenza del 14,9% sul totale delle famiglie. In particolare risultano povere il 19,6% dei nuclei familiari monopersonali ed il 17,1% dei nuclei composti da 4 persone nonché il 24,1% delle famiglie con un solo percettore di reddito. Risulta altresì povero il 19,2% delle coppie con figli al di sotto dei 15 anni ed il 19,3% dei nuclei composti da un solo genitore e figli.

Il 5,9% delle famiglie sono da considerarsi sicuramente povere, con un reddito percepito inferiore all'80% della linea standard di povertà, mentre il 18,1% è in una condizione prossima alla povertà: il 9,0% di famiglie appena povere (reddito inferiore al limite di povertà ma superiore all'80% della linea stessa) ed il 9,1% di famiglie quasi povere (reddito tra il limite di povertà ed il 120% del valore del limite stesso).

Nonostante l'aumento del livello dei redditi, è aumentata in provincia di Bolzano anche l'incidenza della povertà, passando dal 14,4% del 1998 al 14,9% del 2003. Rispetto al 1998 peggiora in termini relativi la condizione delle famiglie di lavoratori dipendenti e si acutizzano le difficoltà per le famiglie con quattro componenti (quelle povere crescono dal 10,5% al 17,1%), in particolare per le coppie con

figli fino a 14 anni, che passano da un'incidenza tra le famiglie povere del 14,6% al 19,2% del 2003.

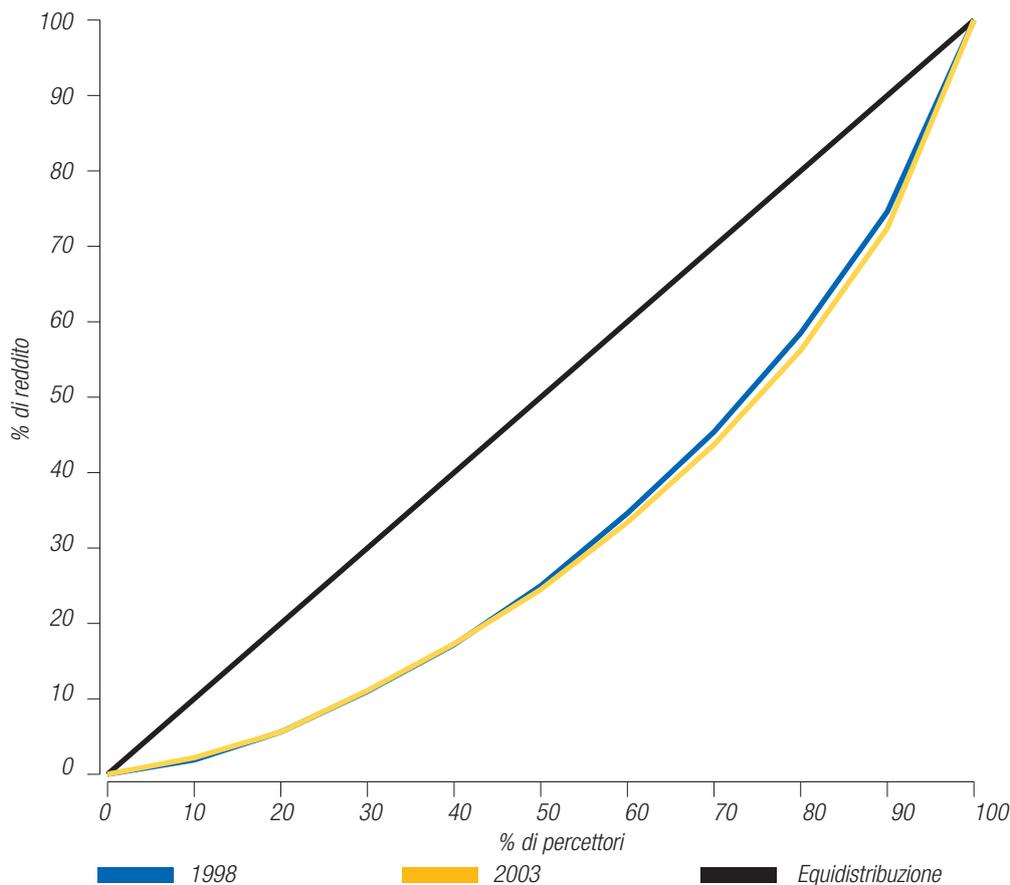
### 2.4.2. Concentrazione del reddito

Alcuni strumenti utili per la valutazione delle disuguaglianze in termini di distribuzione dei redditi sono la curva di Lorenz e l'indice di Gini.

La curva di Lorenz mostra la relazione tra la quota dei percettori di reddito e la quota di reddito da essi percepita. La diagonale sulla curva Lorenz indica una perfetta equidistribuzione del reddito all'interno della popolazione. Man mano che ci si allontana dalla diagonale aumenta la concentrazione del reddito, ovvero a quote sempre più piccole di popolazione sono relazionate quote sempre più alte del reddito complessivo.

#### CURVA DI LORENZ

Figura 22: Curva di Lorenz per la provincia di Bolzano. Anni 1998 e 2003



Il coefficiente di Gini rappresenta l'area compresa tra la diagonale di equidistribuzione del reddito e la curva di Lorenz corretta per un fattore di non distorsione. Valori del coefficiente tra 0,5 e 0,7 indicano forti disuguaglianze nella distri-

#### COEFFICIENTE DI GINI

**CONCENTRAZIONE DEL  
REDDITO IN PROVINCIA DI  
BOLZANO**

buzione del reddito mentre valori compresi tra 0,20 e 0,35 indicano una distribuzione del reddito relativamente equa.

Dai dati 2003 dell'ASTAT sulla situazione reddituale e patrimoniale delle famiglie in provincia di Bolzano si rileva che il reddito medio familiare è pari a 29.884 Euro, con un valore mediano di 21.887 Euro (il 50% delle famiglie percepisce un reddito inferiore, il 50% un reddito superiore). Su 100 famiglie, le 10 meno abbienti dispongono del 2,2% del reddito complessivo, con una media di 6.413 euro, mentre le 10 famiglie più ricche percepiscono il 27,6% del reddito, con una media di 82.963 Euro.

Rispetto alla rilevazione dei redditi del 1998 migliore lievemente la situazione del 20% delle famiglie più povere mentre migliore sensibilmente quella del 10% delle famiglie più ricche, con una disponibilità sul reddito complessivo che passa dal 25,4% al 27,6%.

L'indice di Gini per la provincia di Bolzano passa dal 39,2% del 1998 al 40,7% del 2003, ad evidenziare un aumento della concentrazione del reddito ed un allontanamento da situazioni di relativa equidistribuzione.

A livello nazionale l'indice era pari al 30,1% nel 1998.

**BIBLIOGRAFIA**

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

*Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale Piemonte. URL:*

*<http://www.arpa.piemonte.it/index.php>*

*Martuzzi M., Galassi, C. Ostro B., Forastiere F. Bertolini R. Exposure to PM10 in the eight major Italian cities and quantification of the health effects. URL:*

*<http://www.euro.who.int/document/E75492.pdf>*

*WHO. Health Aspects of Air Pollution with Particulate Matter, Ozone and Nitrogen Dioxide. URL:*

*<http://www.euro.who.int/document/e79097.pdf>*

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

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

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

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



### 3. Condizioni di salute

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

Il 78,7% delle persone ritiene di essere in buona salute.

Il 30,1% della popolazione dichiara di soffrire di almeno una malattia cronica.

La speranza di vita alla nascita è pari a 77,2 anni per gli uomini ed a 83,4 anni per le donne.

La speranza di vita libera da disabilità a 15 anni è pari a 58,9 anni per gli uomini ed a 65,1 anni per le donne.

Il tasso di mortalità nel 2002 è stato pari a 763,5 per 100.000 tra i maschi ed a 783,4 per 100.000 tra le femmine.

La maggiore mortalità maschile è particolarmente evidente tra 15 e 34 anni di età.

Le cause più frequenti di morte nel 2002 sono le malattie del sistema circolatorio (265,5 per 100.000 tra i maschi e 387,7 tra le femmine) ed i tumori (252,9 per 100.000 tra i maschi e 216,9 tra le femmine).

Sono stati rilevati mediamente 426,9 eventi annui di mortalità evitabile tra il 1995 ed il 2002.

La causa di morte evitabile più frequente sono i traumatismi e gli avvelenamenti tra gli uomini (mediamente 121,6 eventi annui) ed il tumore della mammella tra le donne (mediamente 29,6 eventi annui).

La patologia più frequente tra i casi di morte per malattie del sistema circolatorio nel 2002 sono state le malattie ischemiche del cuore (112,6 per 100.000 tra i maschi e 110,3 per 100.000 tra le femmine).

La malattia infettiva più notificata nel 2004 è stata la varicella (540,2 casi per 100.000 abitanti).

L'incidenza dei casi di AIDS nel 2004 è stata pari a 2,1 per 100.000.

Nel 2004 sono state assistite dai Centri di Salute Mentale 8.140 persone con problemi psichiatrici.

Tra il 1995 ed il 2004 ci sono stati 584 casi di suicidio, pari ad un tasso medio

anno di 12,6 per 100.000.

Nel 2003 sono morte 65 persone in incidenti stradali e 1.716 sono rimaste infortunate.

Nel 2003 sono stati comunicati complessivamente 16.514 infortuni sul lavoro, 17 dei quali mortali, e 310 malattie professionali.

### 3.1. SALUTE PERCEPITA E SALUTE MISURATA

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

Dall'indagine 1999-2000 risultava che il 78,7% delle persone riteneva di essere in buona salute (il 61,4% a livello nazionale), mentre solo il 2,9% definiva cattivo il proprio stato di salute (il 7,0% a livello nazionale).

I dati aggiornati indicano che la popolazione che dichiara buone condizioni di salute è cresciuta nel 2003 al 79,9% in provincia (80,2% nel 2002) ed al 74,7% a livello nazionale (nel 2002). È però anche aumentata al 6,0% la proporzione di coloro che si considerano in cattive condizioni di salute.

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

Dichiara di soffrire di almeno una malattia cronica il 30,1% della popolazione (anno 2002) a fronte di un dato nazionale del 36,2%. Il 4,5% della popolazione dichiara di soffrire di almeno una malattia cronica grave e di non essere autosufficiente (anno 2003).

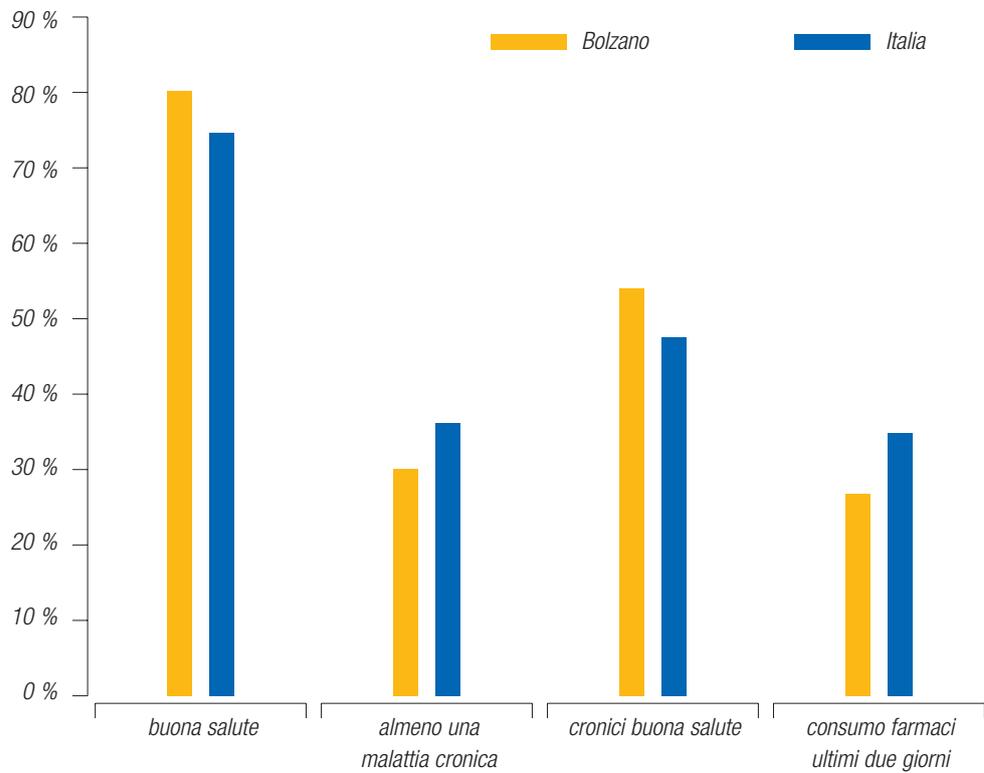
Il 54,0% dei malati cronici si dichiara in condizioni di buona salute, rispetto alla media italiana del 47,5% (anno 2002).

Il 26,8% della popolazione ha fatto ricorso ad un farmaco nei due giorni precedenti l'intervista (34,9% in Italia).

SALUTE DICHIARATA

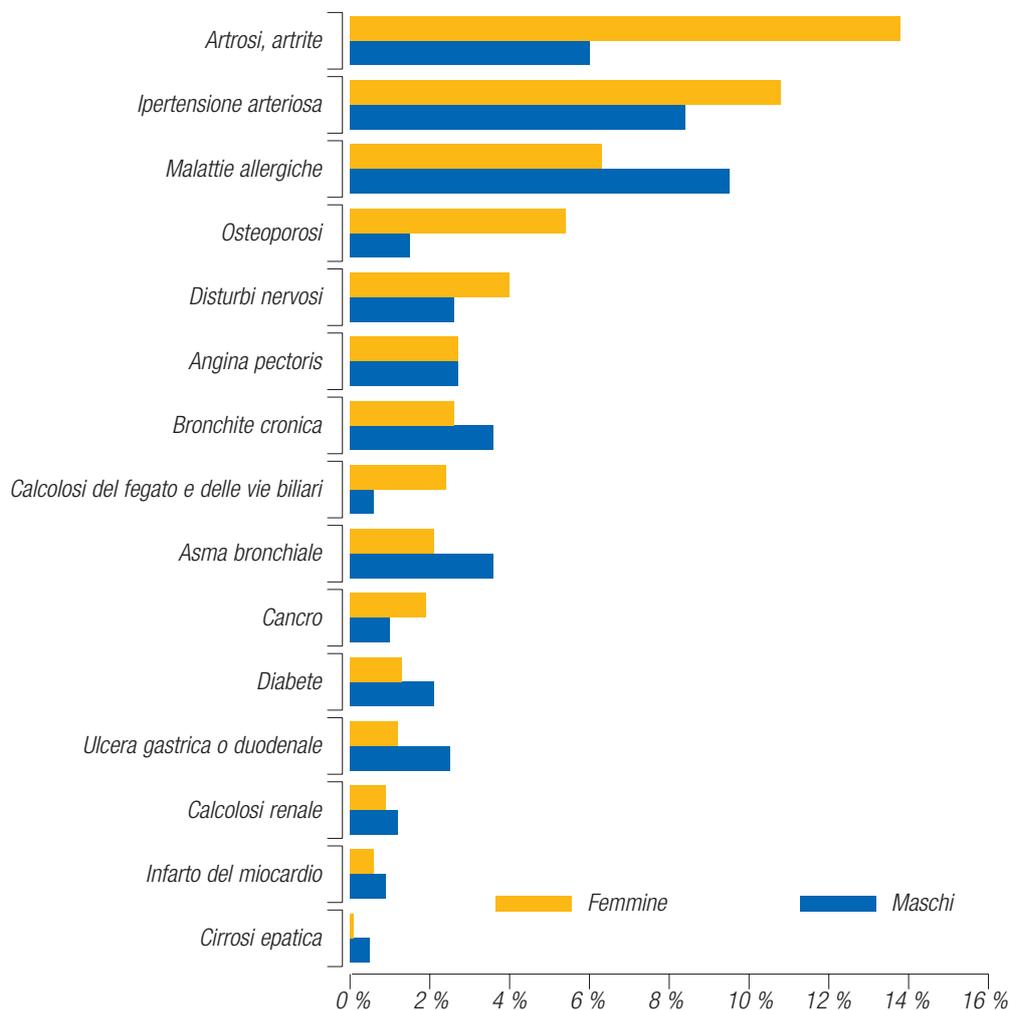
MALATTIE CRONICHE  
DICHIARATE

Figura 1: Indicatori di stato di salute dichiarato dalla popolazione: Bolzano ed Italia (anno 2002)



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

Figura 2: **Malattie croniche dichiarate per sesso. Bolzano, anno 2003**



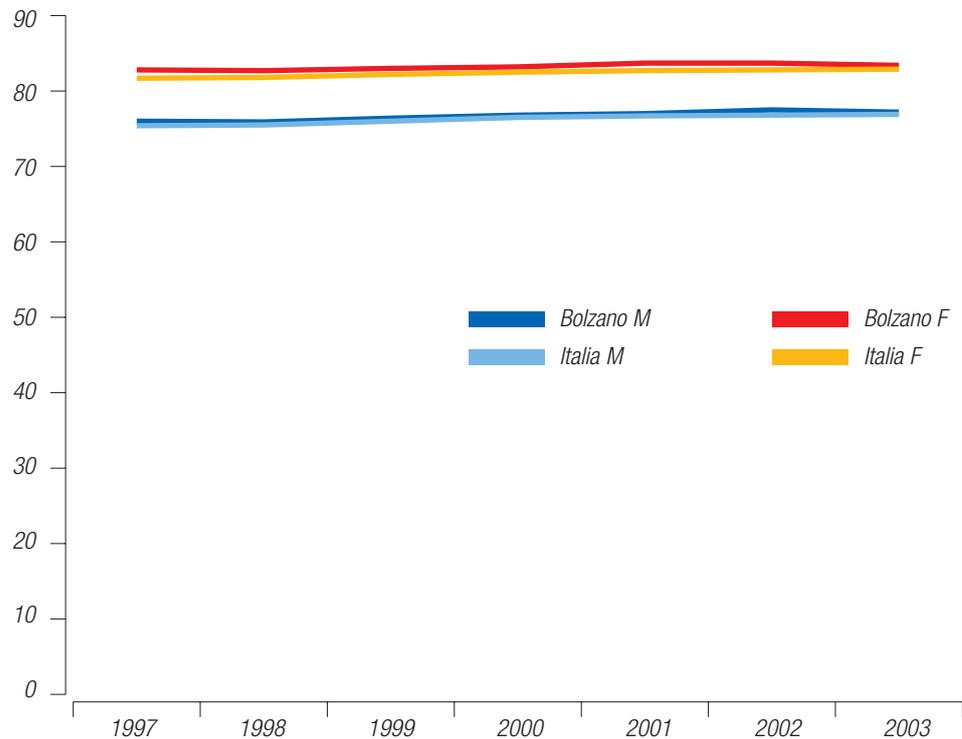
La speranza di vita alla nascita (stime ISTAT 2003) è pari a 77,2 anni per gli uomini e 83,4 anni per le donne, superiore in entrambi i casi ai valori calcolati a livello nazionale (di 0,3 anni per gli uomini e di 0,5 anni per le donne).

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

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

**SPERANZA DI VITA ALLA  
NASCITA**

Figura 3: **Speranza di vita alla nascita per sesso. Bolzano ed Italia, anni 1997-2003**



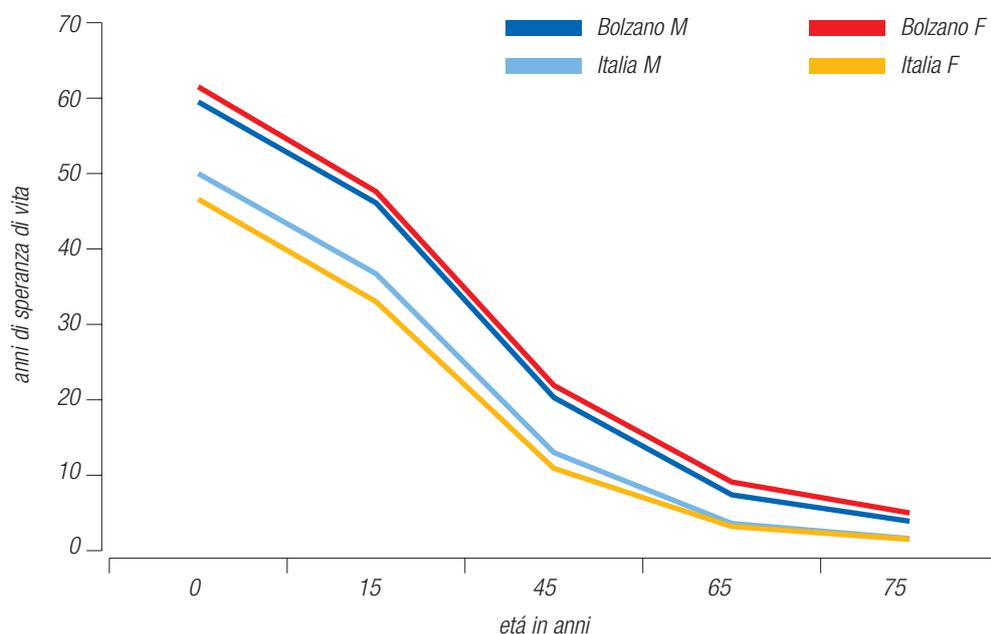
L'aumento della speranza di vita pone l'imperativo che agli anni di vita guadagnati siano garantite anche buone condizioni di salute, secondo il motto dell'OMS "aggiungere anni alla vita, aggiungere vita agli anni".

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

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

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

Figura 4: Speranza di vita in buona salute a diverse età. Periodo 1999-2000



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

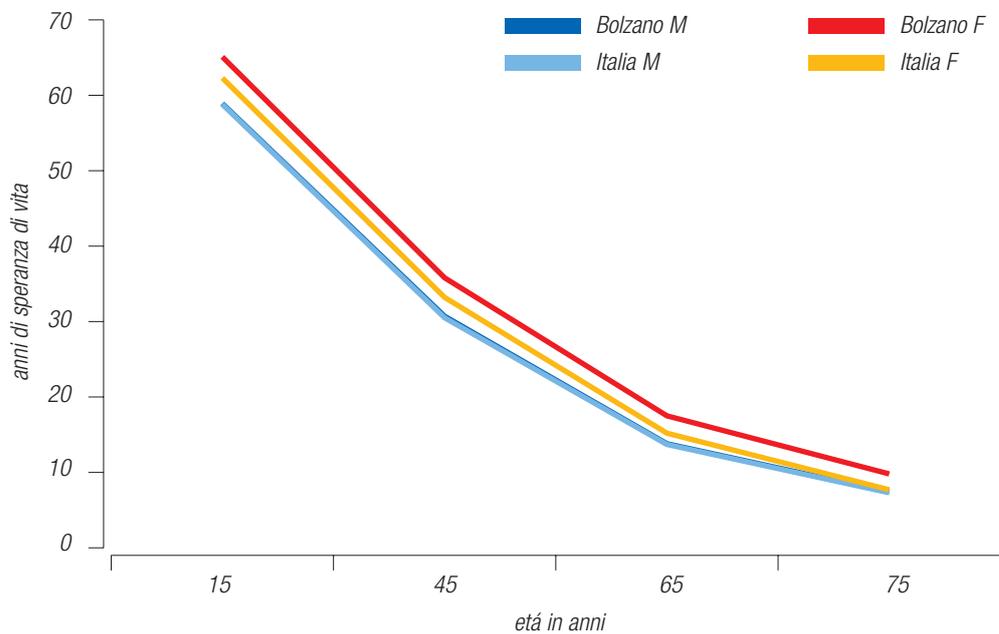
Gli anni di speranza di vita libera da disabilità variano per gli uomini da 58,9 all'età di 15 anni a 7,4 all'età di 75 anni, mentre per le donne variano da 65,1 all'età di 15 anni a 9,8 all'età di 75 anni.

Per un ragazzo di 15 anni una condizione di vita libera da disabilità dovrebbe permanere in media fino all'età di 73,9 anni, per una ragazza fino a 80,1 anni. Per un adulto di sesso maschile la vita senza disabilità dovrebbe proseguire fino a 75,7 anni (per una donna fino a 80,8 anni). Un anziano di 65 anni dovrebbe rimanere senza disabilità fino a 78,8 anni (82,5 se è una donna), un vecchio di 75 anni fino a 82,4 anni (84,8 anni se è una donna).

Non c'è sostanziale differenza nella speranza di vita senza disabilità tra la popolazione maschile locale e quella nazionale, mentre tra le donne si rileva in provincia una speranza di vita superiore (da +2,8 anni a 15 anni di età a +2,1 anni a 75 anni di età).

**SPERANZA DI VITA  
LIBERA DA DISABILITÀ**

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

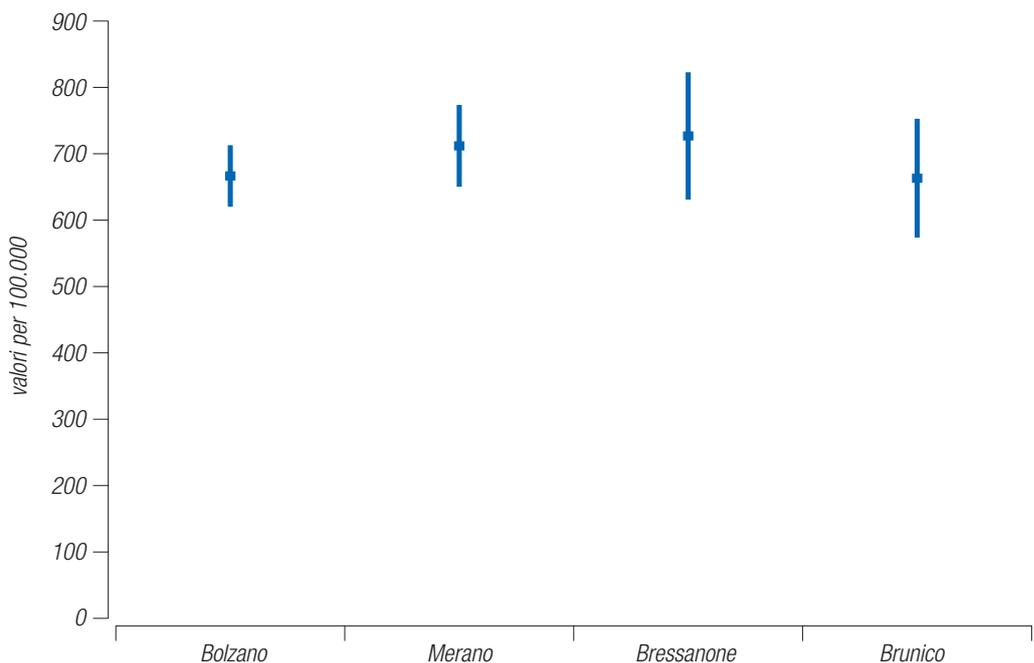


### 3.2. MORTALITÀ

I decessi di residenti nel corso degli anni 2001 e 2002 (dato non definitivo) sono stati rispettivamente 3.513 e 3.610, pari ad un tasso di mortalità di 754,9 per 100.000 nel 2001 e di 773,6 per 100.000 nel 2002 (763,5 per 100.000 tra i maschi e 783,4 per 100.000 tra le donne).

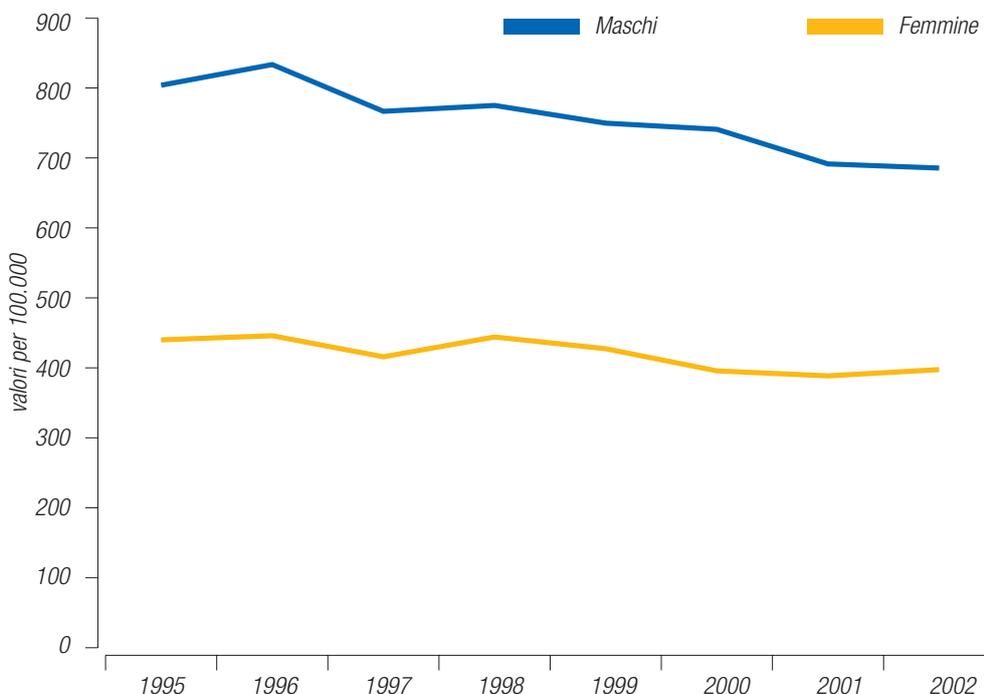
Dal confronto tra i tassi standardizzati (popolazione europea standard) non si rilevano differenze significative di mortalità tra le quattro aziende sanitarie provinciali.

Figura 6: Tasso standardizzato di mortalità per azienda sanitaria. Anno 2002



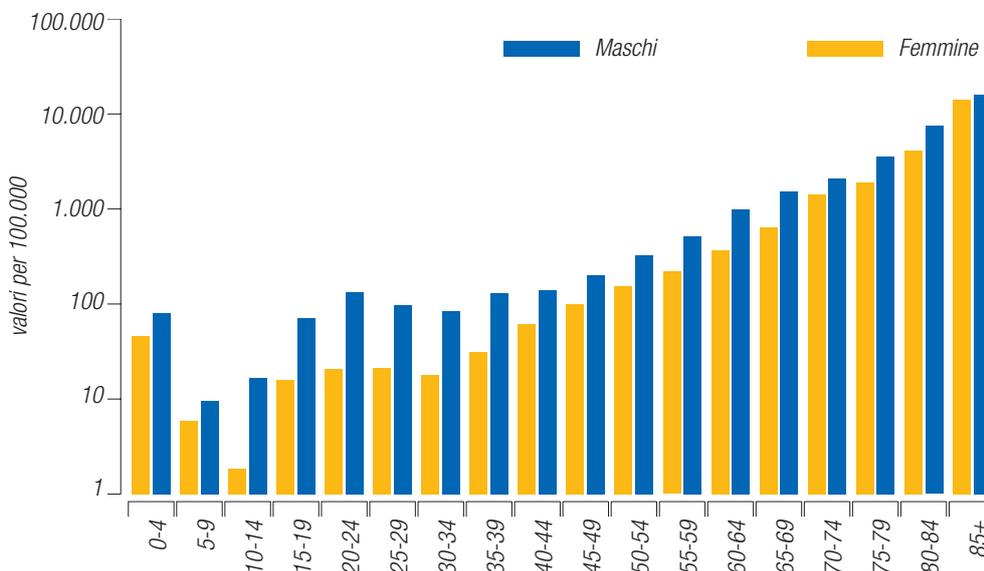
Nel periodo 1995-2002 si osserva una costante diminuzione del tasso standardizzato, con una differenza significativa tra i tassi del 1995 e del 2002 sia per i maschi che per le femmine.

Figura 7: Tasso standardizzato di mortalità per sesso. Bolzano, anni 1995-2002



La maggiore mortalità maschile è evidente in tutte le classi d'età, ed in particolare tra 15 e 34 anni la mortalità tra i maschi è da 2,5 a 22,5 (nella classe 10-14 anni) volte superiore rispetto a quella tra le femmine, per via delle cause accidentali particolarmente frequenti nei decessi maschili di queste classi d'età.

Figura 8: Tasso di mortalità per classi di età. Bolzano, anni 2000-2002



MORTALITÀ PER CAUSA

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

Tabella 1: Decessi e tasso di mortalità per sesso e causa. Bolzano, anno 2001

Causa di morte	Maschi		Femmine	
	decessi	Tasso per 100.000	decessi	Tasso per 100.000
Malattie infettive e parassitarie	6	2,6	11	4,7
Tumori	597	260,1	494	209,5
Malattie delle ghiandole endocrine	18	7,8	44	18,7
Malattie del sangue	2	0,9	4	1,7
Disturbi psichici	2	0,9	9	3,8
Malattie del sistema nervoso	29	12,6	45	19,1
Malattie del sistema circolatorio	654	284,9	864	366,3
Malattie dell'apparato respiratorio	131	57,1	134	56,8
Malattie dell'apparato digerente	80	34,9	64	27,1
Malattie dell'apparato genitourinario	29	12,6	23	9,8
Complicazioni della gravidanza, parto, puerperio	-	-	1	0,4
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	-	-	-	-
Malattie del sistema osteomuscolare	2	0,9	2	0,8
Malformazioni congenite	2	0,9	6	2,5
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	5	2,2	4	1,7
Mal definite	19	8,3	27	11,4
Traumatismi ed avvelenamenti	166	72,3	39	16,5
Non ancora codificate	-	-	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>1.742</b>	<b>759,0</b>	<b>1.771</b>	<b>750,9</b>

Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

Tabella 2: Decessi e tasso di mortalità per sesso e causa. Bolzano, anno 2002

	Maschi		Femmine	
	decessi	Tasso per 100.000	decessi	Tasso per 100.000
Malattie infettive e parassitarie	13	5,6	14	5,9
Tumori	582	252,9	513	216,9
Malattie delle ghiandole endocrine	24	10,4	29	12,3
Malattie del sangue	2	0,9	9	3,8
Disturbi psichici	9	3,9	13	5,5
Malattie del sistema nervoso	28	12,2	37	15,6
Malattie del sistema circolatorio	611	265,5	917	387,7
Malattie dell'apparato respiratorio	151	65,6	114	48,2
Malattie dell'apparato digerente	67	29,1	45	19,0
Malattie dell'apparato genitourinario	18	7,8	23	9,7
Complicazioni della gravidanza, parto, puerperio	-	-	-	-
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	-	-	2	0,8
Malattie del sistema osteomuscolare	2	0,9	6	2,5
Malformazioni congenite	7	3,0	1	0,4
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	5	2,2	4	1,7
Mal definite	28	12,2	27	11,4
Traumatismi ed avvelenamenti	149	64,8	39	16,5
Non ancora codificate	61	26,5	60	25,4
<b>TOTALE</b>	<b>1.696</b>	<b>737,0</b>	<b>1.793</b>	<b>758,1</b>

Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

I tassi standardizzati di mortalità per le principali cause assumono un trend decrescente per gli uomini, ad eccezione delle cause violente e delle malattie dell'apparato respiratorio, che si mantengono sostanzialmente invariate nel periodo.

Tra le donne appaiono sostanzialmente stabili i tassi per tumori e malattie respiratorie mentre in tendenziale diminuzione sono le altre principali cause di morte.

Figura 9: Tasso standardizzato di mortalità per le principali cause, sesso maschile. Bolzano, anni 1995-2002

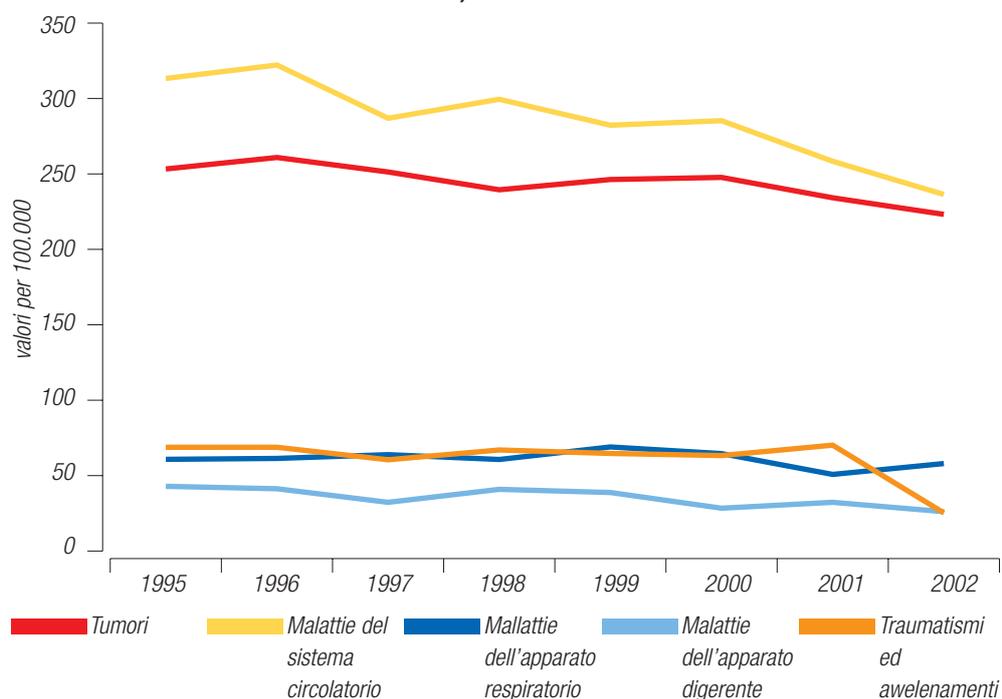
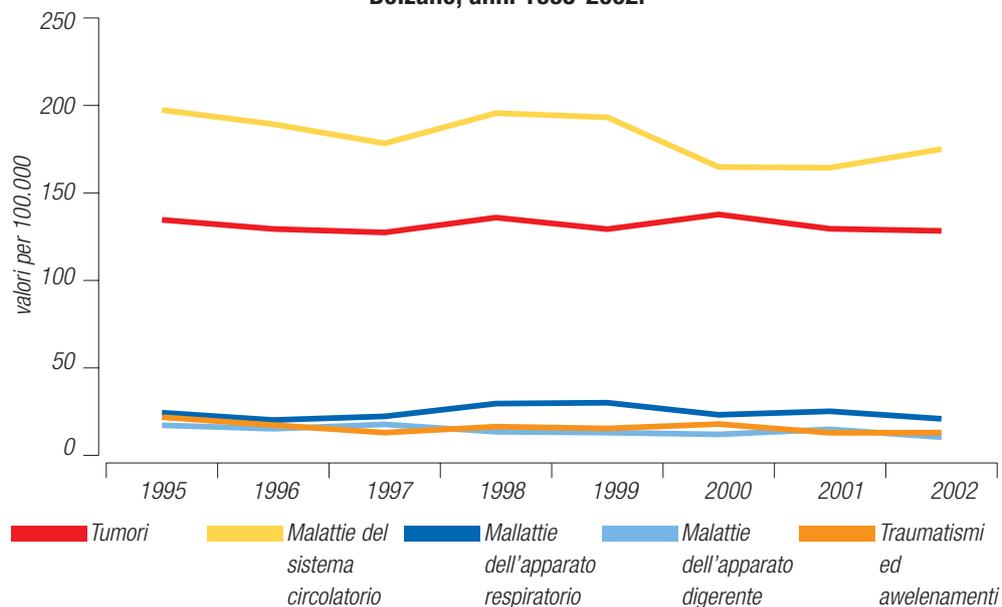


Figura 10: Tasso standardizzato di mortalità per le principali cause, sesso femminile. Bolzano, anni 1995-2002.



**MORTALITÀ EVITABILE**

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

Tra il 1995 ed il 2002 sono stati rilevati 3.415 eventi di mortalità evitabile, mediamente 426,9 casi annui, 320,3 di uomini e 106,6 di donne.

La mortalità violenta in età 5-64 anni è la causa più frequente tra gli uomini, con una media di 121,6 eventi annui, seguita dalle malattie ischemiche del cuore in età 35-64 anni (mediamente 51,0 eventi annui), dal tumore maligno del polmone in età 5-64 anni (35,1 eventi annui), dalla cirrosi epatica in età 5-64 anni (27,4 eventi annui) e dai tumori delle prime vie aereo-digestive (mediamente 24,6 eventi annui).

La causa più frequente tra le donne è invece costituita dalla mortalità per tumore della mammella in età 25-64 anni, con una media di 29,6 eventi annui, seguita dai traumatismi ed avvelenamenti in età 5-64 anni (mediamente 23,4 eventi annui).

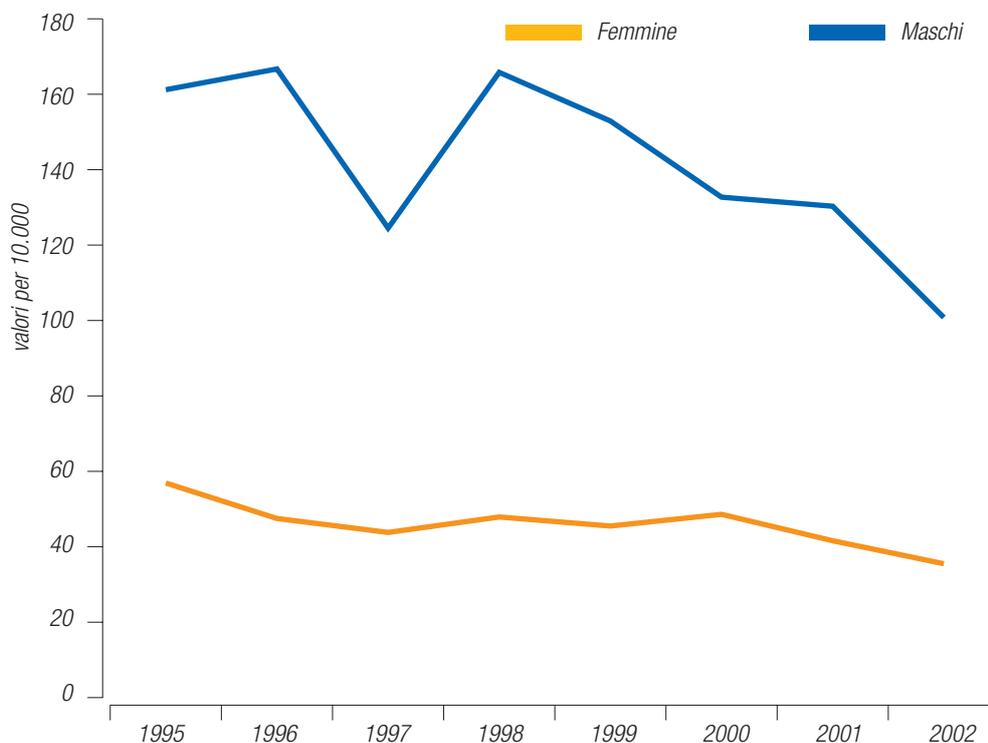
Tabella 3: **Decessi e tasso di mortalità per sesso per cause evitabili. Bolzano, anno 2002**

	Maschi		Femmine	
	decessi	Tasso per 100.000	decessi	Tasso per 100.000
Traumatismi e avvelenamenti, età 5-64 anni	109	47,4	17	7,2
Malattie ischemiche del cuore, età 35-64 anni	32	13,9	9	3,8
Tumori maligni del polmone, età 5-64 anni	22	9,6	9	3,8
Tumori maligni delle prime vie aereo digestive, età 5-64 anni	6	2,6	2	0,8
Tumori della mammella, donne età 25-64 anni	-	0,0	21	8,9
Cirrosi epatica, età 5-64 anni	15	6,5	6	2,5
Disturbi circolatori dell'encefalo, età 5-64 anni	12	5,2	9	3,8
Leucemie, età 0-64 anni	2	0,9	1	0,4
Tumori maligni del fegato, età 5-64 anni	15	6,5	2	0,8
Malattie infettive e parassitarie, età 5-64 anni	2	0,9	1	0,4
Ipertensione, età 35-64 anni	7	3,0	3	1,3
Polmoniti, bronchiti, malattie respiratorie acute, età 5-64 anni	6	2,6	-	0,0
Malformazioni congenite cardiache, età 0-14 anni	-	0,0	-	0,0
Tumore del corpo dell'utero e dell'utero senza altra indicazione, donne età 15-64 anni	-	0,0	4	1,7
Tumore del collo dell'utero, donne età 15-64 anni	-	0,0	-	0,0
Malattie dell'apparato respiratorio, età 1-14 anni	2	0,9	-	0,0
Ulcera gastrica, età 25-64 anni	2	0,9	-	0,0
Cardiopatie reumatiche croniche, età 5-44 anni	-	0,0	-	0,0
Appendicite, età 55-64 anni	-	0,0	-	0,0
Mortalità materna, tutte le età	-	0,0	-	0,0
<b>TOTALE</b>	<b>232</b>	<b>100,8</b>	<b>84</b>	<b>35,5</b>

Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

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

Figura 11: Tasso di mortalità evitabile per sesso. Bolzano, anni 1995-2002



### 3.3. MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO

Le malattie dell'apparato circolatorio rappresentano la prima causa di morte nei paesi sviluppati. Dall'indagine multiscopo dell'ISTAT risulta che l'ipertensione, uno dei principali fattori di rischio, è la seconda patologia cronica più diffusa in Italia. I principali fattori di rischio per le malattie dell'apparato cardiocircolatorio sono rappresentati dalla già citata ipertensione, dall'ipercolesterolemia, dal diabete e dall'obesità.

Un soggetto iperteso ha un rischio tra 2 e 4 volte superiore rispetto ad un non iperteso di morire di una malattia coronarica, e di oltre 4 volte superiore di morire di ictus. Si stima che il 25% dei decessi per malattie coronariche o ictus sia relazionato all'ipertensione. Dai dati dell'indagine Multiscopo del 2003, la quota di ipertesi è pari all'8,4% tra i maschi (10,8% in Italia nel 2002) ed al 10,8% tra le femmine (14,2% in Italia). Dall'Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari risulta una proporzione di ipertesi nella popolazione di età compresa tra 35 e 74 anni pari al 33% tra i maschi ed al 31% tra le femmine. Nei soggetti con una storia di malattia cardiovascolare è stata rilevata una familiarità per l'ipertensione nel 41% dei casi maschili e nel 54% di quelli femminili.

FATTORI DI RISCHIO

**MORTALITÀ**

I soggetti con ipercolesterolemia presentano un rischio di morte doppio per cardiopatia ischemica e ictus rispetto ai soggetti con colesterolemia normale. La quota di soggetti con ipercolesterolemia è pari al 21% della popolazione maschile tra 35 e 74 anni ed al 25% di quella femminile. La familiarità per l'ipercolesterolemia nei soggetti con storia di malattia cardiovascolare è pari al 24% tra gli uomini ed al 34% tra le femmine.

La patologia più frequente tra le cause di morte per malattie del sistema circolatorio è rappresentata dalle malattie ischemiche del cuore (infarto, angina pectoris ed ischemie cardiache), con 259 decessi tra i maschi (112,6 per 100.000) e 261 decessi tra le femmine (110,3 per 100.000) nel 2002.

Elevati, soprattutto tra le donne, sono i disturbi circolatori dell'encefalo (221 casi nel 2002, pari a 93,4 per 100.000), mentre gli stessi sono meno frequenti tra gli uomini (117 casi, 50,8 per 100.000).

Significativa è anche la quota delle altre malattie del cuore (116 casi maschili e 224 femminili nel 2002), e fra queste l'insufficienza cardiaca, per la quale si contano 68 casi tra gli uomini (29,6 per 100.000) e 144 tra le donne (60,9 per 100.000).

Per le malattie ischemiche del cuore l'andamento tendenziale è in diminuzione, più marcata per i maschi. Tra le altre malattie del cuore invece si ha una tendenza alla diminuzione dei tassi tra i maschi ed all'aumento tra le femmine. In aumento tra le donne anche la mortalità per malattia ipertensiva.

Figura 12: Tasso standardizzato di mortalità per malattie cardiocircolatorie, maschi. Bolzano, anni 1995-2002

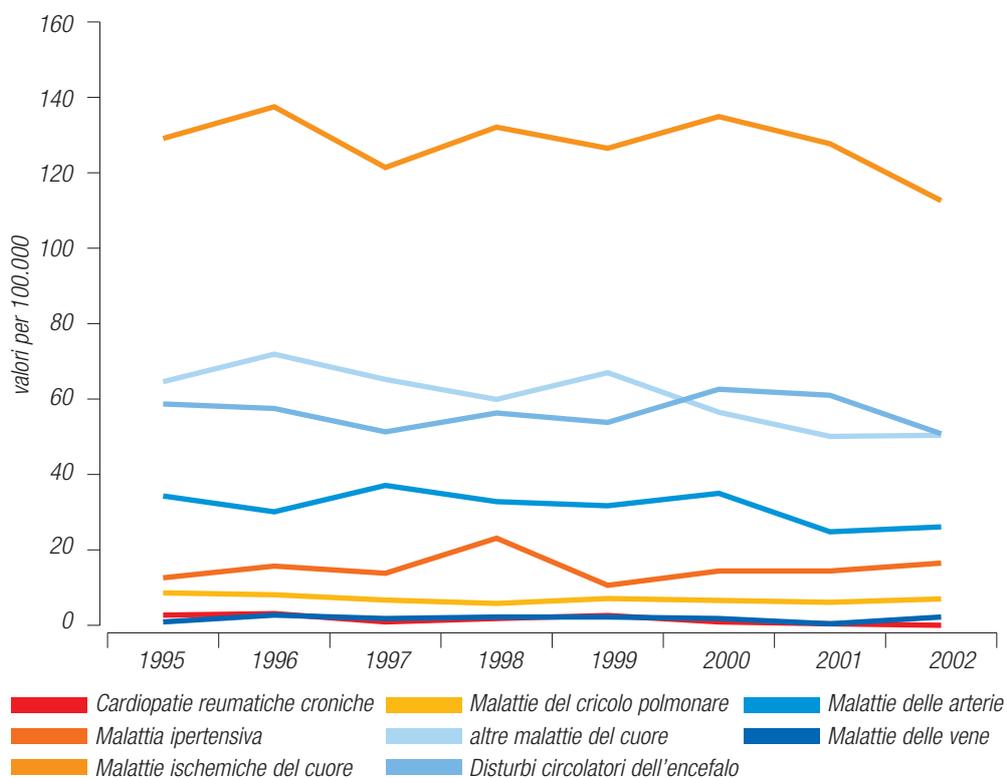
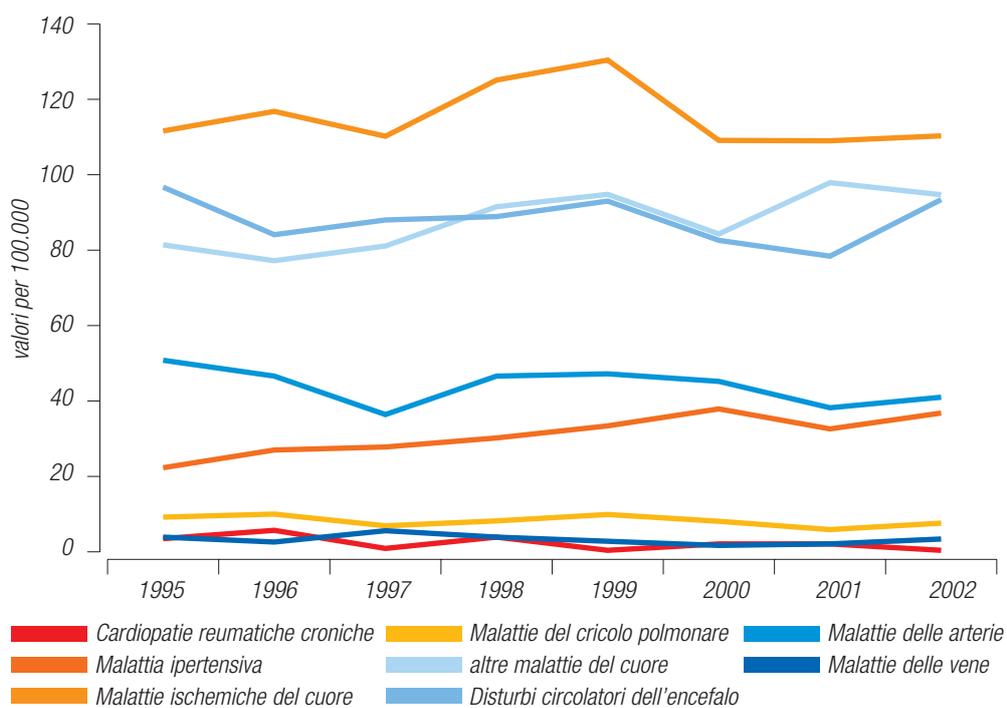


Figura 13: Tasso standardizzato di mortalità per malattie cardiocircolatorie, femmine. Bolzano, anni 1995-2002



## DIMISSIONI OSPEDALIERE

Le dimissioni nel 2004, di residenti in strutture provinciali con una malattia del sistema circolatorio come diagnosi principale, sono state complessivamente 9.897, con un tasso di ospedalizzazione nel periodo 2002-2004 pari a 2,4 per 1.000 tra i maschi ed a 2,2 per 1.000 tra le femmine. Le diagnosi più frequenti di ricovero sono state „Altre malattie del cuore“, sia tra i maschi che tra le femmine, ed in particolare i disturbi del ritmo cardiaco (1.390 ricoveri complessivamente) e l'insufficienza cardiaca (1.350 ricoveri). I ricoveri per infarto miocardico acuto sono stati 444 tra i maschi (tra i quali 39 decessi) e 314 tra le femmine (54 decessi).

Tabella 4. Ricoveri, decessi e tassi di ospedalizzazione e mortalità di residenti per sesso e malattia del sistema circolatorio. Bolzano, anni 2002-2004.

	ricoveri 2004	tasso ospedalizzazione 2002-04 (x100.000)	decessi 2002	tasso mortalità 2000-02 (x 100.000)
<b>MASCHI</b>				
Reumatismo articolare acuto	2	0,7	-	-
Cardiopatie reumatiche croniche	15	8,9	-	0,4
Malattia ipertensiva	186	88,8	38	15,1
Malattie ischemiche del cuore	1.265	548,6	259	125,2
Malattie del cricolo polmonare	80	35,4	16	6,6
Altre malattie del cuore	1.604	712,4	116	52,4
Disturbi circolatori dell'encefalo	1.008	463,3	117	58,2
Malattie delle arterie	636	279,6	60	28,7
Malattie delle vene	377	225,7	5	1,5
<b>TOTALE</b>	<b>5.173</b>	<b>2.363,4</b>	<b>611</b>	<b>288,1</b>
<b>FEMMINE</b>				
Reumatismo articolare acuto	1	0,6	-	0,1
Cardiopatie reumatiche croniche	26	11,0	1	1,6
Malattia ipertensiva	280	130,3	87	35,9
Malattie ischemiche del cuore	724	315,0	261	109,9
Malattie del cricolo polmonare	138	57,1	18	7,2
Altre malattie del cuore	1.581	702,6	224	92,7
Disturbi circolatori dell'encefalo	1.113	512,1	221	85,2
Malattie delle arterie	360	137,6	97	41,6
Malattie delle vene	501	364,3	8	2,4
<b>TOTALE</b>	<b>4.724</b>	<b>2.230,7</b>	<b>917</b>	<b>376,7</b>

Fonte: SDO, Registro Provincia di Mortalità

### 3.4. INCIDENZA E MORTALITÀ DEI TUMORI MALIGNI

Con riferimento al quinquennio 1998-2002, nella popolazione residente in provincia di Bolzano:

- sono stati diagnosticati 11.983 nuovi casi di tumore maligno, in media 2.397 ogni anno, 1.330 tra i maschi e 1.067 tra le femmine.
- escludendo i tumori della pelle (ICD IX: 173), il tasso grezzo annuo di incidenza è pari a 553 casi per 100.000 nei maschi ed a 428 per 100.000 nelle femmine.
- le sedi di tumore più frequenti sono la prostata, il colon-retto ed il polmone tra i maschi e la mammella, il colon-retto e lo stomaco nelle femmine.
- in media ogni anno sono deceduti per neoplasia maligna 591 maschi (259,0 decessi ogni 100.000 maschi) e 488 femmine (208,2 decessi ogni 100.000

Il Registro Tumori dell'Alto Adige, istituito con delibera provinciale n. 2.076/92, ha iniziato la sua attività nel 1995 ed è diretto dal primario del servizio Interaziendale di Anatomia Patologica, struttura di cui il Registro Tumori fa parte.

Il Registro Tumori effettua una continua rilevazione dei nuovi casi di tumore maligno (dati di incidenza) e di mortalità per patologie tumorali nella popolazione residente nella PA di Bolzano, operando nel contempo periodiche verifiche di qualità sui dati già archiviati. I compiti istituzionali ad esso assegnati sono quelli di fornire informazioni sull'incidenza e sulla diffusione delle malattie tumorali, costituire una banca dati per la deduzione delle possibili cause, supportare una politica socio-sanitaria volta alla pianificazione e alla valutazione di programmi preventivi e di pianificazione per l'assistenza a pazienti affetti da neoplasia.

Per quanto concerne i criteri di classificazione, vengono rilevati tutti i tumori maligni a diagnosi certa, per ogni codice ICD IX appartenente alla sezione 140.0 - 208.9. I tumori multipli insorti sullo stesso soggetto sono registrati in accordo con le regole dell'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC). I tumori maligni sorti in organi pari vengono considerati multipli solo in presenza di una morfologia diversa. I tumori della pelle sono assegnati ai codici ICD IX 172 (melanomi) e 173 (carcinomi cutanei). Le neoplasie non invasive vengono registrate ma sono escluse dal calcolo dei dati di incidenza. Fanno eccezione i tumori della vescica, i quali comprendono anche i carcinomi non invasivi ed a comportamento incerto.

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

- notifica da parte del personale medico (pubblico e privato), mediante la compilazione e l'invio al Registro Tumori di un apposito modulo;
- archivi dei referti anatomo-patologici del servizio Interaziendale di Anatomia

IL REGISTRO TUMORI  
DELL'ALTO ADIGE

FONTE INFORMATIVA DEL  
REGISTRO TUMORI

**INCIDENZA NEL PERIODO**

**1998-2002**

Patologica e del servizio di Anatomia Patologica presso la Clinica Universitaria di Innsbruck;

- archivio provinciale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO);
- certificati di morte della popolazione residente archiviati presso il Registro Provinciale di Mortalità (RPM);
- archivio dei ricoveri di soggetti altoatesini in strutture italiane extraprovinciali e presso la Clinica Universitaria di Innsbruck;;
- banche dati di incidenza presso altri registri tumori attivi in regioni limitrofe alla PA di Bolzano (Tirolo, PA di Trento).

Nel 2001 il Registro Tumori dell'Alto Adige ha ottenuto l'accreditamento presso l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) e l'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRT), avendo superato le verifiche di correttezza e completezza dei dati prodotti.

Le stime di incidenza dei tumori maligni diagnosticati nella popolazione residente nella PA di Bolzano sono riferite al quinquennio 1998-2002 (il dato per l'anno 2002 non è definitivo). L'ampiezza del periodo garantisce una buona stabilità dei tassi osservati, i cui valori, soprattutto per i tumori meno frequenti, possono essere influenzati della contenuta dimensione della popolazione altoatesina.

Negli anni 1998-2002, nella PA di Bolzano sono stati diagnosticati 6.650 nuovi casi di tumore maligno tra la popolazione maschile residente (1.330 casi/anno) e 5.333 casi (1.067 casi/anno) in quella femminile. Escludendo i tumori della pelle (ICD IX: 173), sono stati registrati rispettivamente 6.308 casi (pari a 553,1 casi ogni 100.000 maschi) e 5.022 casi (pari a 428,4 casi ogni 100.000 femmine). Tra i maschi sono stati osservati 36 casi (0,57% del totale) nella fascia di età 0-14 anni e 4.274 casi (67,8%) in soggetti con età 65 anni e oltre, mentre nella popolazione femminile è stato diagnosticato un tumore maligno in 26 bambine (0,52%) con meno di 15 anni ed in 3.024 casi (60,2%) donne con 65 anni e più.

Tabella 5: Nuovi casi di tumore maligno nella popolazione maschile - Anni 1998-2002

ICD IX	SEDE	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
140	Labbro	9	3	1	1	14
141	Lingua	29	9	7	9	54
142	Ghiandole salivari	6	5	2	1	14
143-145	Bocca	33	13	14	9	69
146	Orofaringe	26	15	12	8	61
147	Rinofaringe	9	1	-	2	12
148	Ipfaringe	26	28	14	12	80
149	Faringe, n.a.s.	9	3	3	5	20
150	Esofago	41	28	20	24	113
151	Stomaco	151	93	42	68	354
152	Intestino tenue	12	8	3	2	25
153	Colon	250	124	58	55	487
154	Retto	139	89	38	54	320
155	Fegato	117	66	35	34	252
156	Vie biliari	30	14	9	12	65
157	Pancreas	78	31	22	15	146
160	Cavità nasali	8	5	3	6	22
161	Laringe	69	30	18	15	132
162	Trachea, bronchi e polmone	377	196	87	68	728
163-164	Altri organi toracici	4	2	1	2	9
MES	Mesotelioma	8	5	2	1	16
170	Osso	5	3	2	2	12
171	Tessuti molli	19	7	4	2	32
KAP	Sarcoma di Kaposi	5	1	-	1	7
172	Pelle, melanomi	82	34	15	20	151
173	Pelle, non melanomi	200	71	40	31	342
175	Mammella (uomo)	3	3	-	-	6
185	Prostata	772	369	174	130	1.445
186	Testicolo	29	24	15	13	81
187	Pene e altri genitali maschili	6	3	1	-	10
334	147	59	76	616		
188	Vescica	334	147	59	76	616
189	Rene e altre vie urinarie	122	47	36	30	235
190	Occhio	1	1	1	-	3
191-192	Encefalo e altro SNC	46	28	9	13	96
193	Tiroide	20	9	9	1	39
194	Altre ghiandole endocrine	3	-	-	-	3
201	Linfoma di Hodgkin	18	7	6	-	31
200, 202	Linfoma non Hodgkin	94	54	27	23	198
203	Mieloma	21	23	12	6	62
204	Leucemia linfatica	37	21	14	12	84
205	Leucemia mieloide	36	17	5	5	63
206	Leucemia monocitica	6	1	-	-	7
207	Altre leucemie specificate	1	-	-	-	1
208	Leucemia, n.a.s.	2	-	-	1	3
	Sedi mal definite *	53	39	18	20	130
	<b>TUTTE LE SEDI</b>	<b>3.346</b>	<b>1.677</b>	<b>838</b>	<b>789</b>	<b>6.650</b>

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

Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

Tabella 6: Nuovi casi di tumore maligno nella popolazione femminile - Anni 1998-2002

ICD IX	SEDE	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
140	Labbro	2	1	-	-	3
141	Lingua	11	2	3	2	18
142	Ghiandole salivari	6	3	3		12
143-145	Bocca	8	6	4	3	21
146	Orofaringe	7	1	2		10
147	Rinofaringe	-	2	1	2	5
148	Ipfaringe	6	-	-	-	6
149	Faringe, n.a.s.	3	-	-	-	3
150	Esofago	15	8	1	-	24
151	Stomaco	122	87	48	48	305
152	Intestino tenue	3	3	4	3	13
153	Colon	228	135	57	54	474
154	Retto	100	45	33	30	208
155	Fegato	40	24	5	2	71
156	Vie biliari	65	29	10	18	122
157	Pancreas	91	42	29	19	181
160	Cavità nasali	-	1	-	2	3
161	Laringe	14	2	2	-	18
162	Trachea, bronchi e polmone	134	74	32	21	261
163-164	Altri organi toracici	2	-	2	-	4
MES	Mesotelioma	5	-	1	1	7
170	Osso	3	2	3	1	9
171	Tessuti molli	12	6	3	3	24
KAP	Sarcoma di Kaposi	3	1	-	1	5
172	Pelle, melanomi	96	51	25	22	194
173	Pelle, non melanomi	144	62	40	65	311
174	Mammella (donna)	715	358	150	146	1.369
179	Utero, n.a.s.	7	4	4	2	17
180	Utero, collo	47	38	16	15	116
181	Placenta	1	-	-	-	1
182	Utero, corpo	120	55	34	39	248
183	Ovaio	96	62	26	30	214
184	Altri genitali femminili	28	5	1	7	41
188	Vescica	80	42	20	11	153
189	Rene e altre vie urinarie	61	37	31	22	151
190	Occhio	2	2	2	1	7
191-192	Encefalo e altro SNC	44	15	11	18	88
193	Tiroide	47	10	12	7	76
194	Altre ghiandole endocrine	2	1	-	-	3
201	Linfoma di Hodgkin	10	3	3	1	17
200, 202	Linfoma non Hodgkin	92	57	23	15	187
203	Mieloma	29	20	7	5	61
204	Leucemia linfatica	23	14	8	15	60
205	Leucemia mieloide	31	14	8	9	62
206	Leucemia monocitica	1	-	-	-	1
207	Altre leucemie specificate	-	1	-	-	1
208	Leucemia, n.a.s.	1	1	-	-	2
	Sedi mal definite*	71	40	14	21	146
	<b>TUTTE LE SEDI</b>	<b>2.628</b>	<b>1.366</b>	<b>678</b>	<b>661</b>	<b>5.333</b>

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

Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

Tabella 7: Tassi di incidenza medi annui dei tumori maligni per 100.000 residenti - Anni 1998-2002

ICD IX	SEDE	Tassi grezzi		Tassi standardizzati (pop. europea)	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
140	Labbro	1,2	0,3	1,1	0,2
141	Lingua	4,7	1,5	4,6	1,4
142	Ghiandole salivari	1,2	1,0	1,2	0,9
143-145	Bocca	6,1	1,8	5,9	1,6
146	Orofaringe	5,3	0,9	5,1	0,8
147	Rinofaringe	1,1	0,4	1,0	0,4
148	Ipofaringe	7,0	0,5	6,8	0,4
149	Faringe, n.a.s.	1,8	0,3	1,8	0,2
150	Esofago	9,9	2,0	9,3	1,6
151	Stomaco	31,0	26,0	28,5	16,8
152	Intestino tenue	2,2	1,1	2,0	0,9
153	Colon	42,7	40,4	39,6	28,6
154	Retto	28,1	17,7	26,4	12,6
155	Fegato	22,1	6,1	20,8	3,9
156	Vie biliari	5,7	10,4	5,1	6,6
157	Pancreas	12,8	15,4	11,9	10,3
160	Cavità nasali	1,9	0,3	1,8	0,2
161	Laringe	11,6	1,5	11,2	1,2
162	Trachea, bronchi e polmone	63,8	22,3	58,6	15,9
163-164	Altri organi toracici	0,8	0,3	0,8	0,2
MES	Mesotelioma	1,4	0,6	1,4	0,4
170	Osso	1,1	0,8	1,1	0,8
171	Tessuti molli	2,8	2,0	2,6	1,6
KAP	Sarcoma di Kaposi	0,6	0,4	0,5	0,2
172	Pelle, melanomi	13,2	16,6	12,6	13,9
173	Pelle, non melanomi	30,0	26,5	27,6	15,3
174	Mammella (donna)	-	116,8	-	97,7
175	Mammella (uomo)	0,5	-	0,4	-
179	Utero, n.a.s.	-	1,5	-	1,0
180	Utero, collo	-	9,9	-	9,0
181	Placenta	-	0,1	-	0,1
182	Utero, corpo	-	21,2	-	16,0
183	Ovaio	-	18,3	-	14,6
184	Altri genitali femminili	-	3,5	-	2,2
185	Prostata	126,7	-	115,4	-
186	Testicolo	7,1	-	6,2	-
187	Pene e altri genitali maschili	0,9	-	0,8	-
188	Vescica	54,0	13,1	49,6	8,2
189	Rene e altre vie urinarie	20,6	12,9	19,2	9,6
190	Occhio	0,3	0,6	0,3	0,5
191-192	Encefalo e altro SNC	8,4	7,5	8,1	6,0
193	Tiroide	3,4	6,5	3,2	5,8
194	Altre ghiandole endocrine	0,3	0,3	0,3	0,3
201	Linfoma di Hodgkin	2,7	1,5	2,5	1,4
200, 202	Linfoma non Hodgkin	17,4	16,0	16,4	12,3
203	Mieloma	5,4	5,2	5,0	3,5
204	Leucemia linfatica	7,4	5,1	7,1	3,5
205	Leucemia mieloide	5,5	5,3	5,1	3,8
206	Leucemia monocitica	0,6	0,1	0,6	0,0
207	Altre leucemie specificate	0,1	0,1	0,1	0,1
208	Leucemia, n.a.s.	0,3	0,2	0,2	0,1
	Sedi mal definite*	11,4	12,5	10,8	7,7
	<b>TUTTE LE SEDI</b>	<b>583,1</b>	<b>455,0</b>	<b>540,4</b>	<b>339,9</b>

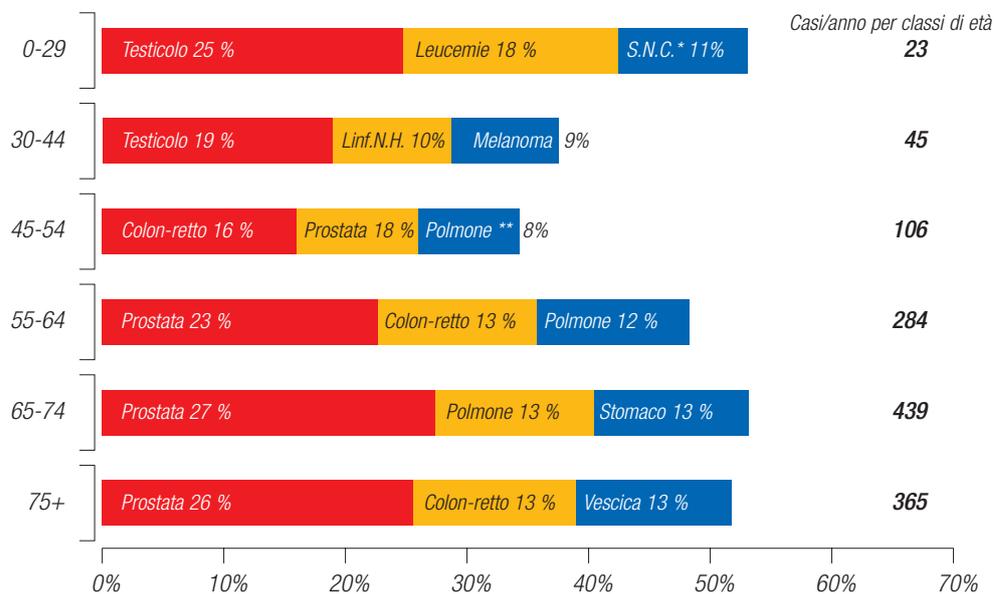
\* comprende i codici ICD IX: 158, 159, 165, 195-199

Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

TUMORI PIÙ FREQUENTI

Escludendo la cute (ICD IX 173), i tumori più frequenti tra i maschi risultano quelli della prostata (1.445 casi, pari al 22,9%), del colon-retto (807 casi, pari al 12,8%), del polmone (728 casi, pari a 11,5%), della vescica (616 casi, pari al 9,8%) e dello stomaco (354 casi, pari al 5,6%). La figura seguente illustra, per ogni grande classe di età, i pesi percentuali delle tre sedi tumorali più frequenti nei maschi, unitamente al numero complessivo di casi di tumore registrati in media all'anno per la fascia d'età.

Figura 14: Le 3 sedi più frequenti per grandi classi di età (ESCL. ICD IX 173) – maschi, anni 1998-2002

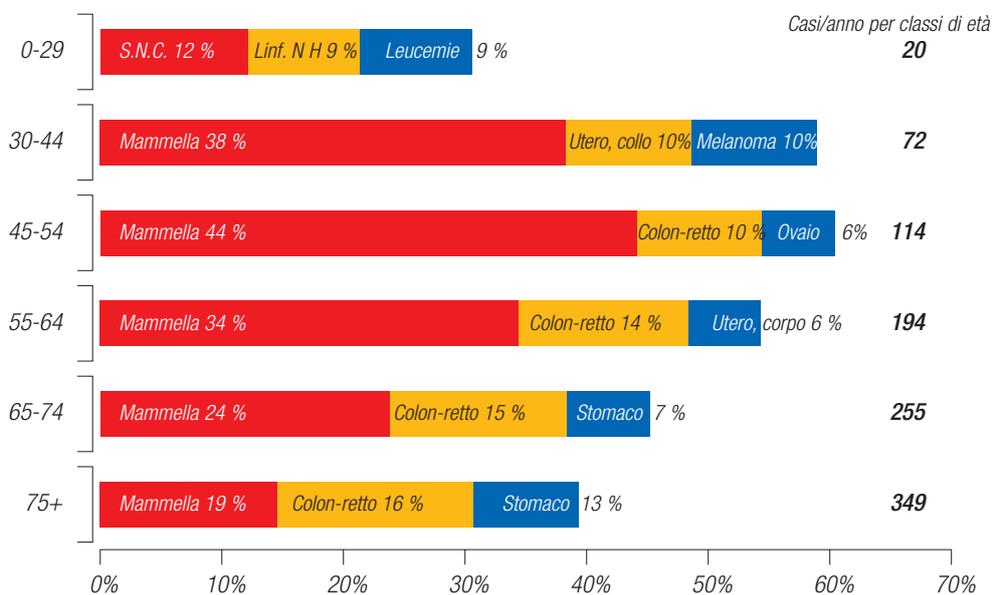


\* Melanoma: 11%; \*\* Vescica: 8%

Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

Nelle femmine, il tumore della mammella (1.369 casi, pari al 27,3%) risulta al primo posto tra tutte le neoplasie, seguita dal tumore del colon-retto (682 casi, pari al 13,5%), dello stomaco (305 casi, pari al 6,1%), del polmone (261 casi, 5,2%) e da tumori associati ai livelli ormonali quali quelli del corpo dell'utero (248 casi, pari al 4,9%) e dell'ovaio (214 casi, pari al 4,3%). Con riferimento a grandi classi di età, sono di seguito rappresentati le tre sedi tumorali più frequenti ed il numero totale di casi di tumore registrati in media all'anno.

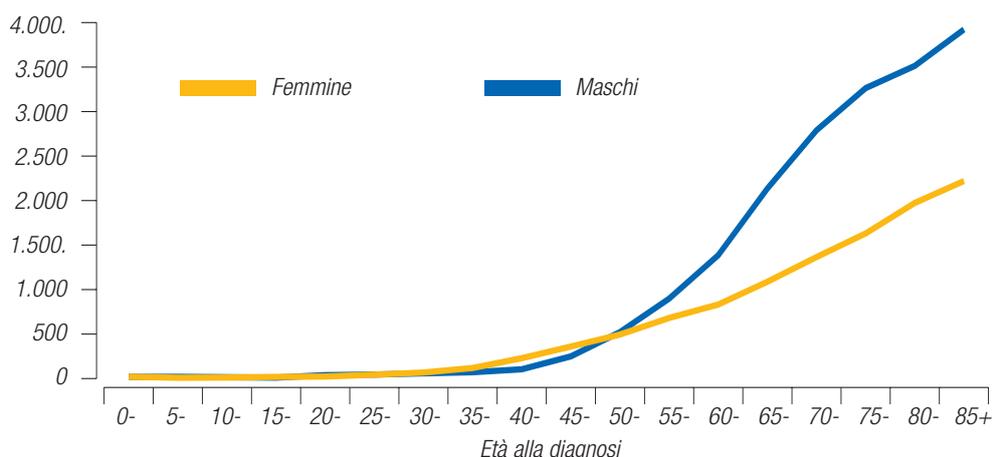
Figura 15: Le 3 sedi più frequenti per grandi classi di età (ESCL. ICD IX 173) –  
femmine, anni 1998-2002



Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

Analizzando i tassi grezzi di incidenza (numero di casi osservati per 100.000 abitanti) calcolati sull'insieme delle patologie tumorali (esclusi i tumori della pelle), appare evidente come l'incidenza cresca sensibilmente nei maschi rispetto alle femmine a partire dai 60 anni, raggiungendo nell'età più avanzata 3.922 casi per 100.000 maschi e 2.220 casi per 100.000 femmine.

Figura 16: Tassi grezzi di incidenza (per 100.000 ab.) (ESCL. ICD IX 173) - anni 1998-2002



Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

I confronti tra i dati di incidenza osservati nelle aziende sanitarie sono stati effettuati mediante una standardizzazione dei tassi (SIR), utilizzando la popolazione standard europea. Con riferimento all'insieme dei tumori diagnosticati nella popolazione maschile (esclusi i carcinomi cutanei), l'Azienda Sanitaria di Brunico evidenzia nel periodo 1998-2002 un tasso medio annuo standardizzato di inci-

denza (455,1 per 100.000) significativamente inferiore al valore provinciale (512,8 per 100.000). Sul versante femminile, per nessuna azienda sanitaria la differenza del tasso medio annuo standardizzato dal dato provinciale (324,6 per 100.000) risulta significativa.

Figura 17: **Tassi standardizzati di incidenza - tutti tumori (ESCL. ICD IX 173) (IC 95%) maschi**

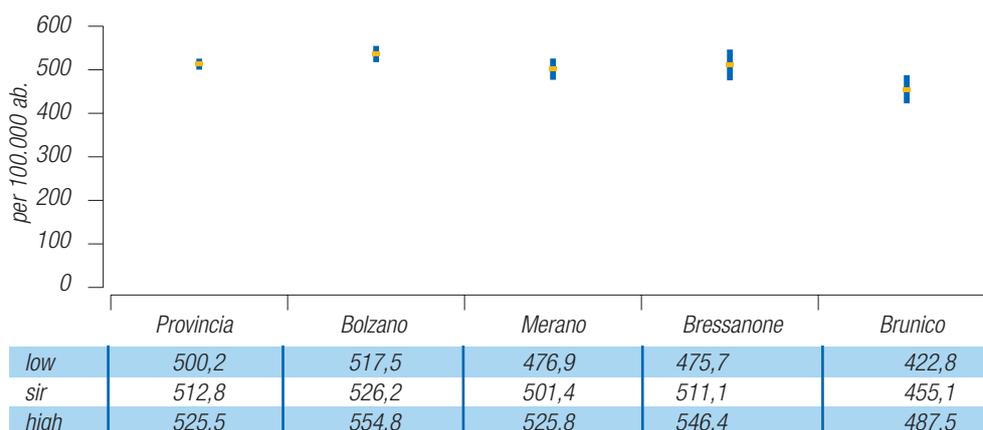
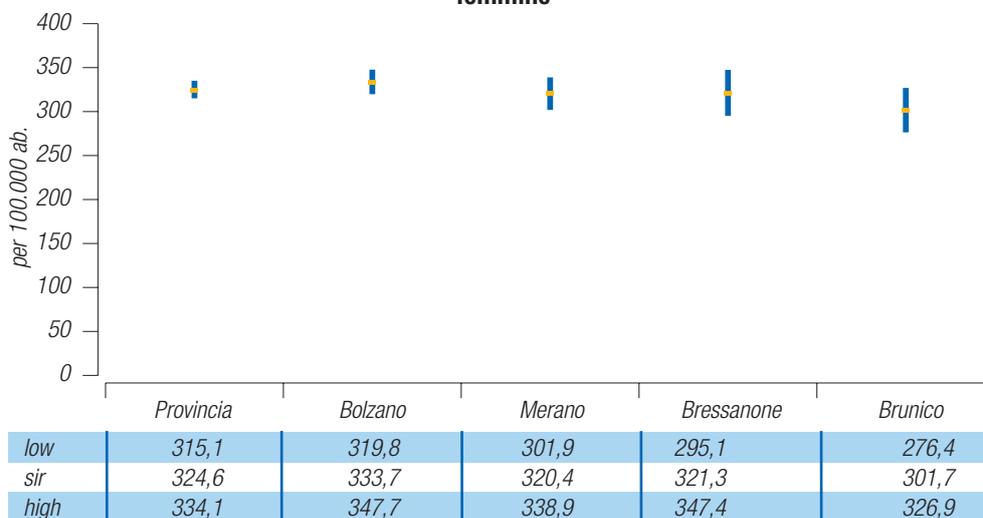


Figura 18: **Tassi standardizzati di incidenza - tutti tumori (ESCL. ICD IX 173) (IC 95%) femmine**



Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

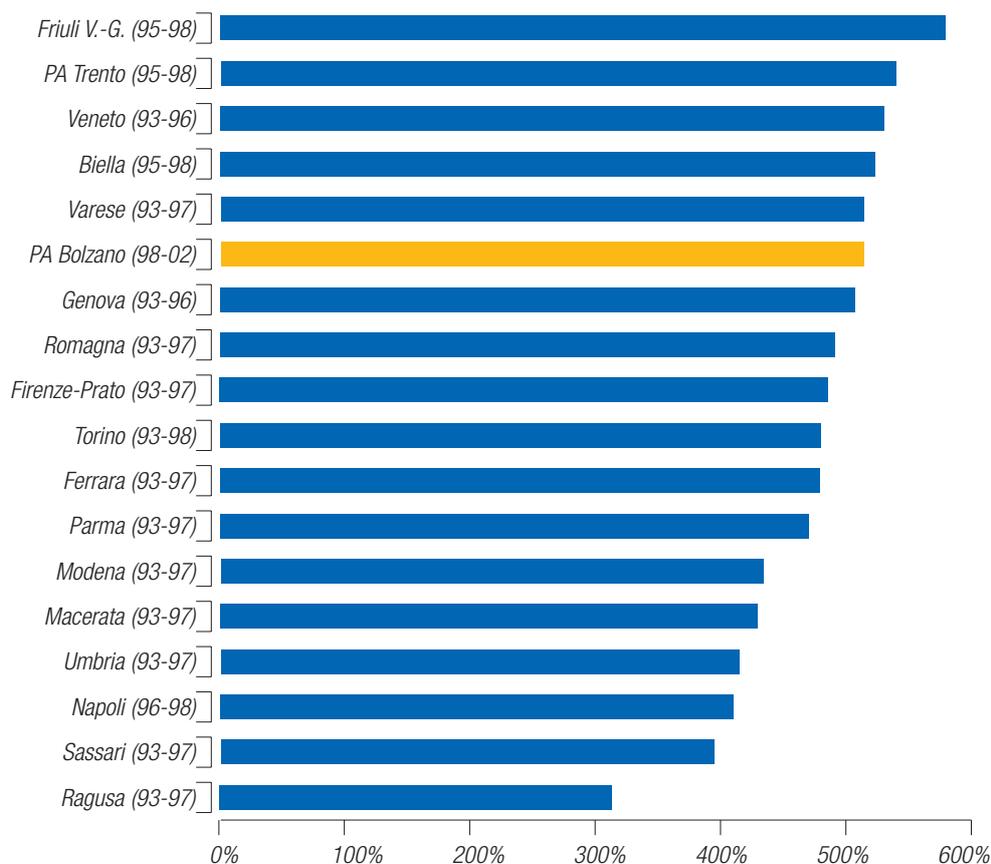
Il confronto con i dati di incidenza a livello italiano è stato condotto sulla base degli ultimi dati pubblicati nel 2002 dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRT), nel volume "Il Cancro in Italia-Vol. III- 1993-1998", relativi a diciassette registri tumori la cui copertura riguarda circa il 23% dell'intera popolazione nazionale.

Nel complesso, l'incidenza tumorale (esclusi i carcinomi della cute) osservata nei maschi per il quinquennio 1998-2002 colloca la PA di Bolzano nella parte centrale nella graduatoria dei tassi standardizzati, alle spalle della regione Friuli Venezia-Giulia (che rappresenta la zona in assoluto con la più alta incidenza), della

Provincia autonoma di Trento, del Veneto, delle Province di Biella e di Varese. Il tasso relativo all'Alto Adige (512,8 per 100.000) risulta leggermente superiore al valore calcolato sul pool dei registri italiani per gli anni 1993-98, pari a 483,5 per 100.000.

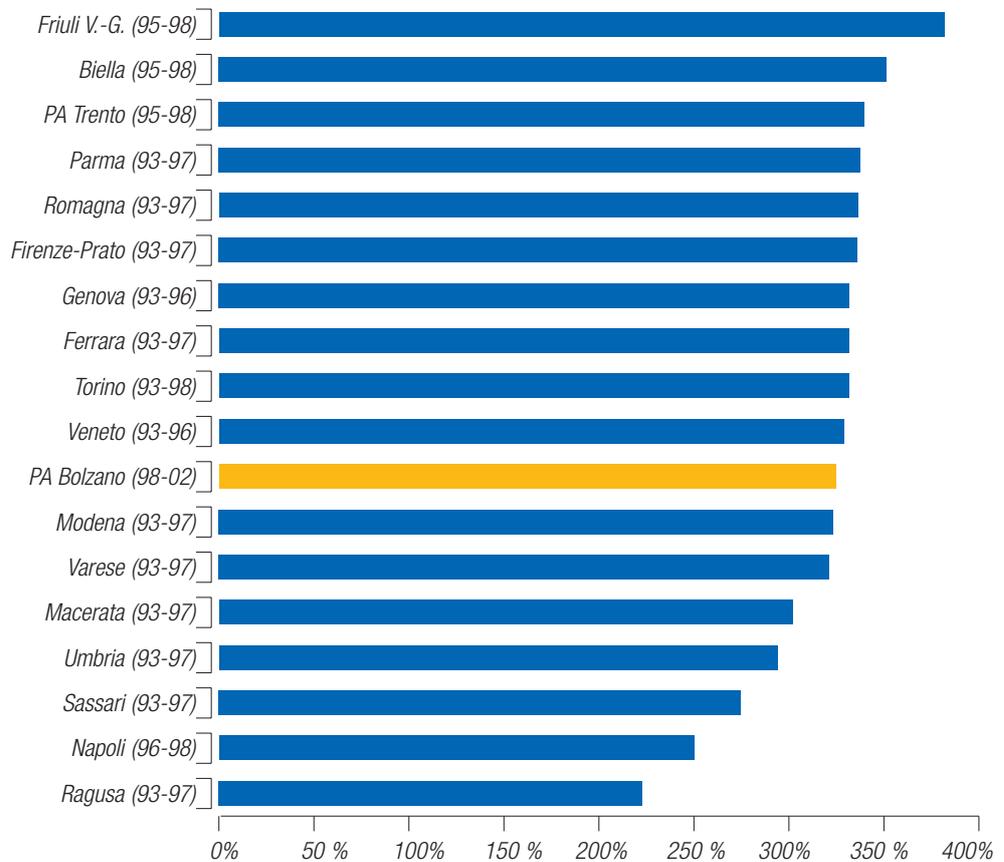
La diffusione del fenomeno neoplastico presso le donne altoatesine mostra nel complesso una situazione più favorevole rispetto ad altre realtà italiane, dovuta in primo luogo alla minore incidenza del tumore della mammella che normalmente rappresenta oltre il 25% dei tumori maligni femminili. La PA di Bolzano presenta un dato (324,6 per 100.000) in linea con il valore espresso dal pool dei registri (325,5 per 100.000, anni 1993-98). Il confronto evidenzia comunque una minore variabilità dei tassi rispetto a quanto osservato per la popolazione maschile. Di nuovo, la regione Friuli Venezia-Giulia presenta la maggiore incidenza di patologie tumorali, mentre Ragusa, Napoli e Sassari confermano i bassi tassi di incidenza osservati anche per i maschi.

Figura 19: **Tassi standardizzati di incidenza (per 100.000) tutti i tumori (ESCL. ICD IX 173) – maschi - italia**



Fonte: Associazione Italiana Registri Tumori

Figura 20: Tassi standardizzati di incidenza (per 100.000) tutti i tumori (ESCL. ICD IX 173) – femmine - italia



Fonte: Associazione Italiana Registri Tumori

**MORTALITÀ PER TUMORE**

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

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

archivio al momento dell'insorgenza della malattia (Death Certificate Only – DCO – principale indicatore di qualità secondo l'OMS).

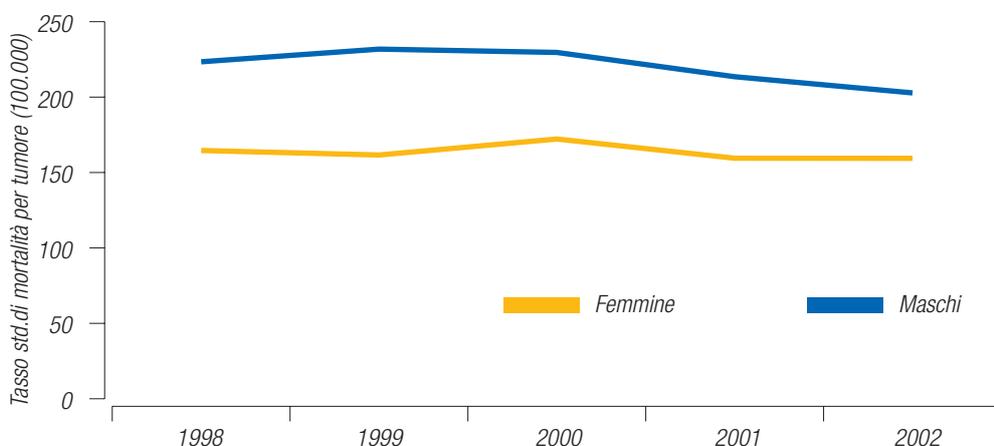
Con la delibera provinciale del 13 novembre 2000 n. 4.215 è stato istituito presso il Registro Tumori dell'Alto Adige il Registro Provinciale di Mortalità, in stretta collaborazione con i servizi d'igiene e sanità pubblica delle quattro AS e con l'Osservatorio Epidemiologico provinciale.

Il Registro Provinciale di Mortalità verifica e registra ogni informazione contenuta nei certificati di morte ISTAT, utilizzando le copie cartacee custodite presso i quattro Servizi d'igiene e sanità pubblica provinciali e relative ai decessi a partire dal 1° gennaio 1995. Le necessarie procedure di verifica della qualità e della completezza dell'archivio sono effettuate periodicamente attraverso il confronto con i dati sul movimento anagrafico provenienti dai comuni della Provincia.

Di seguito vengono illustrati i valori riferiti ai decessi per neoplasia maligna registrati nella popolazione residente durante il periodo 1998-2002, basati sulle elaborazioni dei certificati di morte per i quali la causa di morte principale conteneva l'indicazione di un tumore maligno (codici ICD IX: 140 –208). Per il confronto con le diverse realtà italiane è stata operata una standardizzazione dei tassi (std), utilizzando come popolazione standard la popolazione italiana al censimento 1981.

Nel periodo 1998-2002 sono deceduti per tumore 2.954 maschi (591 decessi in media per anno), con un tasso di mortalità pari a 259,0 decessi ogni 100.000 residenti, e 2.440 femmine (488 in media per anno), pari a 208,2 decessi ogni 100.000 donne.

Figura 21: Tasso standard di mortalità per tumore maligno (per 100.000) - tutti i tumori - maschi e femmine



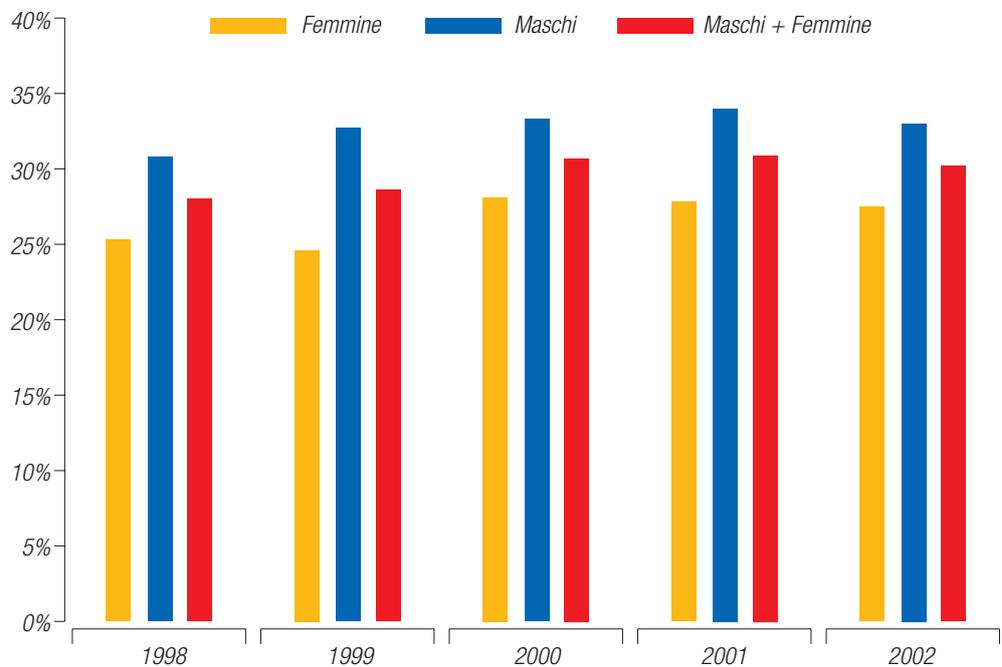
Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

IL REGISTRO  
PROVINCIALE DI  
MORTALITÀ

MORTALITÀ PER TUMORE  
1995-2000

L'andamento negli anni 1998-2002 del tasso standardizzato di mortalità nei maschi evidenzia un trend in discesa a partire dal 2000, con differenze tra gli anni non significative. Nelle femmine il fenomeno appare costante nell'arco del periodo analizzato. Il rapporto tra il numero di decessi per tumore maligno ed il totale dei decessi appare notevolmente stabile negli anni, variando dal 28,0% (1998) al 30,9% (2001). Nella popolazione maschile in media ogni anno circa un terzo dei decessi (32,3%) è causato da un tumore maligno, mentre tra le donne la percentuale scende al 26,2%.

Figura 22: **Percentuale di decessi per tumore maligno sul totale dei decessi - maschi e femmine**



Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

Tabella 8: **Decessi per tumore maligno nella popolazione maschile residente - Anni 1998-2002**

ICD IX	SEDE	Decessi	Tasso grezzo (x 100.00)	Tasso std. (Ita '81) (x 100.00)
140	Labbro	3	0,3	0,2
141	Lingua	26	2,3	2,1
142	Ghiandole salivari	3	0,3	0,3
143-145	Bocca	28	2,5	2,3
146	Orofaringe	27	2,4	2,1
147	Rinofaringe	4	0,4	0,3
148	Ipopofaringe	39	3,4	3,1
149	Faringe, n.a.s.	14	1,2	1,1
150	Esofago	104	9,1	8,0
151	Stomaco	243	21,3	18,0
152	Intestino tenue	9	0,8	0,7
153	Colon	218	19,1	16,1
154	Retto	136	11,9	10,3
155	Fegato	159	13,9	12,6
156	Vie biliari	57	5,0	4,1
157	Pancreas	130	11,4	9,8
160	Cavità nasali	5	0,4	0,4
161	Laringe	43	3,8	3,3
162	Trachea, bronchi e polmone	631	55,3	48,3
163-164	Altri organi toracici	12	1,1	0,9
MES	Mesotelioma	13	1,1	1,0
170	Osso	5	0,4	0,4
171	Tessuti molli	9	0,8	0,7
KAP	Sarcoma di Kaposi	-	-	-
172	Pelle, melanomi	25	2,2	2,0
173	Pelle, non melanomi	7	0,6	0,4
175	Mammella (uomo)	3	0,3	0,2
185	Prostata	322	28,2	21,7
186	Testicolo	3	0,3	0,2
187	Pene e altri genitali maschili	1	0,1	0,0
188	Vescica	145	12,7	9,9
189	Rene e altre vie urinarie	81	7,1	5,9
190	Occhio	2	0,2	0,2
191-192	Encefalo e altro SNC	90	7,9	7,2
193	Tiroide	13	1,1	0,9
194	Altre ghiandole endocrine	2	0,2	0,1
201	Linfoma di Hodgkin	3	0,3	0,3
200, 202	Linfoma non Hodgkin	80	7,0	5,9
203	Mieloma	43	3,8	3,1
204	Leucemia linfatica	39	3,4	2,7
205	Leucemia mieloide	60	5,3	4,4
206	Leucemia monocitica	4	0,4	0,3
207	Altre leucemie specificate	2	0,2	0,2
208	Leucemia, n.a.s.	2	0,2	0,1
	Sedi mal definite	109	9,6	8,1
	<b>TUTTE LE SEDI</b>	<b>2.954</b>	<b>259,0</b>	<b>220,2</b>

Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

Tabella 9: Decessi per tumore maligno nella popolazione femminile residente - Anni 1998-2002

ICD IX	SEDE	Decessi	Tasso grezzo (x 100.00)	Tasso std. (Ita '81) (x 100.00)
140	Labbro	1	0,1	0,0
141	Lingua	6	0,5	0,4
142	Ghiandole salivari	5	0,4	0,3
143-145	Bocca	7	0,6	0,5
146	Orofaringe	5	0,4	0,4
147	Rinofaringe	-	-	-
148	Ipopofaringe	2	0,2	0,2
149	Faringe, n.a.s.	3	0,3	0,2
150	Esofago	18	1,5	1,3
151	Stomaco	204	17,4	13,2
152	Intestino tenue	9	0,8	0,7
153	Colon	219	18,7	16,9
154	Retto	108	9,2	6,7
155	Fegato	57	4,9	4,0
156	Vie biliari	97	8,3	6,2
157	Pancreas	171	14,6	11,6
160	Cavità nasali	3	0,3	0,2
161	Laringe	5	0,4	0,3
162	Trachea, bronchi e polmone	222	18,9	15,8
163-164	Altri organi toracici	4	0,3	0,3
MES	Mesotelioma	6	0,5	0,5
170	Osso	-	-	-
171	Tessuti molli	6	0,5	0,4
KAP	Sarcoma di Kaposi	1	0,1	0,1
172	Pelle, melanomi	28	2,4	1,9
173	Pelle, non melanomi	17	1,5	0,8
174	Mammella (donna)	397	33,9	21,3
179	Utero, n.a.s.	30	2,6	1,7
180	Utero, collo	34	2,9	2,3
181	Placenta	-	-	-
182	Utero, corpo	50	4,3	3,3
183	Ovaio	151	12,9	10,2
184	Altri genitali femminili	22	1,9	1,4
188	Vescica	59	5,0	3,4
189	Rene e altre vie urinarie	60	5,1	3,9
190	Occhio	4	0,3	0,3
191-192	Encefalo e altro SNC	76	6,5	5,6
193	Tiroide	21	1,8	1,4
194	Altre ghiandole endocrine	4	0,3	0,3
201	Linfoma di Hodgkin	5	0,4	0,3
200, 202	Linfoma non Hodgkin	75	6,4	5,1
203	Mieloma	37	3,2	2,7
204	Leucemia linfatica	25	2,1	1,4
205	Leucemia mieloide	47	4,0	3,1
206	Leucemia monocitica	1	0,1	0,1
207	Altre leucemie	-	-	-
208	Leucemia, n.a.s.	4	0,3	0,1
	Sedi mal definite	134	11,4	8,5
	<b>TUTTE LE SEDI</b>	<b>2.440</b>	<b>208,2</b>	<b>163,3</b>

Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

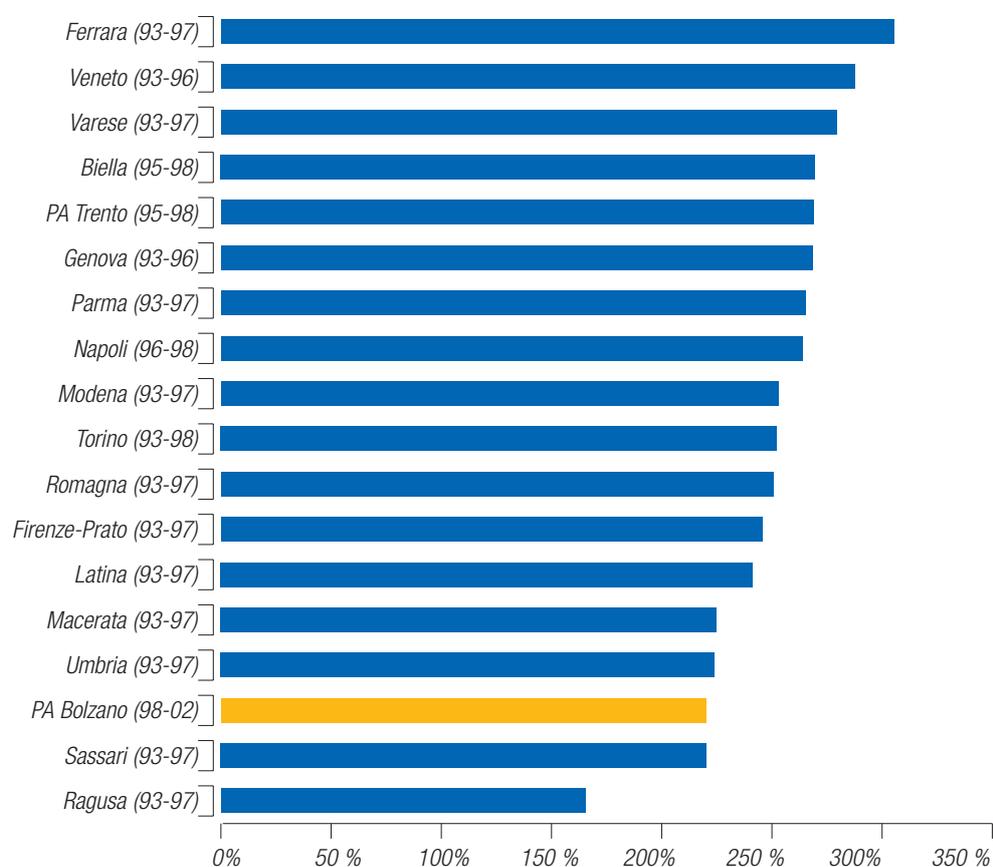
Tra i maschi, le cause di morte per neoplasia più frequenti risultano il tumore del polmone (631 decessi, pari al 21,4% del totale dei decessi per neoplasia), del colon-retto (354 decessi, 12,0%), della prostata (322 decessi, 10,9%) dello stomaco (243 decessi, 8,2%), e del fegato (159 casi, 5,4%). Nelle femmine, i decessi dovuti al tumore della mammella rappresentano la quota più importante (397 decessi, 16,3%), seguiti dai decessi per tumore del colon-retto (327 decessi, 13,4%), del polmone (222 decessi, 9,1%), dello stomaco (204 decessi, 8,4%), e del pancreas (171 casi, 7,0%).

La mortalità per tumore osservata nella popolazione maschile durante gli anni 1998-2002 colloca la PA di Bolzano (219,8 decessi per 100.000) tra gli ultimi posti della graduatoria dei tassi standardizzati riportati dai registri tumori italiani. I tassi standardizzati (popolazione italiana 1981) osservati in ambito nazionale variano per i maschi da 305,5 per 100.000 (Ferrara) a 165,5 per 100.000 (Ragusa). Diversa è la situazione per la mortalità per tumore tra le femmine, per la quale la PA di Bolzano (189,2 decessi per 100.000) si posiziona tra i primi posti nel-

#### CAUSE DI DECESSO PER TUMORE PIÙ FREQUENTI

#### MORTALITÀ PER TUTTI I TUMORI

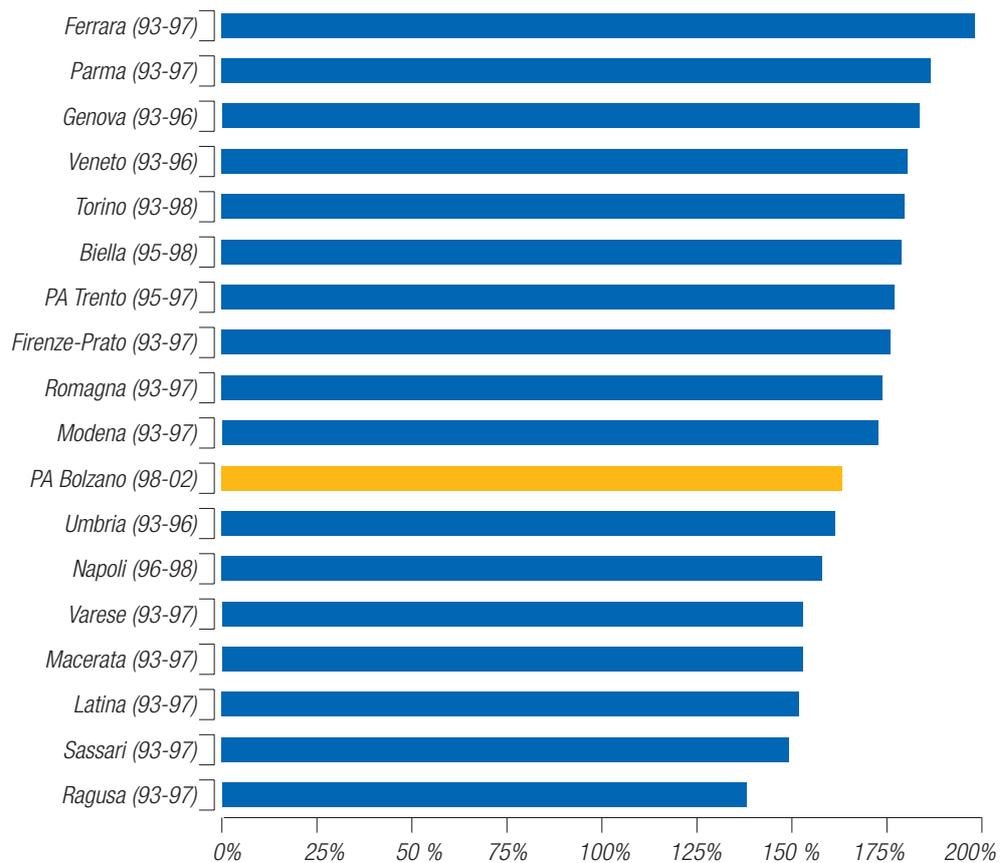
Figura 23: Tassi standardizzati di mortalità (per 100.000) tutti i tumori – maschi - italia



Fonte: Associazione Italiana Registri Tumori

lo scenario nazionale. Va però sottolineato che i periodi temporali di riferimento disponibili per il confronto non sono perfettamente allineati; inoltre, lo scostamento dal dato del pool dei registri italiani (175,4 per 100.000) è contenuto ed i tassi variano in un intervallo compreso tra 138,0 per 100.000 (Ragusa) e 198,2 per 100.000 (Ferrara).

Figura 24: **Tassi standardizzati di mortalità (per 100.000) tutti i tumori – femmine - italia**



Fonte: Associazione Italiana Registri Tumori

### 3.5. MALATTIE RESPIRATORIE

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

I fattori di rischio per la broncopneumopatia cronica ostruttiva possono essere ambientali (fumo di sigaretta, inquinamento atmosferico, infezioni respiratorie in età infantile) oppure individuali, condizionati dall'assetto genetico dell'individuo. Il fumo di tabacco è il più importante fattore ambientale per lo sviluppo di bron-

chite cronica e BPCO: il 15-20% dei fumatori accusa un'ostruzione bronchiale clinicamente significativa ed una frazione minore un'insufficienza respiratoria invalidante.

Le malattie polmonari cronico ostruttive rappresentano, tra le malattie respiratorie, la causa di decesso più importante per gli uomini (29,3 casi per 100.000 abitanti nel periodo 2000-2002), anche se, nell'anno 2002, sono state sopravanzate da polmonite ed influenza (60 decessi nella popolazione maschile nel 2000, 31,7 per 100.000 abitanti). Polmonite ed influenza hanno un trend crescente nel periodo 1995-2002, mentre le malattie ostruttive, dopo aver raggiunto un picco nel 2000, sono in fase di diminuzione.

Polmonite ed influenza rappresentano la principale causa di morte per patologia respiratoria nella popolazione femminile (58 casi nel 2002, pari 24,5 per 100.000 abitanti).

MORTALITÀ

Figura 25: Tasso di mortalità per malattie respiratorie, maschi. Bolzano, anni 1995-2002.

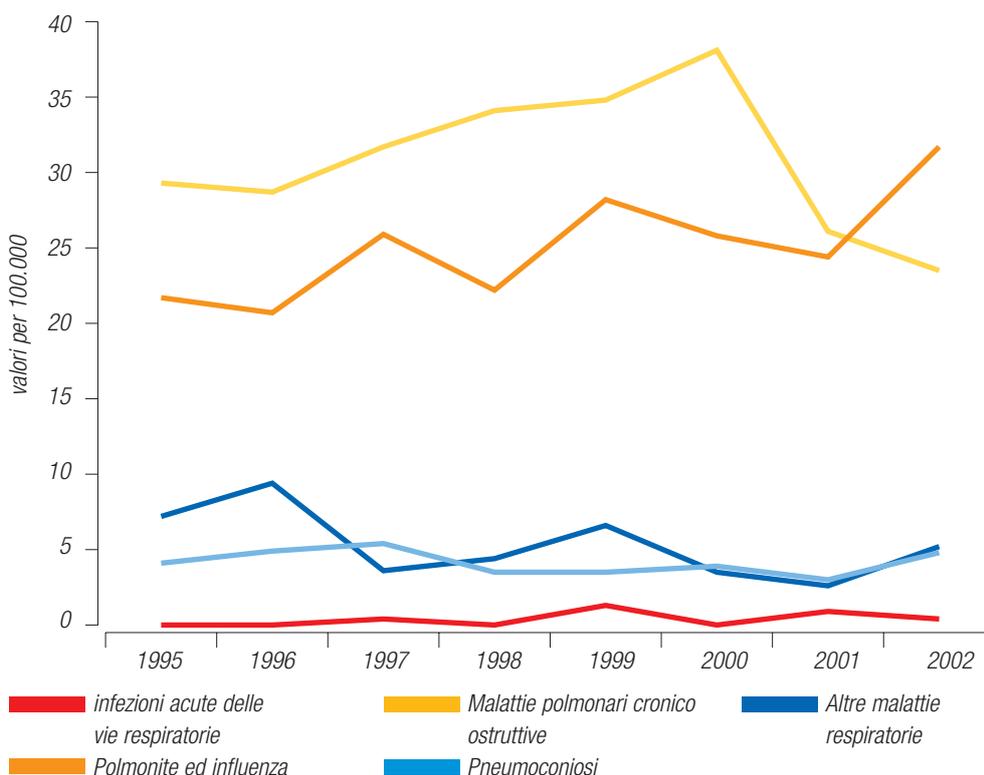
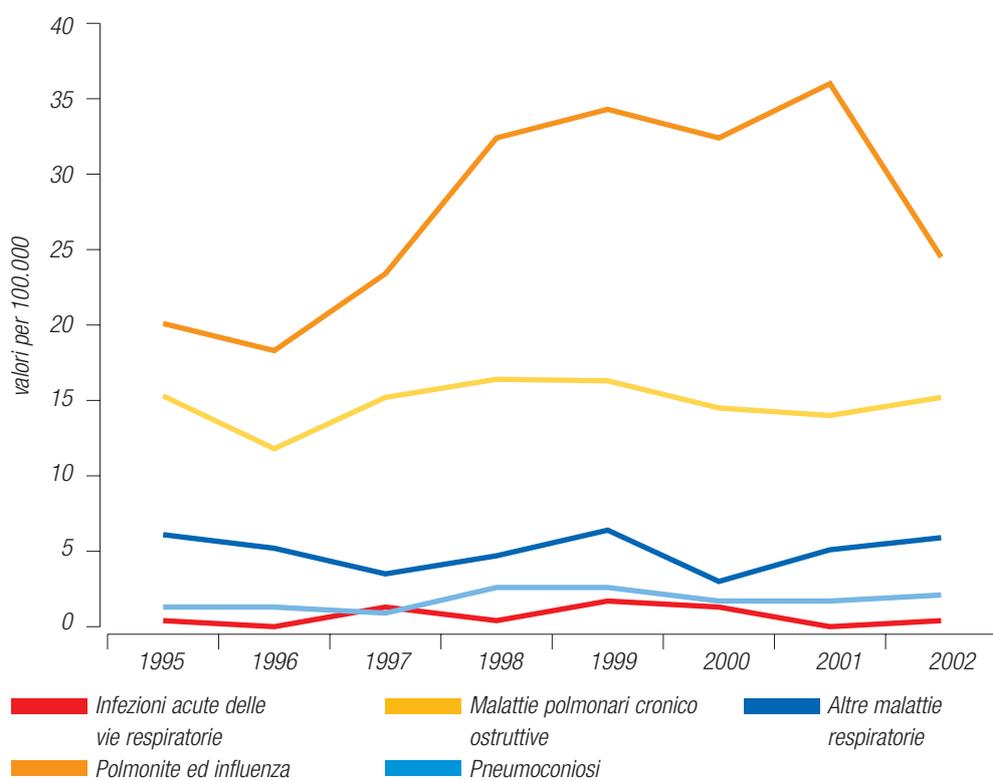


Figura 26: Tasso di mortalità per malattie respiratorie, femmine. Bolzano, anni 1995-2002.



DIMISSIONI OSPEDALIERE

Le dimissioni nel 2004, di residenti in strutture provinciali con una malattia del sistema respiratorio come diagnosi principale, sono state complessivamente 5.891, con un tasso di ospedalizzazione nel periodo 2002-2004 pari a 1,5 per 1.000 tra i maschi ed a 1,1 per 1.000 tra le femmine. Le diagnosi più frequenti di ricovero sono state le "Altre malattie delle vie respiratorie superiori", sia tra i maschi che tra le femmine, ed in particolare le malattie croniche delle tonsille e delle adenoidi (1.030 ricoveri complessivamente). Tra le malattie cronico ostruttive prevalgono i ricoveri per bronchite cronica, che sono stati 448 tra i maschi e 229 tra le femmine.

Tabella 10: Ricoveri, decessi e tassi di ospedalizzazione e mortalità di residenti per sesso e malattia del sistema respiratorio. Bolzano, anni 2002-2004

	ricoveri 2004	tasso ospedalizzazione 2002-04	decessi 2002	tasso mortalità 2000-02
<b>MASCHI</b>				
Infezioni acute delle vie respiratorie	558	243,8	1	0,4
Altre malattie delle vie respiratorie superiori	982	433,8	73	27,4
Polmonite ed influenza	865	377,2	54	29,3
Malattie polmonari cronico ostruttive	571	252,5	11	3,9
Pneumoconiosi	60	24,2	12	3,8
Altre malattie respiratorie	409	182,3	151	64,8
<b>TOTALE</b>	<b>3.445</b>	<b>1.513,7</b>	<b>1</b>	<b>0,4</b>
<b>FEMMINE</b>				
Infezioni acute delle vie respiratorie	426	198,5	1	0,6
Altre malattie delle vie respiratorie superiori	727	333,6	58	31,1
Polmonite ed influenza	656	269,7	36	14,6
Malattie polmonari cronico ostruttive	326	154,2	5	1,8
Pneumoconiosi	47	20,0	14	4,7
Altre malattie respiratorie	264	115,2	114	52,8
<b>TOTALE</b>	<b>2.446</b>	<b>1.091,2</b>	<b>1</b>	<b>0,6</b>

Fonte: SDO, Registro Provincia di Mortalità

### 3.6. MALATTIE INFETTIVE

Ai fini dell'obbligo di notifica da parte dei medici le malattie infettive sono suddivise in quattro classi.

La classe I comprende quelle malattie per le quali si richiede segnalazione immediata (colera, febbre gialla, febbre ricorrente epidemica, febbri emorragiche virali, peste, poliomielite, tifo esantematico, botulismo, difterite, influenza con isolamento virale, rabbia, tetano e trichinosi).

Alla classe II appartengono le malattie rilevanti perché ad elevata frequenza e/o passibili di interventi di controllo (blenorragia, brucellosi, diarree infettive non da salmonelle, epatiti virali A, B, NANB e non specificata, febbre tifoide, legionellosi, leishmaniosi cutanea e viscerale, leptosirosi, listeriosi, meningite ed encefalite acuta virale, meningite meningococcica, morbillo, parotite, pertosse, rickettsiosi diversa da tifo esantematico, rosolia, salmonellosi non tifoidee, scarlattina, sifilide, tularemia e varicella).

Nella classe III si trovano le malattie per le quali sono richieste particolari documentazioni (AIDS, lebbra, malaria, micobatteriosi non tubercolare e tubercolosi).

Per le malattie della classe IV, alla segnalazione del singolo caso da parte del medico deve seguire la segnalazione dell'azienda sanitaria solo nel caso di focolai epidemici (dermatofitosi (tigna), infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare, pediculosi e scabbia).

Le malattie infettive e diffuse notificate all'azienda sanitaria e non comprese nelle classi precedenti, zoonosi, e non precedentemente menzionate, appartengono alla classe V.

**NOTIFICA DI MALATTIE  
INFETTIVE**

Le malattie infettive maggiormente notificate sono state quelle legate all'infanzia, e tra queste la varicella, con 2.573 casi, pari ad un'incidenza di 540,2 per 100.000 abitanti.

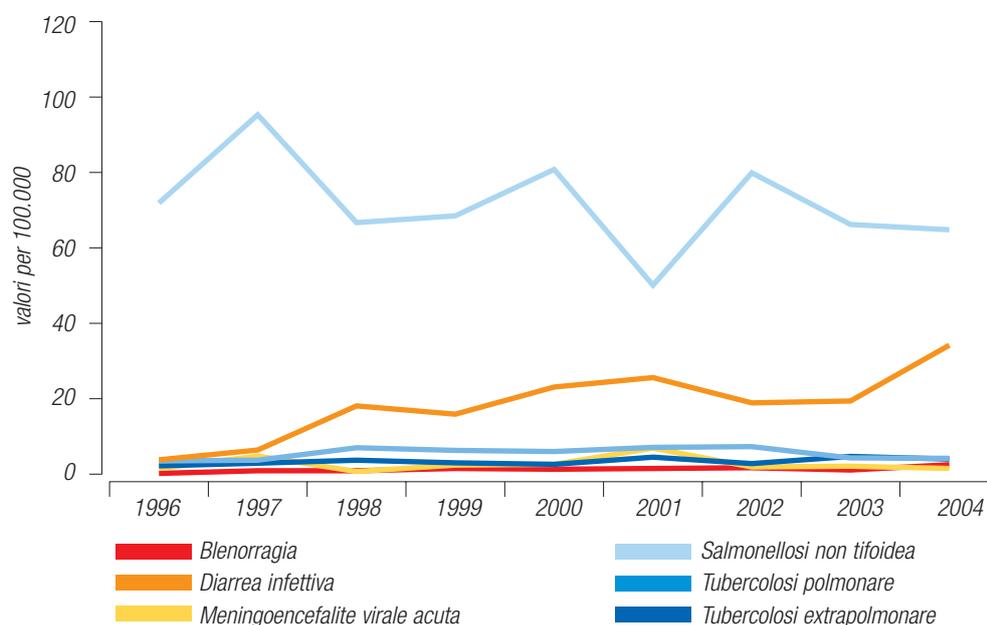
Tabella 11: **Casi notificati di malattie infettive e tassi per 100.000 abitanti. Bolzano, anno 2004**

	<i>Notifiche</i>	<i>Notifiche x 100.000</i>
<i>Blenorragia</i>	12	2,5
<i>Diarrea infettiva</i>	162	34,0
<i>Epatite A</i>	8	1,7
<i>Epatite B</i>	3	0,6
<i>Epatite C</i>	4	0,8
<i>Epatite NANB</i>	1	0,2
<i>Febbre tifoide</i>	1	0,2
<i>Legionellosi</i>	1	0,2
<i>Meningite meningococcica</i>	1	0,2
<i>Meningoencefalite virale acuta</i>	7	1,5
<i>Parotite epidemica</i>	52	10,9
<i>Pertosse</i>	93	19,5
<i>Rosolia</i>	26	5,5
<i>Salmonellosi non tifoidea</i>	307	64,5
<i>Scarlattina</i>	764	160,4
<i>Sifilide</i>	5	1,0
<i>Varicella</i>	2.573	540,2
<b>TOTALE CLASSE II</b>	<b>4.020</b>	<b>844,0</b>
<i>Tubercolosi polmonare</i>	20	4,2
<i>Tubercolosi extrapolmonare</i>	19	4,0
<b>TOTALE CLASSE III</b>	<b>39</b>	<b>8,2</b>

Fonte: SIMI

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

Figura 27: Tasso di notifica per alcune malattie infettive. Bolzano, anni 1996-2004.



Le dimissioni ospedaliere nel 2004, con una malattie infettiva come causa principale del ricovero, sono state 1.924, il 50,1% a causa di malattie infettive intestinali, il 20,7% per altre malattie batteriche e l'11,2% per malattie virali con esantema.

I decessi per malattie infettive nel corso del 2002 sono stati complessivamente 27, con una media di 4,5 decessi per 100.000 abitanti nel periodo 2002-2004. Circa la metà dei decessi è avvenuta per setticemia (14 casi).

Tabella 12: Ricoveri, decessi e tassi di mortalità per malattia infettive. Bolzano, anni 2002-2004

	Dimissioni ospedaliere 2004			Decessi 2002	Tasso di mortalità 200-2002 (x100.000)
	Maschi	Femmine	Totale		
Malattie infettive intestinali	452	512	964	3	0,4
Tuberculosis	35	16	51	3	0,6
Altre malattie batteriche	201	198	399	15	2,4
HIV/AIDS	11	15	26	-	0,1
Poliomielite ed altre malattie virali del sistema nervoso centrale	13	8	21	-	0,1
Malattie virali con esantema	97	118	215	-	0,1
Altre malattie da virus e clamidia	90	54	144	3	0,3
Rickettsiosi	11	8	19	-	0,1
Sifilide ed altre malattie veneree	7	3	10	-	-
Micosi	11	19	30	1	0,1
Elmintiasi	4	3	7	-	-
Altre malattie infettive e parassitarie	18	17	35	2	0,2
Postumi di malattie infettive e parassitarie	2	1	3	0	-
<b>TOTALE</b>	<b>952</b>	<b>972</b>	<b>1924</b>	<b>27</b>	<b>4,5</b>

Fonte: SIMI, SDO

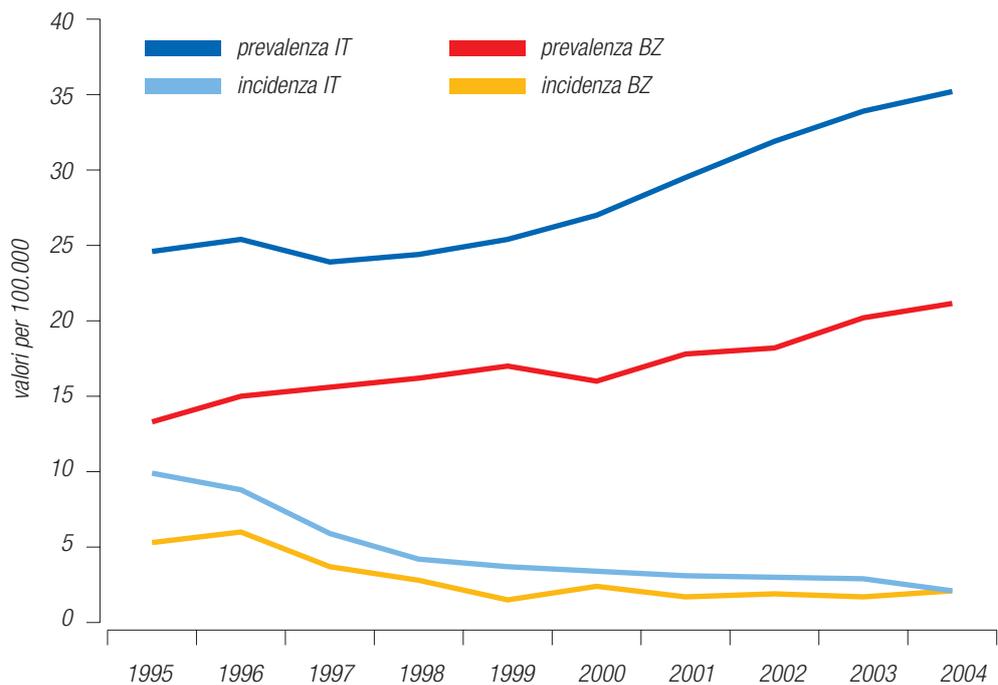
**AIDS**

Tra il 1982, anno della prima diagnosi in Italia, ed il 2004 sono stati segnalati in provincia di Bolzano 250 casi di AIDS, 233 dei quali di residenti. L'incidenza dei casi di AIDS è in progressiva diminuzione a partire dal 1996, con un valore nel 2004 pari a 2,1 casi per 100.000 abitanti.

Dai dati nazionali risulta che l'età mediana alla diagnosi sta crescendo nel tempo, da 29 del 1985 a 41 anni nel 2004 tra i maschi, e da 24 a 38 anni tra le femmine. È in aumento inoltre la proporzione di casi attribuibili ai contatti eterosessuali, che costituisce la modalità di trasmissione più frequente a partire dal 2002 (40,3% dei casi nel 2004), seguita nei gruppi a rischio da tossicodipendenti (32,5%) e omo/bisessuali (18,8%).

Le nuove infezioni da HIV in Provincia di Bolzano nel 2003 sono state pari a 3,5 per 100.000 abitanti.

Figura 28: Tassi di incidenza e prevalenza dell'AIDS. Bolzano e Italia, anni 1995-2004



**FOCOLAI EPIDEMICI**

Nel corso del 2004 sono stati registrati in Provincia 262 focolai epidemici, 199 dei quali di pediculosi (pari al 76,0% dei focolai), che hanno coinvolto complessivamente 1.039 persone (74,4% per pediculosi). Il 59,6% dei focolai è stato localizzato presso scuole o asili nido, ed il 28,5% presso le famiglie.

Tabella 13: **Focolai di malattie infettive notificati e numero di persone coinvolte. Bolzano, anno 2004**

	<i>Focolai</i>	<i>Numero di casi</i>
<i>Altro</i>	6	18
<i>Infezioni e tossinfezioni alimentari</i>	54	240
<i>Pediculosi</i>	199	773
<i>Scabbia</i>	3	8
<b>TOTALE</b>	<b>262</b>	<b>1.039</b>

Fonte: SIMI

### 3.7. SALUTE MENTALE E PSICOLOGICA

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

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

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

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

Nel corso del 2004 sono state assistite 8.140 persone con problemi psichiatrici, 39 delle quali in Austria presso le strutture di riabilitazione convenzionate.

**ASSISTITI DAI CSM**

Tabella 14: **Assistiti dai CSM, in comunità protetta ed in centri di riabilitazione provinciali per azienda sanitaria. Anno 2004**

	<i>Assistiti dai CSM</i>	<i>Assistiti nelle comunità protette</i>	<i>Assistiti in centri di riabilitazione</i>	
			<i>provinciali</i>	<i>austriaci</i>
<i>Bolzano</i>	3.178	-	78	16
<i>Merano</i>		1.564	-	12
<i>Bressanone</i>	1.268	36	-	4
<i>Brunico</i>	1.926	51	-	7
<b>TOTALE</b>		<b>8.023</b>	<b>78</b>	<b>39</b>

Fonte: CSM

**ASSISTITI DAI SERVIZI  
PSICOLOGICI**

Tabella 15: Prestazioni erogate dai CSM per azienda sanitaria. Anno 2004

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico
	<i>Attività rivolte al paziente</i>			
Visita e colloquio psichiatrico	9.338	7.317	6.660	743
Colloquio clinico psicologico	1.040	3.282	16	1.574
Altro colloquio	1.748	304	-	3.480
Consulenza	-	33.275	622	632
Accertamenti medico legali	-	454	-	-
Valutazione standardizzata/tests	5	-	10	74
Somministrazione di farmaci	1.802	10.644	1.782	-
Psicoterapia individuale	2.656	1.117	-	3.766
Psicoterapia familiare	238	106	2.042	660
Psicoterapia di gruppo	462	443	-	-
	<i>Attività rivolte alla famiglia</i>			
Colloquio	286	885	n.r.	-
Interventi informativi e psicoeducativi	-	732	-	-
	<i>Attività di integrazione dei trattamenti</i>			
Riunioni con MMG	-	1.933	128	-
Interventi vari	1.467	3.819	n.r.	-
Interventi socioassistenziali	-	17.362	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>19.042</b>	<b>81.673</b>	<b>11.260</b>	<b>11.528</b>

Fonte: CSM

Gli assistiti dai servizi psicologici nel corso del 2004 sono stati 8.105, il 48,3% dei quali come nuovi pazienti. Sono state erogate complessivamente 60.847 prestazioni, pari a (escludendo le prestazioni di prevenzione) 6,9 prestazioni per utente.

Tabella 16: Assistiti dai Servizi psicologici per azienda sanitaria. Anno 2004

	Assistiti	di cui nuovi assistiti	Assistiti per 1.000 abitanti
Bolzano*	3.660	2.096	17,4
Merano	2.131	948	17,2
Bressanone	1.125	401	16,6
Brunico	1.189	472	16,6
<b>TOTALE</b>	<b>8.105</b>	<b>3.917</b>	<b>17,1</b>

\* stima compresi i pazienti del Servizio di psicologia viaria

Fonte: Servizi psicologici

Tabella 17: Prestazioni erogate dai Servizi psicologici per azienda sanitaria. Anno 2004

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Valutazione diagnostica	4.603	3.972	2.845	3.177	14.597
Consulenza psicologica	6.807	9.121	4.420	2.133	22.481
Psicoterapia	4.581	2.146	2.585	2.566	11.878
Discussione caso, interdisciplinari	2.499	2.108	1.211	1.306	7.124
Prevenzione	1.060	1.380	1.157	1.170	4.767
<b>TOTALE</b>	<b>19.550</b>	<b>18.727</b>	<b>12.218</b>	<b>10.352</b>	<b>60.847</b>

**DIMISSIONI OSPEDALIERE**

Le dimissioni ospedaliere di pazienti con diagnosi principale di tipo psichiatrico sono state complessivamente 3.508 pari ad un tasso di 740,1 per 100.000 abitanti.

Le diagnosi più frequentemente segnalata per gli assistiti dai CSM è stata la psicosi affettiva (35,6% dei casi), seguita da disturbi neurotici (17,3%) e psicosi schizofreniche (12,8%). Le psicosi affettive e quelle schizofreniche sono più presenti tra i maschi (rispettivamente 38,5% vs. 31,1% e 15,7% vs. 10,9%) mentre i disturbi neurotici sono più diffusi tra le donne (18,7% vs. 14,9%).

Anche nel caso delle dimissioni ospedaliere prevalgono le diagnosi di psicosi affettiva (25,4%), seguite dalla sindrome da dipendenza da alcol (17,0%), dai disturbi neurotici (10,9%) e dalle psicosi schizofreniche (9,6%).

Tabella 18: **Pazienti assistiti dai CSM e dimissioni ospedaliere per causa. Bolzano, anno 2004**

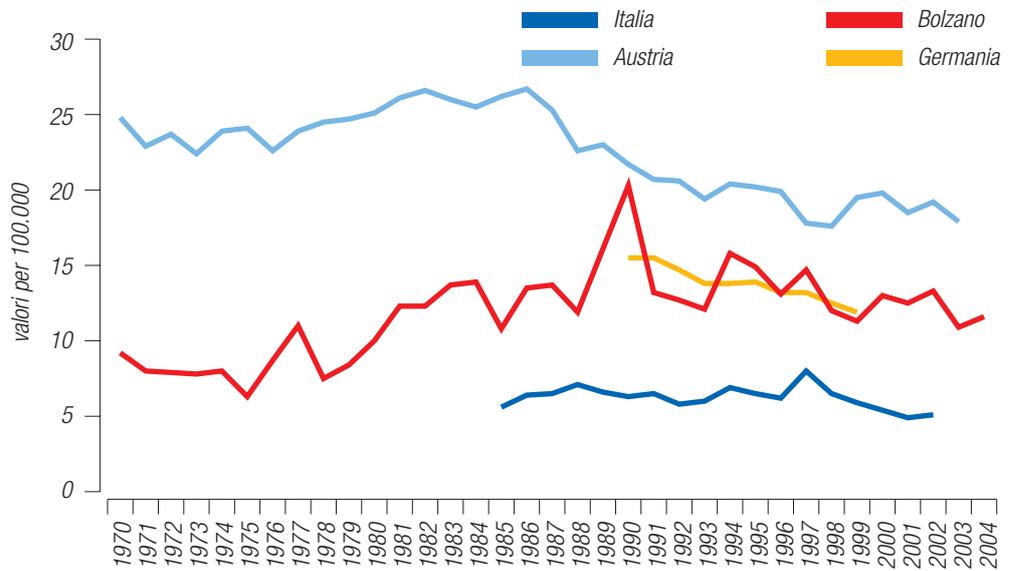
	Assistiti dai CSM	Dimissioni ospedaliere	
		Casi	Tasso x 100.000
Stati psicotici organici senili e presenili	209	253	53,4
Psicosi alcoliche	17	95	20,0
Psicosi da farmaci	4	19	4,0
Stati psicotici organici transitori	77	64	13,5
Altri stati psicotici organici	25	19	4,0
Psicosi schizofreniche	1.003	336	70,9
Psicosi affettive	2.799	892	188,2
Stati paranoici	162	39	8,2
Altre psicosi non organiche	306	61	12,9
Psicosi con origine specifica nell'infanzia	4	4	0,8
Disturbi neurotici	1.356	383	80,8
Disturbi della personalità	325	147	31,0
Deviazioni e disturbi sessuali	2	-	-
Sindrome di dipendenza alcol	118	597	125,9
Farmacodipendenza	20	54	11,4
Abuso di droghe senza dipendenza	21	214	45,1
Disfunzioni somatiche	177	45	9,5
Sintomi o sindromi speciali	74	79	16,7
Reazione acuta a sit. Stressanti	60	19	4,0
Reazione di adattamento	506	103	21,7
Disturbi psichici specifici	32	13	2,7
Disturbi depressivi non classificati altrove	7	11	2,3
Disturbi della condotta	14	8	1,7
Disturbi dell'emotività	55	9	1,9
Sindrome ipercinetica infanzia	55	1	0,2
Ritardi specifici dello sviluppo	4	5	1,1
Fattori psichici associati a malattie classificate altrove	3	-	-
Oligofrenia lieve	124	24	5,1
Altre oligofrenie specificate	69	5	1,1
Oligofrenia non specificata	26	9	1,9
<b>TOTALE</b>	<b>7.852</b>	<b>3.508</b>	<b>740,1</b>

Fonte: CSM, SDO

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

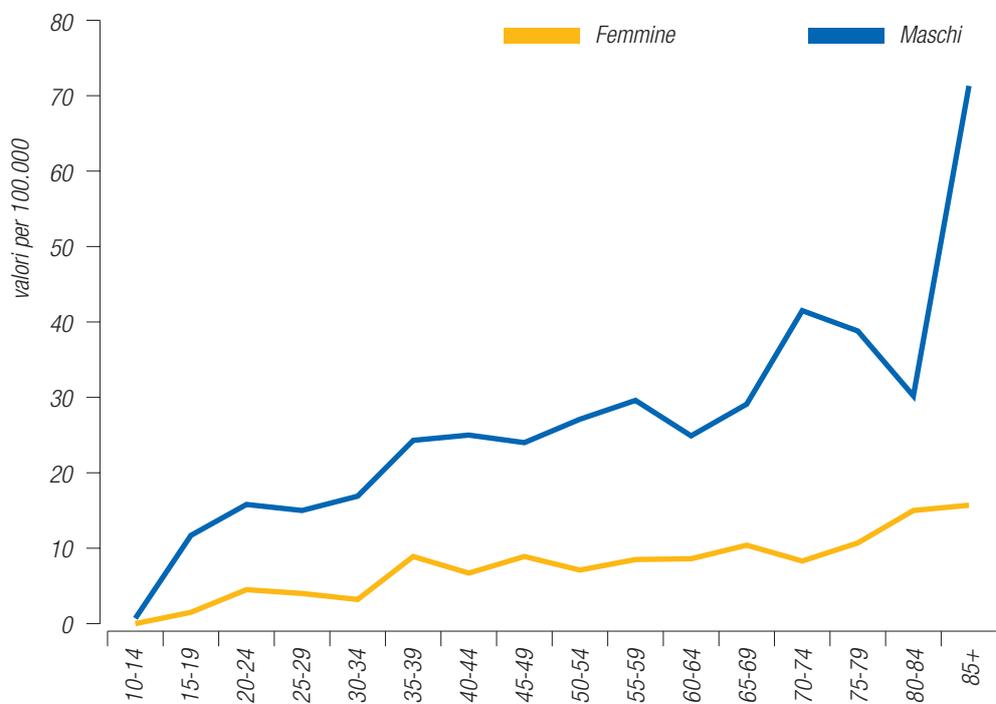
**SUICIDI**

Figura 28: Tasso di suicidio in alcune aree. Anni 1970-2004



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

Figura 30: Tasso di suicidio per classi di età. Bolzano, anni 1995-2004



### 3.8. INCIDENTI STRADALI

Nell'anno 2003 si sono verificati in provincia di Bolzano 1.716 incidenti stradali, nei quali sono morte 65 persone e 1.716 sono rimaste infortunate. In termini assoluti il numero di incidenti stradali è diminuito del 16,7% rispetto al 2002 e del 17,9% rispetto al 2001. In calo sono anche morti e feriti. I primi sono diminuiti del 26,1% rispetto al 2002 e del 33,0% rispetto al 2001, mentre per i secondi la diminuzione è del 18,6% rispetto al 2002 e del 22,1% rispetto al 2001. La maggior quota degli incidenti si è verificata su strade urbane (41,8%) e statali (36,4%).

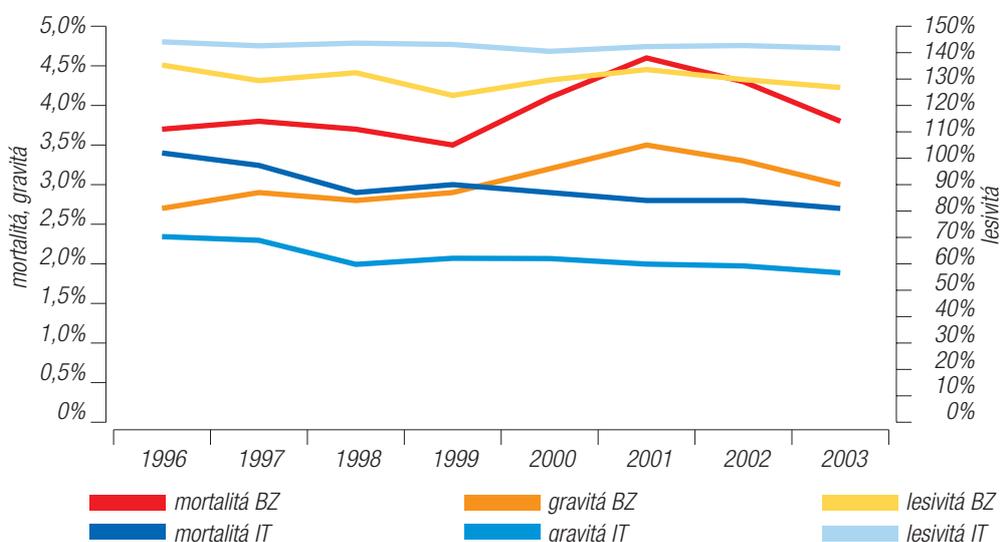
Gli esiti dell'incidente si differenziano secondo il tipo di strada. Il 58,5% dei decessi è avvenuto su una strada statale, il 16,9% su una provinciale ed il 10,8% su una strada urbana. Il 38,6% dei feriti è a seguito di incidenti verificatisi su una strada statale, il 38,2% su una strada urbana ed il 13,6% su una provinciale.

Il rapporto di gravità (dato dal numero dei morti rispetto al numero dei feriti) è maggiore per le strade comunali extraurbane (6,8%) e minore per le strade urbane (0,8%). Analogamente si rileva per il rapporto di mortalità (dato dal numero di morti rispetto al numero di incidenti), maggiore sulle strade comunali extraurbane (7,9%) e minore sulle strade urbane (1,0%) Il rapporto di lesività (dato dal numero di feriti rispetto al numero di incidenti) è maggiore sulle autostrade (166,7%) e minore sulle strade urbane (115,9%).

Il rapporto di gravità e quello di mortalità sono cresciuti tra il 1996 ed il 2001 e diminuiti negli anni successivi, mantenendosi costantemente al di sopra dei valori medi nazionali. In tendenziale diminuzione nell'arco del periodo è il rapporto di lesività, costantemente inferiore al valore medio nazionale.

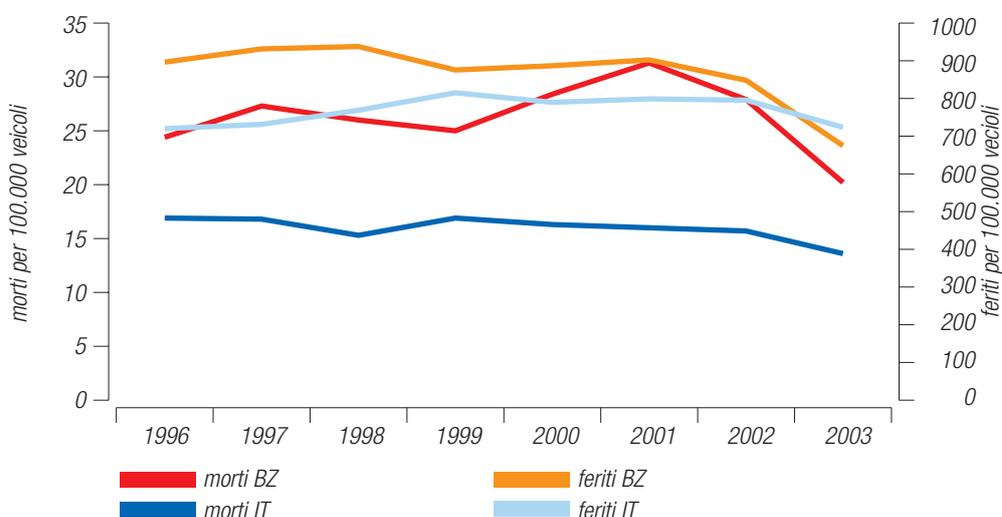
#### ESITI DEGLI INCIDENTI

Figura 31: Rapporti di mortalità, gravità e lesività degli incidenti stradali. Bolzano e Italia, anni 1996-2003



Il numero di decessi rispetto al parco veicolare circolante nel 2003 è stato pari a 20,2 per 100.000 veicoli, mentre i feriti sono stati 674,8 per 100.000 veicoli. L'indicatore rispetto ai morti è superiore alla media nazionale, anche se c'è stato un avvicinamento degli indici nel 2003. L'indicatore rispetto ai feriti ha avuto una tendenza alla diminuzione nel periodo considerato, mentre a livello nazionale è stata registrata una tendenza opposta, con il risultato che nell'anno 2003 l'indicatore provinciale è stato inferiore a quella nazionale.

Figura 32: **Morti e feriti per incidente stradale rispetto al parco veicolare. Bolzano e Italia, anni 1996-2003**



### 3.9. INFORTUNI LAVORATIVI E MALATTIE PROFESSIONALI

Nel corso del 2003 sono stati comunicati complessivamente 16.514 infortuni sul lavoro (-7,5% rispetto al 2002), 17 dei quali mortali, e 310 malattie professionali nel settore industria e servizi.

L'84,8% degli infortuni e 14 dei 17 casi mortali si sono verificati nel settore dell'industria, mentre i restanti 3 decessi sono stati rilevati nel settore agricolo.

Il confronto dei dati provinciali con quelli delle altre regioni italiane, basato sulla media del triennio 2000-02, evidenzia una frequenza relativa di infortuni indennizzati rispetto al numero degli esposti pari a 37,6 per 1.000, superiore alla media nazionale (35,8 per 1.000).

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

La media provinciale annua del triennio 2000-02 indica in 2,72 i giorni di lavoro persi per ciascun addetto a seguito di infortunio sul lavoro. La gravità degli infortuni denunciati in Provincia di Bolzano è inferiore ai valori medi nazionali (2,88).

**BIBLIOGRAFIA**

*Regione Piemonte. La Salute in Piemonte, 2000.*

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

*Istituto Superiore di Sanità. Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia e delle nuove diagnosi di infezione da HIV. Dicembre 2004.*

*ASTAT. Incidenti stradali in provincia di Bolzano, 2003. ASTATInfo nr. 02/2005*

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

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



## 4. GRUPPI VULNERABILI

La popolazione femminile in età fertile sta invecchiando, e nel 2004 l'età media è salita a 33,6 anni.

Il tasso di abortività volontaria (5,1 per 1.000) è inferiore a quello nazionale, mentre il rapporto di abortività spontanea (120,9 per 1.000 nel 2004) è sostanzialmente confrontabile con quello nazionale.

In provincia si rileva il più alto numero di figli per donna (1,54) tra le regioni italiane (1,26 la media nazionale).

Ogni 1.000 donne residenti in età fertile si registrano mediamente 65,4 dimissioni ospedaliere legata alla gravidanza, al parto o al puerperio.

Gli interventi di parto cesareo sono pari al 22,9% dei parti complessivi.

La natimortalità è pari al 3 per mille, confrontabile con quella nazionale e tra le più basse in Europa.

Il tasso di natalità (11,5 per 1.000) è tra i più alti in Italia.

I morti nel primo anno di vita nel 2004 sono stati 23. Il tasso di mortalità infantile (4,2 per 1.000) è tra i più bassi in Italia. Il 64% dei decessi infantili avviene nel primo mese di vita, a conferma del forte peso dei fattori di mortalità endogeni.

Le coperture vaccinali a 24 mesi per la coorte di nascita 2002, presentano a livello provinciale coperture inferiori al livello ottimale del 95%: 90,1% polio, 89,5% difterite-tetano, 89,6% epatite B, 58,0% morbillo e 88,3% HiB.

La speranza di vita in buona salute a 65 anni (1999-2000) è pari a 7,4 anni per gli uomini ed a 9,1 anni per le donne.

I tassi di ospedalizzazione della popolazione anziana sono pari a 512,4 per 1.000 tra gli over 64 anni, ed a 662,4 per 1.000 tra gli over 74 anni.

Sono oltre 22.000 i cittadini stranieri residenti, prevalentemente giovani (l'indice di vecchiaia è pari al 27,4%).

Tra le donne straniere le cause più frequente di ospedalizzazione sono quelle legate a gravidanza, parto e puerperio (42,9% delle dimissioni), mentre tra i maschi i traumatismi e gli avvelenamenti (17,0%).

Una particolare attenzione nella protezione della salute della popolazione dovrebbe essere prestata ai gruppi più vulnerabili, che per loro caratteristica sono soggetti a rischi maggiori. A questi gruppi si possono certamente ascrivere i bambini e le donne relativamente alla salute riproduttiva, gli anziani ed i migranti.

La salute materno-infantile è un tema sanitario prioritario, sulla quale si può intervenire migliorando l'approccio e l'accesso alle cure, rendendo più disponibili assistenza qualificata, trattamenti farmacologici e formazione degli operatori, ma anche attraverso semplici interventi preventivi nel corso della gravidanza, del par-

to e dei primi anni di vita del bambino.

La salute degli anziani ha assunto in questi anni sempre maggiore importanza a causa dell'invecchiamento della popolazione e del conseguente crescente assorbimento di risorse. Diventa quindi essenziale delineare i bisogni della popolazione anziana da rapportare all'offerta di servizi assistenziali disponibili.

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

#### **4.1. SALUTE MATERNO-INFANTILE**

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

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

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

##### **4.1.1. Salute materna**

La popolazione femminile in età fertile al 31 dicembre 2004 (assunta per convenzione come quella tra 15 e 49 anni) era pari a 114.675 unità, cresciuta di poco negli ultimi dieci anni (+1,1% rispetto al 1995), ma variata come composizione delle singole classi d'età al suo interno. Nel 1995 il 44,1% di questa popolazione era d'età compresa tra 15 e 29 anni, il 31,3% aveva tra 30 e 39 anni, il 24,6% tra 40 e 49 anni. Nel 2004 queste quote sono diventate rispettivamente il 35,4% (-8,7%), il 34,5% (+3,2%) ed il 30,1% (+5,5%).

C'è stato quindi un invecchiamento della popolazione femminile in età fertile, confermato anche dalla crescita dell'età media in questa classe d'età, passata da 32,2 anni nel 1995 a 33,6 anni nel 2004.

Tabella 1: **Popolazione femminile in età fertile per azienda sanitaria di residenza e classi di età. Bolzano, anno 2004**

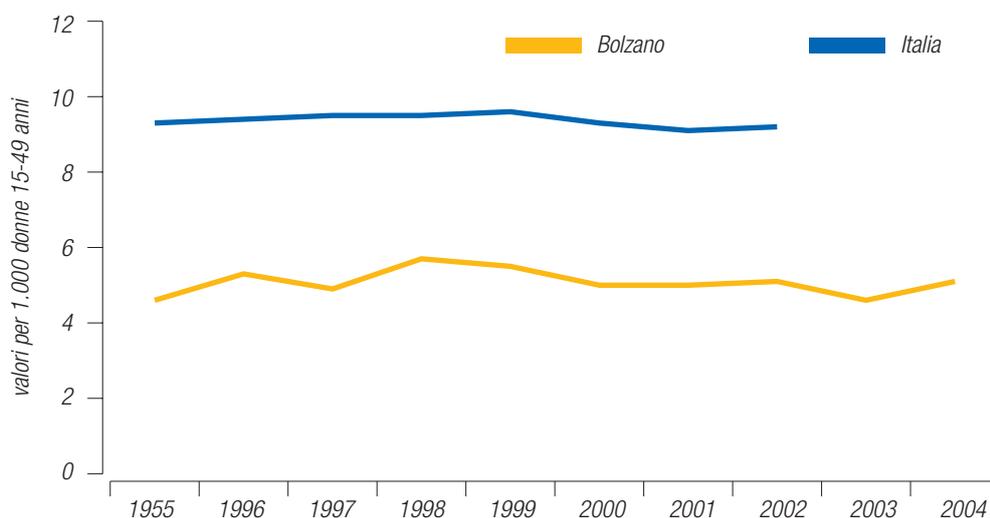
Classi di età	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
15-29	16.508	10.963	6.281	6.888	40.640
30-39	17.567	10.157	5.734	6.076	39.534
40-49	15.669	8.978	4.818	5.036	34.501
<b>TOTALE</b>	<b>49.744</b>	<b>30.098</b>	<b>16.833</b>	<b>18.000</b>	<b>114.675</b>

Fonte: ASTAT

Le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) di donne residenti sono state 582, il valore più elevato tra il 2000 ed il 2004. Il fenomeno si può in ogni modo considerare stabile, ed il tasso di abortività volontaria (5,1 per 1.000 nel 2004) è costantemente inferiore al valore nazionale (9,2 per 1.000 nel 2002).

**INTERRUZIONI  
VOLONTARIE DI  
GRAVIDANZA**

Figura 1: **Tasso di abortività volontaria: Bolzano e Italia. Anni 1995-2004**

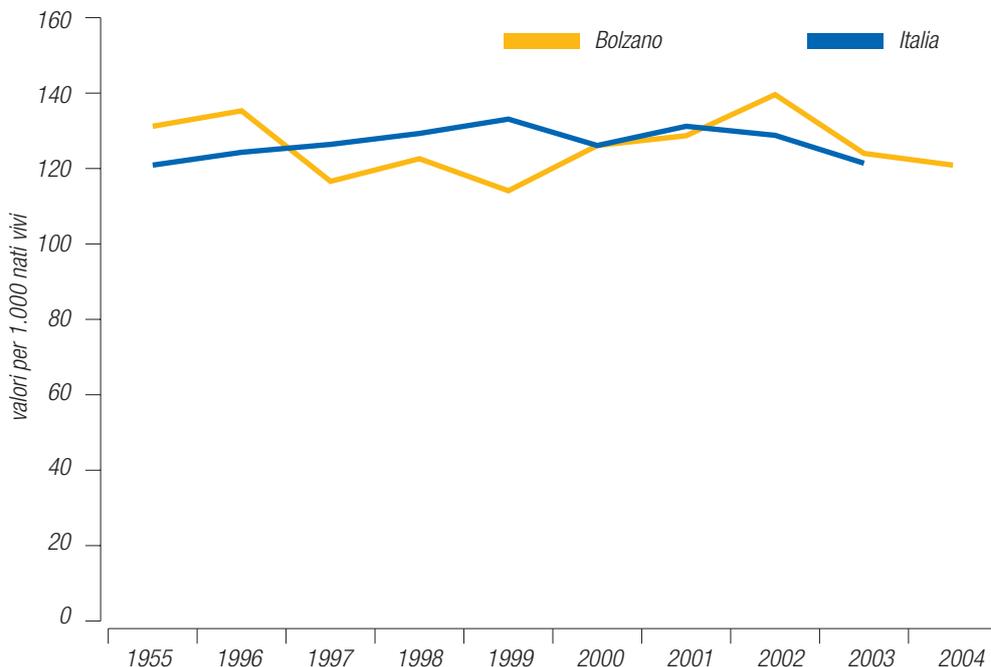


Il numero di aborti spontanei (659 nel 2004), dopo aver raggiunto un picco nel 2002, è in diminuzione negli ultimi due anni. Il fenomeno è stato tendenzialmente in crescita a partire dall'inizio degli anni novanta, crescita spiegabile sia da un progressivo miglioramento nel tempo della rilevazione, sia da una maggiore diffusione dei fattori di rischio, tra i quali va considerato lo spostamento in avanti dell'età media della donna al concepimento.

I rapporti di abortività locali (120,9 per 1.000 nel 2004) sono paragonabili a quelli nazionali (121,4 per 1.000 nel 2003).

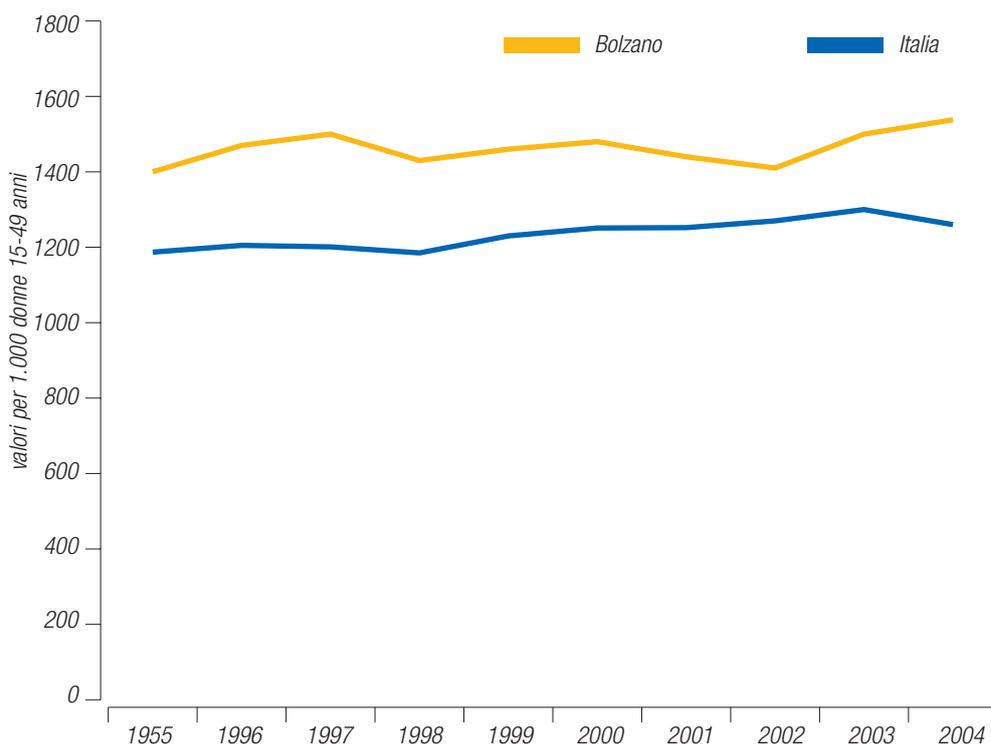
**TASSO DI FECONDITÀ  
TOTALE**

Figura 2: Rapporto di abortività spontanea. Bolzano e Italia, anni 1995-2004



Il Tasso di Fecondità Totale (TFT) calcolato per contemporanee, indica in 1,54 il numero medio di figli per donna in provincia nel 2004, a fronte di un valore nazionale pari 1,26. La fecondità appare in ripresa negli ultimi dieci anni sia a livello provinciale (+0,14) che nazionale (+0,07). La fecondità in provincia è la più alta a livello nazionale.

Figura 3: Tasso di Fecondità Totale. Bolzano e Italia. Anni 1995-2004



L'aumento della fecondità e l'invecchiamento della popolazione femminile in età fertile si traducono in un aumento dell'età media della donna al parto, cresciuta da 29,4 anni a 31,1 anni tra il 1995 ed il 2004.

Nel 2004 ci sono state in provincia 7.504 dimissioni ospedaliere da reparti per acuti di donne residenti con diagnosi principale di complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio: il 47,1% per parto normale, il 16,3% per gravidanza con esito abortivo, il 13,3% per complicazioni legate principalmente alla gravidanza e l'1,3% per complicazioni del puerperio. Nel 22,0% dei casi sono state segnalate complicazioni insorgenti principalmente nel corso del travaglio e del parto. Le dimissioni di donne residenti per gravidanza, parto o puerperio sono state pari a 65,4 ogni 1.000 donne in età 15-49 anni, senza variazioni di rilievo nell'ultimo decennio.

**Tabella 2: Dimissioni ospedaliere per parto e complicazioni della gravidanza (ICD IX 630-676), per DRG relativi al parto (DRG 370-375) ed al parto cesareo (DRG 370-371). Valori assoluti, per 1.000 donne di età 15-49 anni e percentuale di parti cesarei. Bolzano, anno 2004**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
	<b>Valori assoluti</b>				
ICD IX 630-676	3.342	1.719	1.196	1.247	7.504
DRG 370-375	2.134	1.223	795	843	4.995
DRG 370-371	477	274	165	228	1.144
	<b>Valori per 1.000 donne 15-49 anni e % di parti cesarei</b>				
ICD IX 630-676	67,2	57,1	71,1	69,3	65,4
DRG 370-375	42,9	40,6	47,2	46,8	43,6
DRG 370-371	22,4%	22,4%	20,8%	27,0%	22,9%

Fonte: SDO

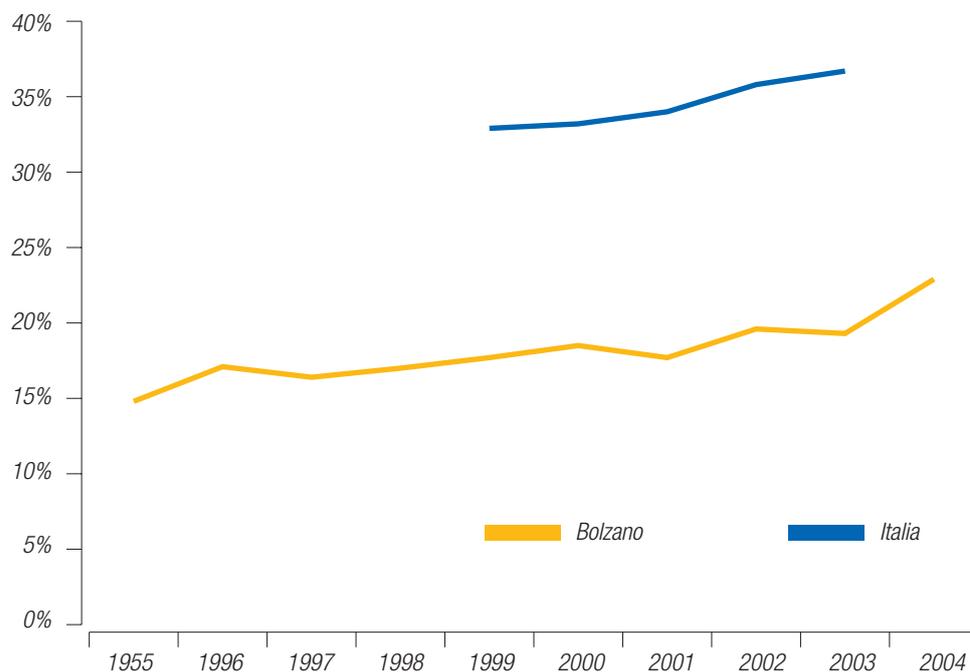
Le dimissioni per parto (secondo il criterio dei DRG) di donne residenti sono state complessivamente 4.995, pari 43,6 ogni 1.000 donne di età 15-49 anni. In 1.144 casi è stato segnalato il ricorso al parto cesareo. La quota di parti cesarei sul totale dei parti è pari al 22,9%, ed è in tendenziale crescita negli ultimi dieci anni, pur mantenendosi inferiore ai valori nazionali.

ETÀ MEDIA AL PARTO

DIMISSIONI OSPEDALIERE  
PER GRAVIDANZA, PARTO  
E PUERPERIO

## NATIMORTALITÀ

Figura 4: Percentuale di parti cesarei. Bolzano e Italia. Anni 1995-2004

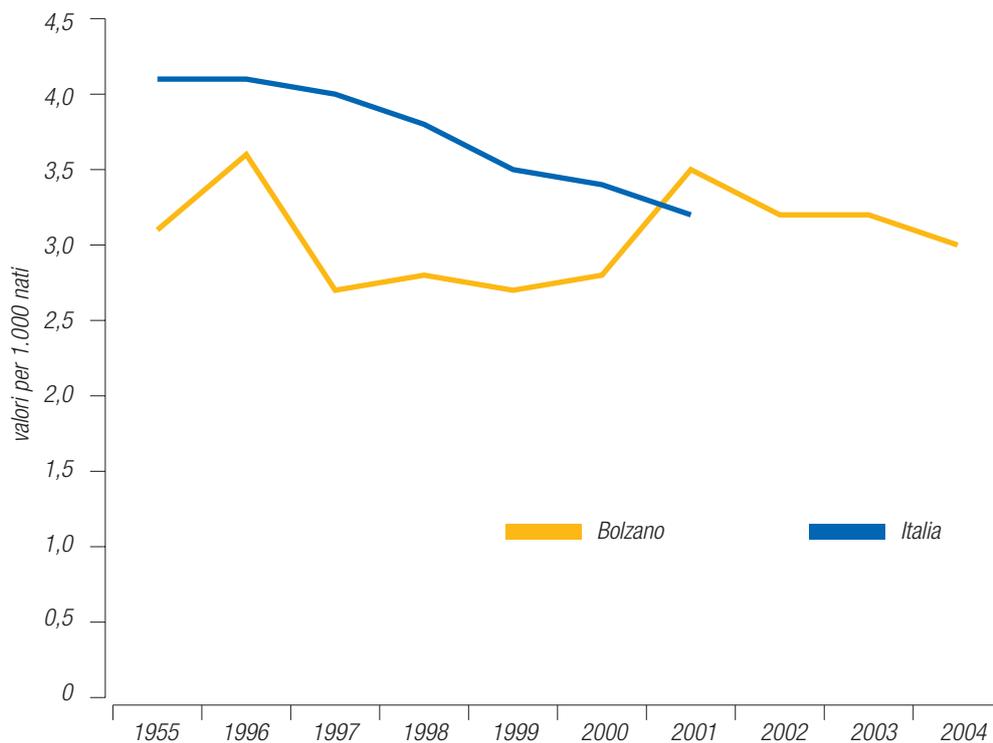


#### 4.1.2. Salute infantile

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

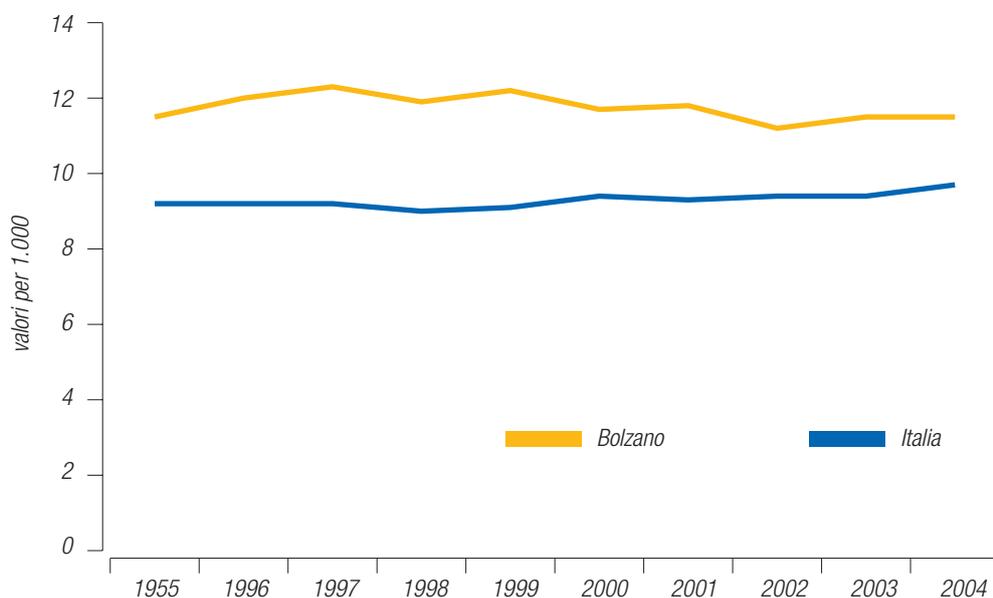
La natimortalità in provincia di Bolzano, con un tasso di 3,0 nati morti ogni 1.000 nati nel 2004 (16 casi), è confrontabile con quella nazionale, ed è tra le più basse in Europa.

Figura 5: Tasso di natimortalità. Bolzano e Italia. Anni 1995-2004



I bambini nati nel 2004 da donne residenti sono stati 5.450, per un corrispondente tasso di natalità pari a 11,5 per 1.000 residenti. La tendenza negli ultimi dieci anni è quella di una riduzione del fenomeno, anche conseguentemente all'invecchiamento della popolazione, mentre al contrario, a livello nazionale, pur con valori inferiori a quelli locali, si registra una tendenza inversa, frutto del contributo alla natalità dato dalla popolazione immigrata.

Figura 6: Tasso di natalità. Bolzano e Italia. Anni 1995-2004



NATALITÀ

**MORTALITÀ INFANTILE**

I morti nel primo anno di vita sono stati 23, pari ad un tasso di mortalità infantile del 4,2 per 1.000. La mortalità infantile in provincia è tra le più basse in Italia. Il 64% dei decessi avviene nel primo mese di vita, il 79% entro il terzo mese, ad indicare il forte peso dei fattori di mortalità endogeni.

Tra le cause di mortalità infantile prevalgono le condizioni morbose di origine perinatale (55% dei casi): nel 28% dei casi la morte è dovuta ad una gestazione breve o ad un basso peso alla nascita, nel 7% ad una sindrome di difficoltà respiratoria, nel 5% ad una ipossia intrauterina o ad una asfissia alla nascita. Le malformazioni congenite sono responsabili nel 22% dei casi (nel 9% dei casi sono malformazioni cardiache) mentre nel 4% dei decessi la causa è una malattia infettiva.

**DIMISSIONI OSPEDALIERE  
NELLA POPOLAZIONE  
0-1 ANNO**

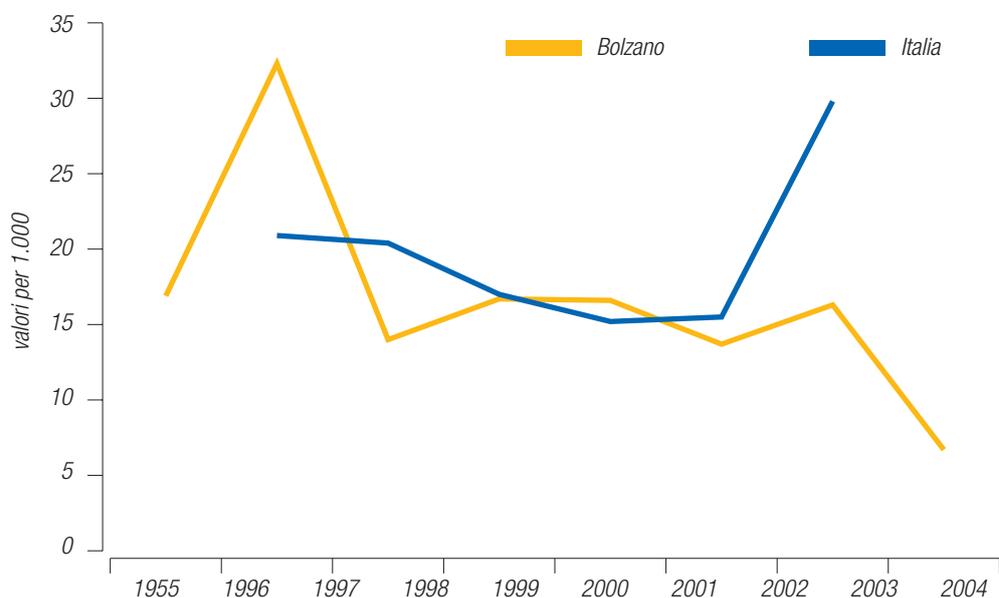
Nel 2004 ci sono state, esclusi i nati vivi sani, 2.740 dimissioni ospedaliere da reparti per acuti di bambini residenti nel primo anno di vita (502,8 per 1.000 nati vivi), il 43,6% delle quali per condizioni morbose di origine perinatale, l'11,1% per malattie dell'apparato respiratorio, il 9,3% per malformazioni congenite.

**MORTALITÀ NELLA  
POPOLAZIONE 1-14 ANNI**

Nel 2002 sono stati osservati in provincia 5 decessi (6,7 per 100.000) nella popolazione tra 1 e 14 anni, rispetto ad una media nel periodo 1995-2002 di 12 decessi annui. I dati provinciali, pur nella variabilità dovuta alla dimensione del fenomeno, sono confrontabili con quelli nazionali.

Sul totale dei 96 decessi osservati nel periodo 1995-2002 il 39% è causato da traumatismi ed avvelenamenti (37 casi, di cui 16 per traumatismo intracranico), il 14% da tumori (13 casi, di cui 6 tumori maligni dell'encefalo). Malattie infettive, malattie del sistema nervoso e malformazioni congenite sono responsabili ciascuno nella misura del 9% del totale (9 casi ognuna).

Figura 7: Tasso di mortalità nella popolazione 1-14 anni. Bolzano e Italia. Anni 1995-2002



Nel 2004 sono state registrate 8.092 dimissioni ospedaliere da reparti per acuti nella popolazione residente di età 1-14 anni (26,8 per 1.000 abitanti). La diagnosi principale di dimissione è stata nel 20,1% dei casi una malattia dell'apparato respiratorio, nel 15,9% un traumatismo o un avvelenamento, e nel 12,4% una malattia dell'apparato digerente

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

Le coperture vaccinali a 24 mesi per la coorte di nascita 2002, presentano a livello provinciale coperture inferiori al livello ottimale del 95%, sia per le vaccinazioni obbligatorie (90,1% polio, 89,5% difterite-tetano, 89,6% epatite B), sia per le vaccinazioni raccomandate (58,0% morbillo e 88,3% HiB).

Tabella 3: **Coperture vaccinali a 24 mesi per azienda sanitaria. Bolzano, coorte di nascita 2002**

	<i>Polio</i>	<i>Difterite Tetano</i>	<i>Epatite B</i>	<i>Morbillo</i>	<i>HiB</i>
<i>Bolzano</i>	88,7%	87,4%	88,4%	65,9%	87,6%
<i>Merano</i>	92,6%	92,4%	91,8%	46,6%	87,6%
<i>Bressanone</i>	87,6%	87,8%	87,3%	52,0%	88,5%
<i>Brunico</i>	92,4%	92,3%	91,6%	60,1%	90,9%
<b>TOTALE</b>	<b>90,1%</b>	<b>89,5%</b>	<b>89,6%</b>	<b>58,0%</b>	<b>88,3%</b>

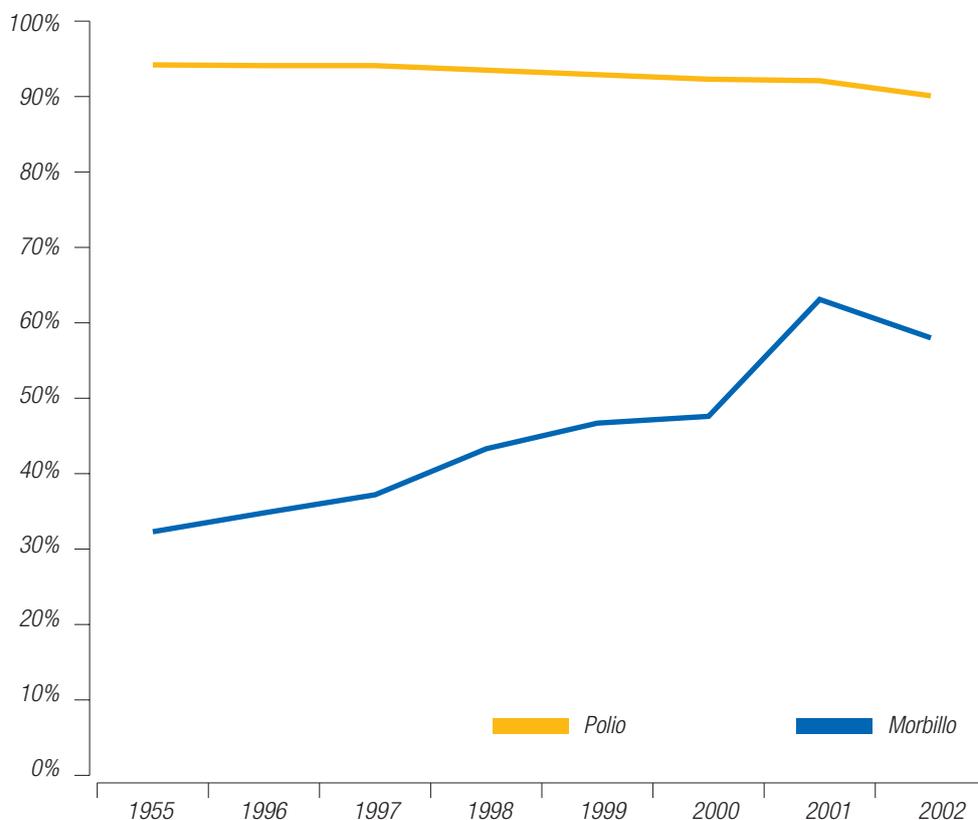
Fonte: Aziende sanitarie, Consorzio dei comuni

I tassi di copertura vaccinale a 24 mesi sono in diminuzione per la polio, da 94,2% per la coorte di nascita 1995 a 90,1% per la coorte di nascita 2002, mentre in aumento sono i tassi di copertura per il morbillo, da 32,3% per la coorte 1995 a 58,0% per la coorte 2002, pur con una diminuzione di 4,9% rispetto alla copertura della coorte del 2001.

**DIMISSIONI OSPEDALIERE  
NELLA POPOLAZIONE  
1-14 ANNI**

**COPERTURA VACCINALE**

Figura 8: Tasso di copertura vaccinale a 24 mesi per polio e morbillo. Bolzano, coorti di nascita 1995-2002



## 4.2. ANZIANI

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

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

### POPOLAZIONE ANZIANA

La popolazione oltre i 64 anni di età residente in provincia al 31 dicembre 2004 era pari a 77.899 unità mentre la popolazione oltre i 74 anni era pari a 35.926 unità. Le donne sono maggiormente rappresentate tra gli anziani, e sono pari al 58,7% della popolazione over 64 anni, ed al 64,6% della popolazione over 74 anni.

Tra il 1995 ed il 2004 la popolazione over 64 è cresciuta dal 14,4% al 16,4% della popolazione totale, mentre la popolazione over 74 è passata dal 5,8% al 7,5%.

Tabella 4: **Popolazione anziana per sesso e azienda sanitaria. Bolzano, Anno 2004**

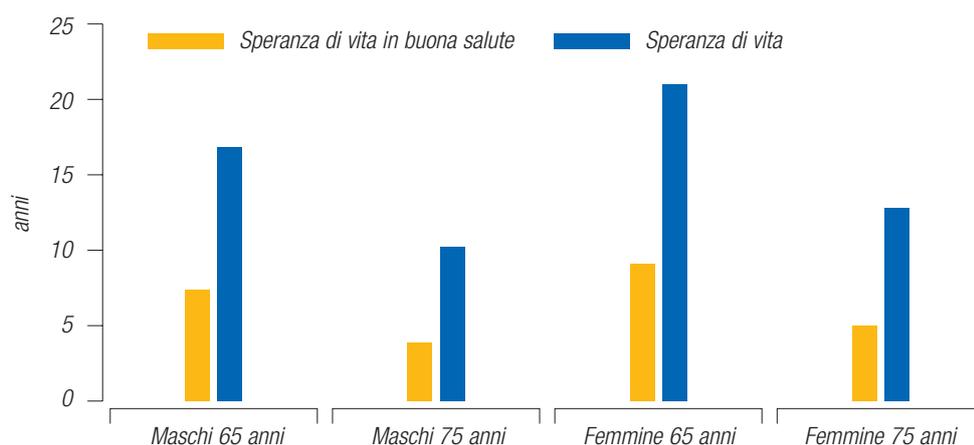
	Over 64 anni		Over 74 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Bolzano	15.407	22.354	6.072	11.533
Merano	8.377	11.933	3.367	6.054
Bressanone	3.984	5.695	1.568	2.865
Brunico	4.424	5.725	1.707	2.760
<b>TOTALE</b>	<b>32.192</b>	<b>45.707</b>	<b>12.714</b>	<b>23.212</b>

Fonte: ASTAT

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

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

Figura 9: **Speranza di vita e speranza di vita in buona salute nella popolazione anziana. Bolzano, Periodo 1999-2000**



Le dimissioni ospedaliere nel 2004 di anziani residenti sono state 39.411 per la popolazione over 64 anni, e 23.485 per la popolazione over 74 anni. I tassi di ospedalizzazione sono in crescita tra il 1998 ed il 2004. Nella popolazione over 64 anni il tasso cresce da 488,6 a 512,4 ricoveri per 1.000 abitanti, mentre nella popolazione over 74 anni la crescita è da 629,9 a 662,4 per 1.000.

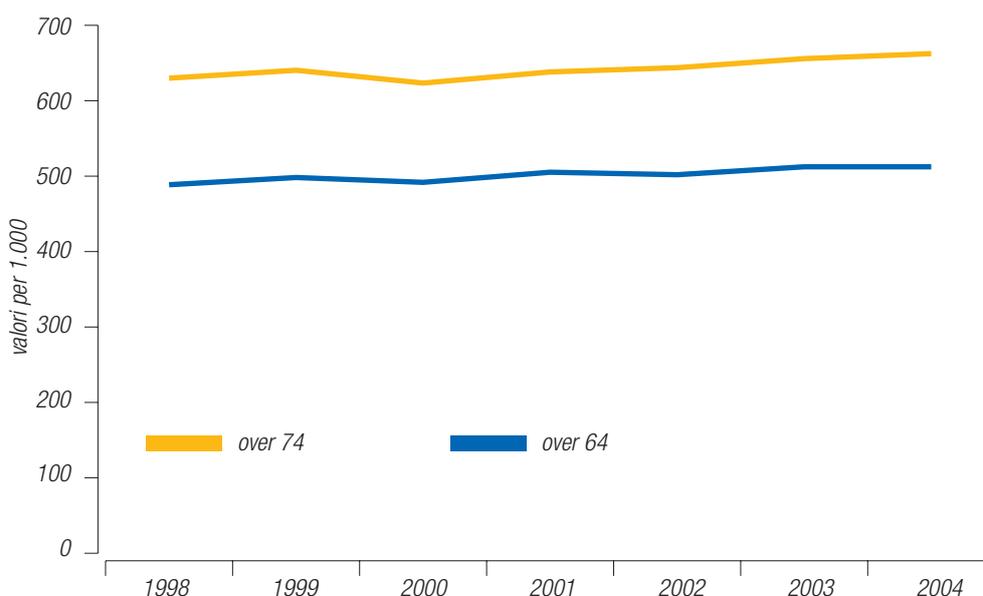
I tassi di ospedalizzazione della popolazione maschile sono sempre superiori a

SPERANZA DI VITA

DIMISSIONI OSPEDALIERE

quelli della popolazione femminile. Nel 2004, tra gli over 64 si sono registrate 551,7 dimissioni per 1.000 abitanti tra i maschi e 484,8 tra e donne, mentre tra gli over 74 i tassi sono stati rispettivamente di 737,8 e 621,5 per 1.000.

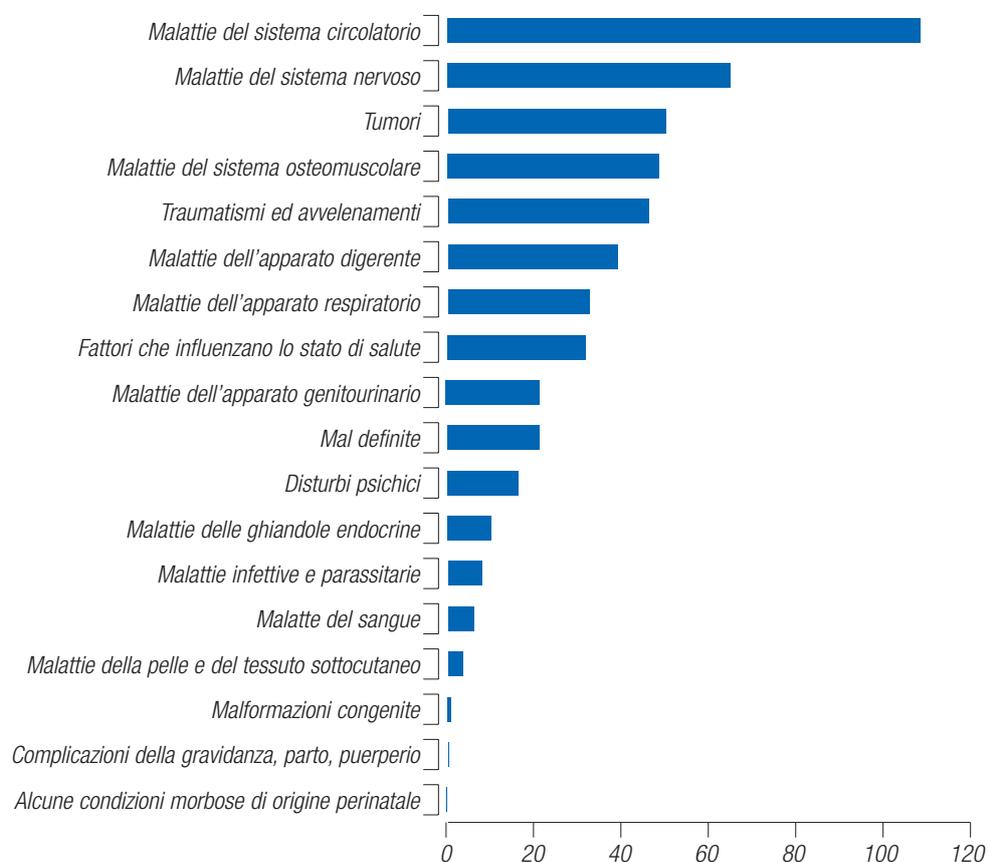
Figura 10: Tassi di ospedalizzazione nella popolazione anziana. Bolzano, anni 1998-2004



Le cause di dimissione più frequenti tra i maschi over 64 sono le malattie del sistema circolatorio (23,0%), seguite dai tumori (12,1%) e dalle malattie del sistema nervoso (11,2%). Anche tra le femmine le cause più frequenti sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio (20,1%), seguite dalle malattie del sistema nervoso (14,1%), dalle malattie osteomuscolari (12,0%) e dai traumi (10,7%).

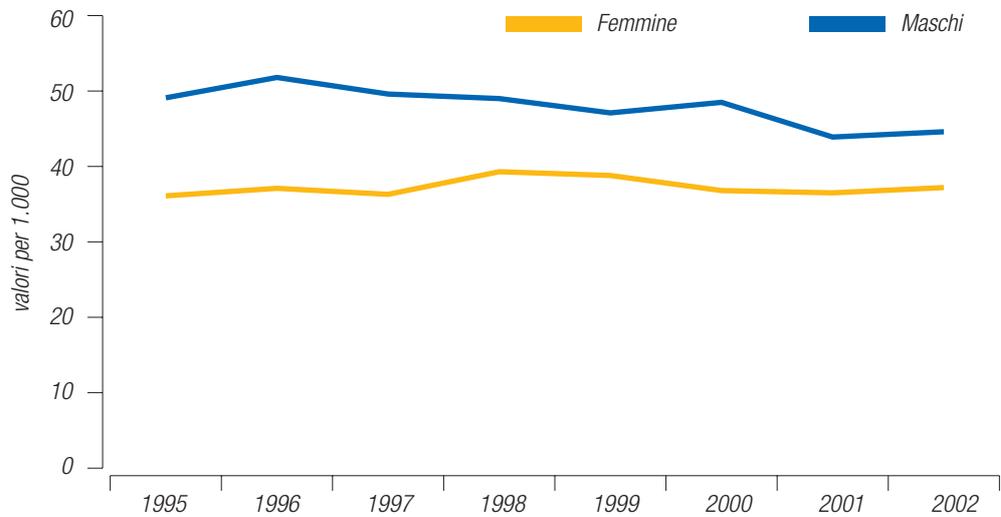
Le malattie del sistema circolatorio presentano complessivamente il maggior tasso di ospedalizzazione (108,1 per 1.000 abitanti over 64 anni), seguite dalle

Figura 11: Tasso di ospedalizzazione per causa nella popolazione anziana. Bolzano, anno 2004



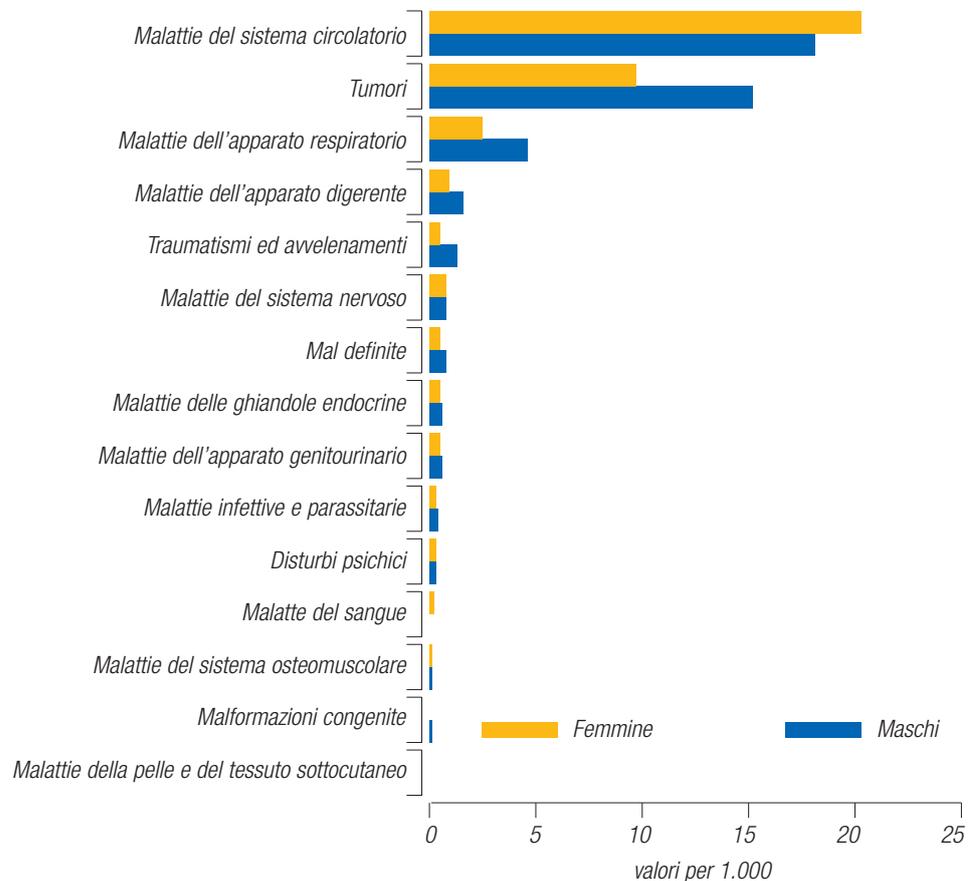
I decessi registrati nella popolazione di età superiore a 64 anni nel 2002 sono stati 1.329 tra i maschi e 1.624 tra le femmine, corrispondenti ad un tasso di mortalità specifico pari rispettivamente a 44,6 per 1.000 ed a 37,2 per 1.000. Nel periodo 1995-2002 la mortalità in questo gruppo di popolazione è in decremento tra gli uomini ed in aumento tra le donne, che sono anche più penalizzate dall'invecchiamento della popolazione in questa fascia di età.

Figura 12: Tasso di mortalità nella popolazione anziana. Bolzano, anni 1995-2002



Tra le cause di morte nella popolazione over 64 anni prevalgono le malattie del sistema circolatorio ed i tumori, che si presentano negli uomini con un tasso di 15,2 per 1.000 verso un tasso di 9,7 per 1.000 registrato tra le donne.

Figura 13: Tasso di mortalità per causa e sesso nella popolazione anziana. Bolzano, anno 2002

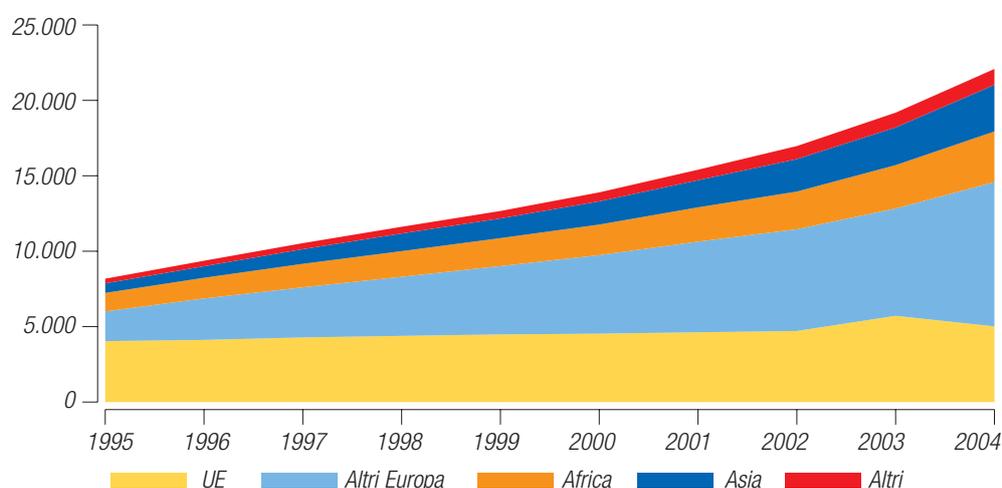


### 4.3. POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE

La popolazione straniera residente in provincia al 31 dicembre 2004 era pari a 22.154 unità. Il 27,6% di questa popolazione è costituito da cittadini di altri paesi dell'Unione Europea (a 15 stati), il 38,6% da cittadini provenienti da altri paesi europei, il 15,2% da africani ed il 13,8% da asiatici.

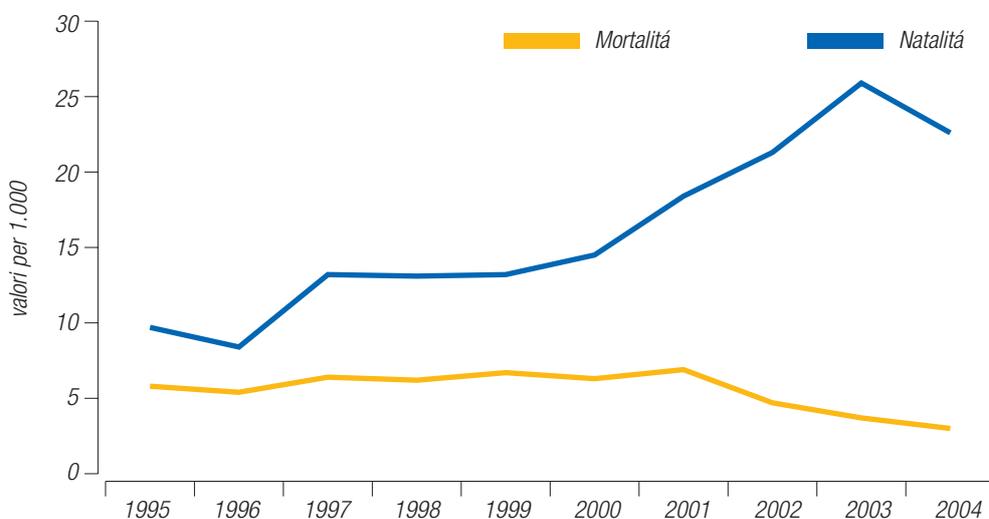
Nel periodo 1995-2004 c'è stata una crescita del 171% dei cittadini residenti in provincia, ed in particolare sono cresciuti di 6.593 unità (+386%) i cittadini provenienti dagli altri paesi europei non appartenenti all'UE.

Figura 14: **Popolazione straniera residente per area di provenienza. Bolzano, anni 1995-2004**



Nella popolazione straniera prevalgono i maschi (108 ogni 100 donne), ed i giovani, con un indice di vecchiaia del 27,4% (95,9% quello provinciale complessivo). Mortalità e natalità risentono della differente struttura per età: la natalità è quasi doppia rispetto alla popolazione complessiva (22,6 per 1.000 verso 11,5 per 1.000 nel 2004), mentre la mortalità, pari al 3,0 per mille nel 2004, è sensibilmente inferiore (7,9 per 1.000, popolazione presente 2004).

Figura 15: Tassi di natalità e mortalità nella popolazione straniera residente. Bolzano, anni 1995-2004



#### DIMISSIONI OSPEDALIERE

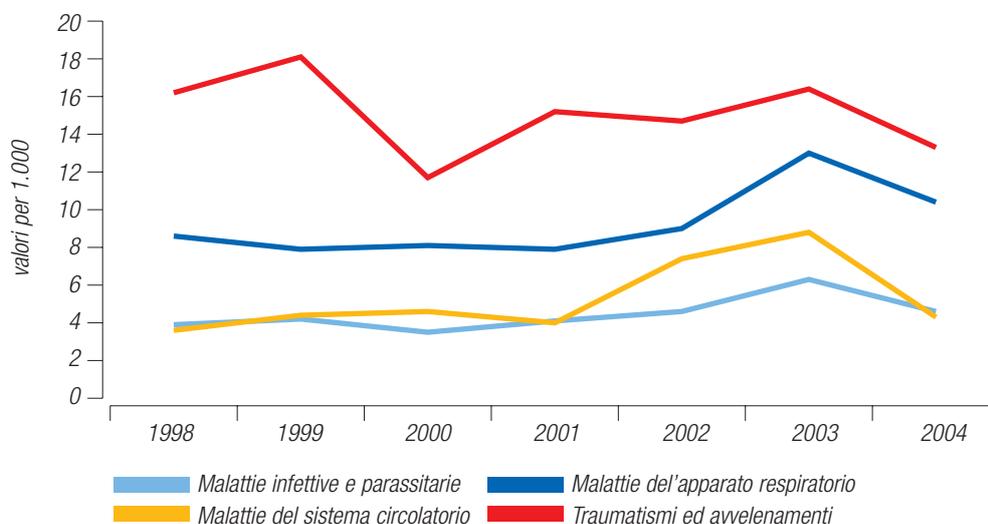
Le dimissioni ospedaliere nel 2004 di cittadini stranieri residenti, da reparti per acuti sono state complessivamente 2.567, il 56,1% da parte di donne.

Il tasso di ospedalizzazione della popolazione straniera è pari a 124,2 per 1.000, e possono essere individuati due gruppi per differenti classi del tasso: da una parte si hanno i cittadini dell'Unione Europea, che presentano un tasso di ospedalizzazione molto basso (44,7 per 1.000), dall'altra il resto delle aree di provenienza con valori compresi tra 142,0 per mille nel caso degli altri paesi europei e 186,9 per 1.000 nel caso dell'Africa.

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

Tra le cause di ospedalizzazione, i tassi per le malattie infettive (4,6 per 1.000) sono sostanzialmente confrontabili con quelli della popolazione complessiva (3,9 per 1.000 nel 2004), mentre sensibilmente inferiore è il valore relativo alle malattie del sistema circolatorio (4,3 verso 20,7 per 1.000 nel 2004). Nel caso delle malattie dell'apparato respiratorio si assiste ad una convergenza dei tassi dovuta ad una tendenziale diminuzione nella popolazione complessiva (12,0 per 1.000 nel 2004) e ad un contemporaneo aumento nella popolazione straniera (10,4 per 1.000). L'ospedalizzazione per traumatismi ed avvelenamenti tra gli stranieri (13,3 per 1.000 nel 2004) rimane al di sotto del valore complessivo (17,2 per 1.000), avvicinandolo molto in alcuni anni.

Figura 16: Tasso di ospedalizzazione della popolazione straniera residente per alcuni gruppi di cause. Bolzano, anni 1998-2004



## BIBLIOGRAFIA

ISTAT. Demografia in cifre. Database interattivo. URL: <http://demo.istat.it/>

ISTAT. Sistema di indicatori territoriali. Database interattivo. URL:

<http://sitis.istat.it/sitis/html/index.htm>

ISTAT. L'interruzione di gravidanza in Italia. Anno 2002.

ISTAT. L'interruzione di gravidanza in Italia. Anno 2000-2001.

ASTAT. Interruzioni volontarie di gravidanza e aborti spontanei in provincial di Bolzano. 2004.

ASTATInfo 09/05.

ASTAT. Annuario statistico della provincia di Bolzano. Anni 1995-2004.

WHO. Maternal and newborn health in the WHO European Region:

the challenges and the way forward. Fact sheet EURO/03/05

Grandolfo M., Donati S., Giusti A. "Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. URL:

<http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf>

Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, Baglio G, Andreozzi S, Pediconi M, Salinetti S (1999), L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. Ann. Ist. Super. Sanità, 35, 289-296.

Ministero della salute. Relazione sullo stato sanitario del paese. 2001-2002.

Ministero della salute. Salute degli anziani. Comunicato stampa, 20 luglio 2005.

Ministero della salute. Statistiche sui ricoveri ospedalieri. Banca dati interattiva. URL:

[http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/ric\\_informazioni/default.jsp](http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/ric_informazioni/default.jsp)

Censis. "La condizione dell'anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive". 2004

ASTAT. Tavole di mortalità della popolazione altoatesina. 1997-2001. ASTATInfo 25/02.

ASTAT. Gli stranieri in provincia di Bolzano, 2004. ASTATInfo 14/05





## Parte Seconda

I livelli di assistenza assicurati

# I livelli di assistenza assicurati

# 1. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA

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

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

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

## 1.1. ATTIVITÀ DI PROMOZIONE ED EDUCAZIONE ALLA SALUTE

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

La promozione della salute è una strategia globale che mira a far assumere alla società nel suo complesso il problema salute e, come illustrato nella Carta di Ottawa (emanata nel 1986 in occasione della I Conferenza internazionale OMS sulla promozione della salute), si dispiega nelle seguenti azioni:

- rinforzare l'azione della e nella comunità;
- fornire mezzi, veicolare, promuovere idee;
- creare ambienti favorevoli;
- adeguare i servizi sanitari alle nuove esigenze emergenti;
- sviluppare capacità personali di autogestione del proprio benessere.

**PROMOZIONE DELLA  
SALUTE**

**EDUCAZIONE ALLA  
SALUTE**

L'educazione alla salute riguarda solo uno di questi cinque punti e cioè il potenziamento delle capacità degli individui, singoli o collettivi, di gestire la propria salute ed eventuali problemi.

L'educazione alla salute è quindi un campo di azione più ristretto con il quale si vuole aiutare la popolazione ad assumere un ruolo attivo nell'ambito della promozione e nella difesa della salute, intesa nell'accezione dell'OMS (stato di benessere psicofisico e sociale, non solo assenza di infermità o malattia) e come stabilito dalla legge di riforma del S.S.N. 833/78.

L'educazione alla salute è quindi lo strumento che maggiormente compete al sistema sanitario e a quello scolastico, mentre tutti gli altri aspetti della promozione della salute di natura più sociale o socio-politica richiedono il concorso di altri soggetti della società. Sono quindi qui compresi gli interventi sull'ambiente, la qualità dello sviluppo, le modalità produttive, i modelli operativi dell'economia, l'istruzione, la rete ed il funzionamento dei servizi.

Possono perciò promuovere la salute anche i politici, i formatori dell'opinione pubblica, gli economisti, gli imprenditori nell'industria come nell'agricoltura, gli ingegneri, mentre il personale insegnante della scuola e altri operatori della sanità e del sociale sono competenti per educare alla salute.

Numerosi altri soggetti possono essere coinvolti in tali iniziative (il volontariato, i mezzi di comunicazione, le associazioni del tempo libero, organizzazioni di categoria ed altre).

**OBIETTIVI DI SALUTE**

Gli obiettivi di salute sono realizzati con azioni diversificate nel campo dell'educazione alla salute:

- l'aumento della competenza e della capacità individuali di mantenere la salute e prevenire la malattia, il corpo e le sue funzioni e l'autogestione;
- l'aumento della competenza e miglioramento delle conoscenze del servizio sanitario per comprendere il funzionamento e farne un uso adeguato;
- l'aumento della consapevolezza circa i fattori sociali, politici ed ambientali che influiscono sulla salute.

La Provincia, attraverso l'Assessorato alla Sanità, in stretta collaborazione con le aziende sanitarie, con la scuola e con altri soggetti anche specializzati, coordina, finanzia e promuove le iniziative di promozione ed educazione alla salute da attuare a livello provinciale. L'obiettivo è la razionalizzazione delle risorse e garantire l'uniformità, la coerenza e l'efficienza dei metodi, dei messaggi e delle azioni.

Specifici progetti possono essere svolti da ogni singola azienda sanitaria, essi comunque dovrebbero inserirsi in un quadro generale delle attività di promozione ed educazione alla salute ed essere concordate con gli organi competenti provinciali, scolastici o con istituzioni specializzate al fine di evitare progetti paralleli o con metodiche contrastanti e andare oltre la sola comunicazione del rischio, inte-

sa come spiegazione dei rischi e delle conseguenze legate a determinate attività, situazioni, trattamenti ecc. E' auspicabile che anche all'interno di una stessa azienda i progetti abbiano carattere integrato e coinvolgano tutti i servizi interessati.

Gli ambiti prioritari di intervento per progetti di promozione/educazione alla salute sono quelli in cui è particolarmente necessario indurre un cambiamento comportamentale o anche organizzativo-strutturale al fine di prevenire o diminuire il rischio di malattia (anche contemporaneamente di più malattie legate allo stesso fattore).

Essi sono:

- l'alimentazione sana;
- la prevenzione dell'uso di sostanze che inducono dipendenza, con particolare considerazione al fumo di tabacco ed al consumo di alcool;
- l'attività fisica;
- la tutela della salute dell'infanzia, dell'adolescenza e di gruppi di popolazione esposti a particolari rischi (donne, anziani, disabili, categorie di lavoratori, immigrati);
- la salute mentale.

Al fine di assicurare la qualità degli interventi, i progetti devono essere preferibilmente supportati da dati epidemiologici ed elaborati in base alle linee guida della Provincia. Anche in educazione alla salute è necessario per quanto possibile prevedere una valutazione del progetto che tenga conto dei costi e delle risorse investite, dei processi attuati, dell'impatto, degli esiti in termini comportamentali, conoscitivi e di soddisfazione per il target (output) e dei risultati in termini di salute (outcome).

L'Assessorato alla Sanità in base alla delibera n. 1184 del 13/04/2004 ha finanziato nell'anno 2004 i seguenti progetti svolti dai servizi territoriali delle aziende sanitarie<sup>1</sup>:

#### **AS di Bolzano**

- „Prevenzione degli incidenti domestici nella popolazione anziana“ (€ 2.544,60)
- „Alimentazione corretta“ (€ 2.750,00)

#### **AS di Merano**

- „Stili di vita sani“ (€ 4.690,48)
- „Terapia di gruppo per bambini in sovrappeso ed i loro genitori“ (€ 841,43)
- „Programma di training per gruppi - dimagrire con testa“ (€ 954,74)

<sup>1</sup> Non è stato possibile rilevare i progetti non finanziati ai sensi di questa delibera ma svolti in modo autonomo dalle aziende sanitarie.

**AMBITI PRIORITARI DI INTERVENTO**

**PROGETTI FINANZIATI DALL'ASSESSORATO ALLA SANITÀ E SVOLTI DALLE AZIENDE SANITARIE**

INIZIATIVE  
DELL'ASSESSORATO  
ALLA SANITÀ

### AS di Bressanone

- Iniziative per la promozione della postura (€ 6.650,00).

Inoltre l'Assessorato alla Sanità nel 2004 ha erogato contributi per attività di educazione alla salute a 30 associazioni non a scopo di lucro.

L'attività propria dell'Assessorato alla Sanità nell'anno 2004 ha compreso le seguenti iniziative:

- progetto Mini Med Studium 2004 – serie di manifestazioni per la popolazione in forma di conferenze su tematiche della salute (n. persone raggiunte: ca. 4.000);
- WHO Regions for Health Network (RHN) – rete delle Regioni per la salute: Progetto sul tema *“Regional public health strategies to reach the target of measles elimination by the year 2010”* (Strategie regionali di salute pubblica per raggiungere l'obiettivo di eliminazione del morbillo entro l'anno 2010);
- conferenza sul tema *“Conseguenze sulla salute dell'inquinamento dell'aria e dell'inquinamento acustico”*;
- elaborazione di un piano per la promozione della salute e la prevenzione sanitaria nella Provincia autonoma di Bolzano;
- indagine dell'OMS sullo stato di salute e stili di vita dei giovani in età scolare (HBSC) – *“Health behaviour in school-aged children”* (lavoro preliminare). In più sono stati svolti anche una serie di interventi di comunicazione nei mass-media:
  - materiale informativo specifico, inserzioni di promozione della salute;
  - vari comunicati stampa;
  - Giornate mondiali:
    - 24 marzo *“Giornata mondiale contro la tubercolosi”* (slogan: *“Ogni respiro conta – fermate tubercolosi adesso!”*);
    - 7 aprile *“Giornata mondiale della salute”* (slogan: *“Sicurezza dei bambini nel traffico stradale”*);
    - 31 maggio *“Giornata mondiale senza fumo”* (slogan: *“Cambiare stile. Un'iniziativa a sostegno per una vita senza fumo”*);
    - 14 novembre *“Giornata mondiale del diabete”*;
    - 1 dicembre *“Giornata mondiale contro l'AIDS”* (tema dell'anno: *“Donne, ragazze, HIV e AIDS”*)
  - spot radiofonici *“L'emissione delle polveri fini”*, *“Giornata mondiale senza fumo”*;
  - spot cinema: *“Vaccinare conviene”*, *“Non fumare conviene”*;
  - trasmissioni televisive informative nell'ambito dell'educazione sanitaria e della prevenzione in lingua tedesca *“Gesundheitsmagazin”* – RAI Sender Bozen;

- trasmissioni radio nell'ambito dell'educazione sanitaria e prevenzione in lingua italiana: *"Punto a capo"* – Radio RAI.

Iniziative presentate a livello scientifico-internazionale:

- 18° Conferenza mondiale di promozione ed educazione alla salute – Melbourne (Australia) – 26-30 aprile 2004 - Presentazione dei risultati del progetto *"Road safety for children in South Tyrol – promoting networks and communication for raising awareness in the public"* (Sicurezza dei bambini nel traffico stradale in Alto Adige);
- 41° congresso nazionale *"Obiettivo salute – lo sviluppo culturale in Europa"* – Genova – 20-23 ottobre 2004 Presentazione del progetto RHN (*"Strategie regionali di salute pubblica per raggiungere l'obiettivo di eliminazione del morbillo entro l'anno 2010"*);
- WHO Regions for Health Network (RHN): 12th Annual General Meeting and Conference *"Evaluation of Health Policies and Plans"* Valencia (Spagna) – 10-11 novembre 2004 presentazione del progetto RHN *"Regional public health strategies to reach the target of measles elimination by the year 2010"* – (Strategie regionali di salute pubblica per raggiungere l'obiettivo di eliminazione del morbillo entro l'anno 2010).

L'Assessorato alla Sanità finanzia, inoltre, le attività di educazione alla salute svolte dai Servizi di educazione alla salute delle tre Intendenze scolastiche.

Da una rilevazione di questi servizi risulta che le scuole hanno svolto la loro attività (in parte in collaborazione con le aziende sanitarie) nei seguenti ambiti:

- educazione alimentare;
- movimento e postura;
- prevenzione delle dipendenze;
- formazione della personalità;
- prevenzione della violenza e apprendimento sociale;
- educazione sessuale;
- collegamento tra diversi temi;
- educazione dei sensi;
- cura del corpo ed educazione alla sicurezza.

**INIZIATIVE DI LIVELLO  
SCIENTIFICO-  
INTERNAZIONALE**

**INIZIATIVE DELLE  
INTENDENZE  
SCOLASTICHE**

## 1.2. PROGRAMMI ORGANIZZATI DI DIAGNOSI PRECOCE E PREVENZIONE COLLETTIVA

Nel corso dell'anno 2004 il 41,8% della popolazione femminile residente in età 23-65 anni ha effettuato almeno un Pap-test. Nel triennio 2002-2004 si stima che otto donne su dieci abbiano effettuato almeno un controllo.

Il programma di diagnosi precoce del tumore alla mammella ha coinvolto 34.703 donne nel periodo luglio 2003 – dicembre 2004 (pari al 61,6% della popolazione obiettivo). Il tasso grezzo di adesione alla mammografia, aggiornato al 30 giugno 2005, è stato a livello provinciale superiore al 63%.

### 1.2.1. Programma di diagnosi precoce del tumore della cervice uterina

Dal febbraio 2001, in attuazione della delibera della G.P. n. 4034 del 20/09/1999, è attivo un programma provinciale per il potenziamento della diagnosi precoce del tumore della cervice uterina. Poiché una quota consistente delle donne altoatesine effettua spontaneamente un'attività di prevenzione sottoponendosi periodicamente all'esame del Pap-test, la popolazione obiettivo del programma è rappresentata da tutte le donne residenti di età compresa tra i 23 e i 65 anni, che nel corso degli ultimi tre anni non risultano aver eseguito l'esame in una struttura sanitaria provinciale.

Alle donne selezionate secondo tali criteri viene proposto di effettuare il Pap-test e la visita ginecologica associata presso un ambulatorio pubblico o privato.

Se la donna non effettua il Pap-test entro sei mesi, il Registro Tumori dell'Alto Adige, cui è affidata la gestione degli inviti, procede alla spedizione di un primo sollecito, e, in caso di mancata partecipazione della donna al programma nei sei mesi successivi, di un secondo e ultimo sollecito. Le donne non rispondenti escono dal round del programma di screening in corso e vengono richiamate a distanza di tre anni dalla data di esecuzione dell'ultimo Pap-test. Alle donne che aderiscono al programma viene consigliato di continuare l'attività di prevenzione presentandosi ogni uno/due anni per un controllo.

Le donne invitate complessivamente al programma di screening nell'anno 2004 sono state 30.788: 20.445 donne (66,4%) hanno ricevuto per la prima volta l'invito, mentre le rimanenti 10.343 (33,6%) hanno avuto il primo e/o il secondo sollecito.

La distribuzione per classi quinquennali di età rileva che il 52,7% degli inviti riguarda le donne di età compresa tra i 23 e i 44 anni. La classe di età più rappresentata è formata dalle donne con età 60-64 anni (4.249, pari al 13,8%).

Il rapporto tra donne invitate e donne residenti evidenzia a livello provinciale un

PROGRAMMA  
PROVINCIALE DI  
SCREENING DEL TUMORE  
DELLA CERVICE UTERINA

POPOLAZIONE OBIETTIVO  
DEL PROGRAMMA

valore pari al 22,4%, omogeneo all'interno delle singole aziende sanitarie: distinguendo per classi di età, le percentuali più alte di invito, rispetto alla popolazione residente, si registrano per le classi più giovani (23-29 anni) e per quelle più anziane (60-65 anni).

Le donne rispondenti nel corso dell'anno sono state 5.881: 3.972 di queste sono state invitate per la prima volta nel 2004, mentre 1.909 donne avevano ricevuto in precedenza il primo invito. La percentuale complessiva di adesione è stata pari al 19,1%.

La partecipazione al programma risulta più alta nelle età più giovani (23-29 anni), e tende a ridursi con l'aumentare dell'età fino a raggiungere l'11,4% per le donne di 65 anni.

Tabella 1: Distribuzione delle donne rispondenti per classi di età e per azienda sanitaria di residenza della donna – Screening cervice uterina, Anno 2004

Classe di età	Bolzano		Merano		Bressanone		Brunico		Totale	
	v.a.	% su invitate	v.a.	% su invitate	v.a.	% su invitate	v.a.	% su invitate	v.a.	% su invitate
23-24 anni	191	28,9%	102	25,8%	63	30,9%	90	29,6%	446	28,5%
25-29 anni	395	25,1%	186	23,3%	119	25,5%	130	24,8%	830	24,7%
30-34 anni	344	20,6%	196	21,3%	123	24,3%	129	23,0%	792	21,6%
35-39 anni	372	20,9%	197	20,3%	152	25,6%	121	20,5%	842	21,4%
40-44 anni	340	19,7%	164	18,2%	102	18,9%	113	20,7%	719	19,4%
45-49 anni	273	18,7%	129	15,0%	90	20,0%	84	17,6%	576	17,7%
50-54 anni	224	16,4%	104	14,2%	66	15,2%	68	15,9%	462	15,6%
55-59 anni	273	16,9%	114	12,8%	57	11,7%	75	16,6%	519	15,1%
60-64 anni	321	16,4%	143	12,5%	73	12,7%	84	14,7%	621	14,6%
65	40	12,9%	14	8,1%	11	12,8%	9	11,3%	74	11,4%
<b>TOTALE</b>	<b>2.773</b>	<b>19,6%</b>	<b>1.349</b>	<b>17,3%</b>	<b>856</b>	<b>19,7%</b>	<b>903</b>	<b>19,9%</b>	<b>5.881</b>	<b>19,1%</b>

Fonte: servizio Interaziendale di Anatomia Patologica

Disaggregando il dato di adesione al programma secondo l'azienda sanitaria di residenza della donna, la partecipazione varia dal 17,3% (AS di Merano) al 19,9% (AS di Brunico). Il distretto sanitario per il quale è stata registrata la maggior partecipazione risulta quello di Chiusa-circondario, con un'adesione del 22,4%. La partecipazione più bassa, pari al 15,0% è stata osservata tra le residenti nel distretto dell'Alta Val Pusteria.

Il rapporto tra le donne rispondenti e le donne residenti risulta complessivamente pari al 4,3%, con un'oscillazione contenuta tra il 3,8% (AS di Merano) e il 4,5% (AS di Bressanone). Il distretto di Alta Valle Isarco presenta la frazione di donne rispondenti più elevata (5,3%), mentre il valore minimo (3,5%) si rileva per il distretto di Lana.

PARTECIPAZIONE AL  
PROGRAMMA

Tabella 2: Donne invitate e rispondenti per azienda sanitaria, percentuale sulle donne invitate e sulle donne residenti\* – Screening cervice uterina, Anno 2004

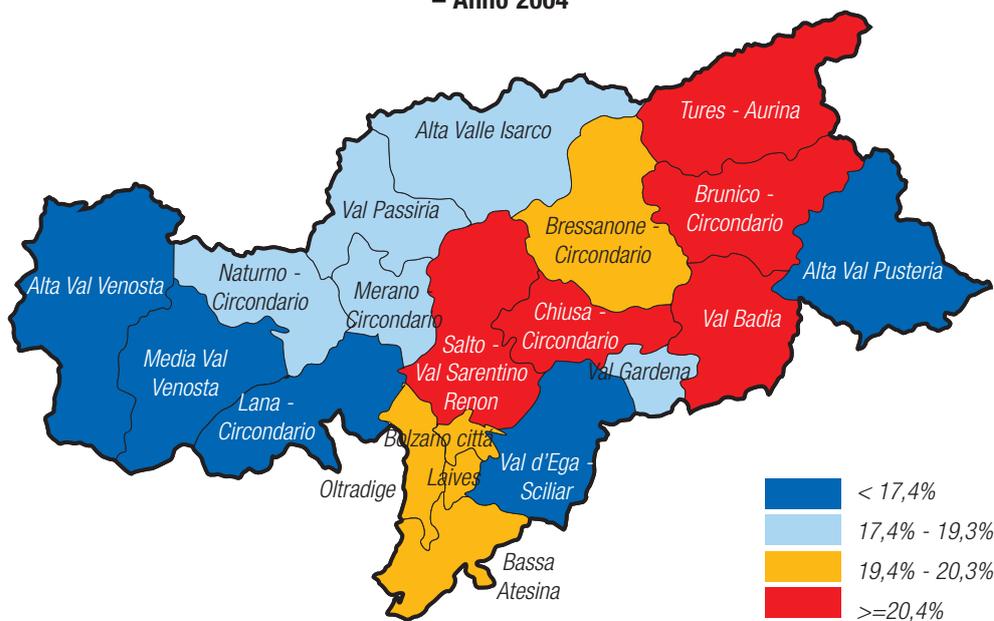
Azienda sanitaria	Donne invitate	Donne rispondenti	Donne rispondenti/ donne invitate	Donne rispondenti/ donne residenti
Bolzano	14.123	2.773	19,6%	4,4%
Merano	7.792	1.349	17,3%	3,8%
Bressanone	4.338	856	19,7%	4,5%
Brunico	4.535	903	19,9%	4,4%
<b>TOTALE PROVINCIA</b>	<b>30.788</b>	<b>5.881</b>	<b>19,1%</b>	<b>4,3%</b>

\*E' stata considerata una stima della popolazione femminile di età compresa tra i 23 e i 65 anni residente a metà anno 2004

Fonte: servizio Interaziendale di Anatomia Patologica

Nella cartina seguente è rappresentata la distribuzione territoriale della percentuale di adesione, utilizzando come classi i corrispondenti quartili.

Figura 1: Distribuzione territoriale delle donne secondo la percentuale di adesione – Anno 2004



#### ESITI DEI PAP-TEST

La distribuzione secondo l'esito dei Pap-test eseguiti dalle donne rispondenti nel 2004 indica un risultato negativo in oltre il 95% dei casi. Per 48 donne (0,8%) è stata diagnosticata una displasia; nessun esame ha riportato una diagnosi di carcinoma.

Tabella 3: Distribuzione dei Pap-test eseguiti dalle donne rispondenti per esito e per azienda sanitaria di residenza della donna\* - Screening cervice uterina, Anno 2004

Esiti**	Bolzano		Merano		Bressanone		Brunico		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Inadeguato	28	1,0%	12	0,9%	6	0,7%	3	0,3%	49	0,8%
Negativo	2.652	95,7%	1.266	93,9%	815	95,2%	863	95,6%	5.596	95,2%
ASCUS/ASCH/AGUS	74	2,7%	56	4,2%	26	3,0%	30	3,3%	186	3,2%
LSIL	10	0,4%	4	0,3%	3	0,4%	3	0,3%	20	0,3%
HSIL	8	0,3%	10	0,7%	6	0,7%	4	0,4%	28	0,5%
CARCINOMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>2.772</b>	<b>100%</b>	<b>1.348</b>	<b>100%</b>	<b>856</b>	<b>100%</b>	<b>903</b>	<b>100%</b>	<b>5.879</b>	<b>100%</b>

\*Per due donne il referto del Pap-test non era definito al momento dell'analisi. Inoltre, per le donne rispondenti che presentavano più di un Pap-test nel corso dell'anno è stato considerato il Pap-test con esito più grave

\*\*È stata utilizzata la Classificazione Bethesda proposta dal GISCI. La corrispondenza con la Nomenclatura di Monaco è la seguente:

Classificazione Bethesda	Nomenclatura di Monaco
Negativo	PAP I, PAP II
ASCUS/ASCH/AGUS	PAP II w, PAP III, PAP III G
LSIL	PAP III D (lieve)
HSIL	PAP III D (media), PAP IV
Carcinoma	PAP V

Fonte: servizio Interaziendale di Anatomia Patologica

Per stimare la copertura della popolazione femminile ovvero la proporzione di donne che nell'anno hanno effettuato almeno un Pap-test, la compliance allo screening su invito va integrata con la quota di donne che hanno spontaneamente effettuato l'esame nel corso del 2004.

Tabella 4: Donne in età 23-65 anni che hanno eseguito almeno un Pap-test su donne residenti\* per azienda sanitaria e per anno del primo invito - Screening cervice uterina, Anno 2004

Azienda sanitaria	Donne con primo invito nel			Donne non invitate	Totale	% su residenti
	2004	2003	2002			
Bolzano	1.895	1.379	140	23.176	26.590	42,5%
Merano	892	747	78	13.291	15.008	42,3%
Bressanone	588	451	35	6.755	7.829	40,8%
Brunico	597	498	71	6.919	8.085	39,8%
<b>TOTALE PROVINCIA</b>	<b>3.972</b>	<b>3.075</b>	<b>324</b>	<b>50.141</b>	<b>57.512</b>	<b>41,8%</b>

\*E' stata considerata la popolazione femminile di età compresa tra i 23 e i 65 anni residente a metà anno 2004

Fonte: servizio Interaziendale di Anatomia Patologica

Nel 2004, il 41,8% della popolazione femminile residente in età 23-65 anni ha effettuato almeno un Pap-test. Allargando l'analisi all'ultimo triennio 2002-2004, si stima che otto donne su dieci abbiano effettuato almeno un controllo.

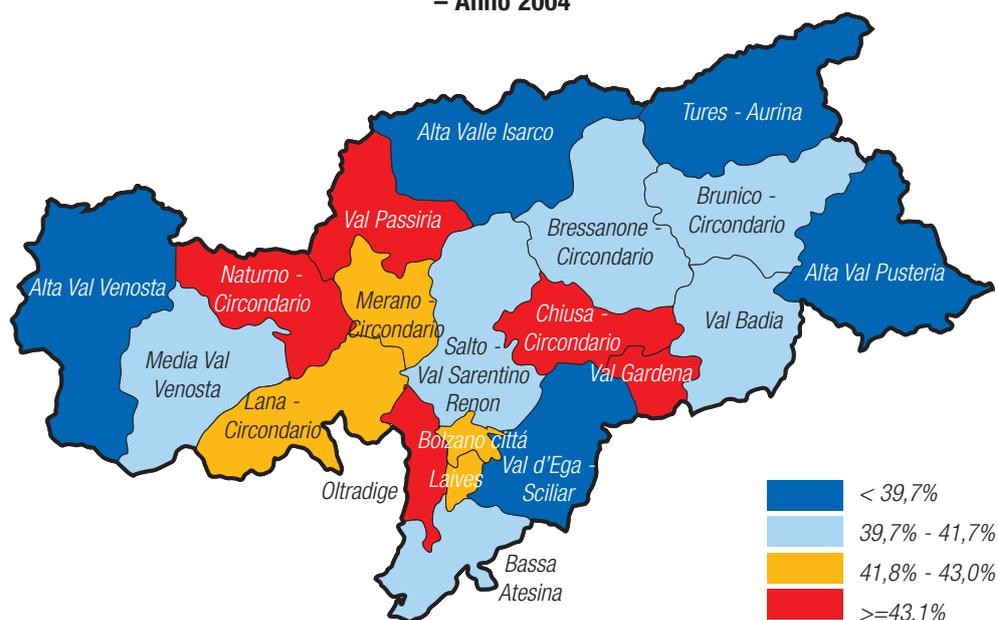
Rispetto al valore medio provinciale, non si osservano significativi scostamenti delle percentuali di copertura annuale delle aziende sanitarie. L'Azienda Sanitaria di Brunico evidenzia un dato leggermente inferiore (39,8%), mentre le aziende sanitarie di Bolzano e Merano fanno registrare le percentuali più elevate.

L'analisi territoriale condotta ad un livello più dettagliato indica una notevole omogeneità nel grado di copertura per i distretti dell'Azienda Sanitaria di Brunico (range: 39,3% - 40,1%), mentre si rileva una maggiore variabilità all'interno delle

altre aziende. Quasi metà (46,7%) delle donne residenti nel distretto di Val Passiria ha effettuato almeno un Pap-test nel 2004, a fronte della copertura più bassa registrata nel distretto dell'Alta Valle Isarco (36,0%).

La distribuzione territoriale della copertura della popolazione femminile è illustrata nella cartina seguente, nella quale le soglie degli intervalli sono state definite dai quartili della distribuzione.

Figura 2: **Distribuzione territoriale della copertura della popolazione femminile – Anno 2004**



### 1.2.2. Programma di diagnosi precoce del tumore della mammella

#### RIFERIMENTI NORMATIVI

Lo screening del tumore della mammella in Provincia di Bolzano è contemplato nel programma per la prevenzione e la lotta contro le malattie neoplastiche approvato con delibera della G.P. n. 2076 del 27/04/1992. Per adempiere alle indicazioni contenute in queste linee guida, le aziende sanitarie di Bolzano, Bressanone e Brunico hanno attivato, a partire dal biennio 1994-95, un programma di screening mammografico strutturato su invito rivolto alle donne residenti. Nella AS di Merano, gli esami mammografici di screening venivano invece eseguiti presso i presidi ospedalieri di Merano e Silandro solo su richiesta dei medici di base o dei ginecologi.

#### NUOVO PROGRAMMA PROVINCIALE PER LA DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DELLA MAMMELLA

La successiva delibera della G.P. n. 4033 del 20/09/1999 "Diagnosi precoce del tumore della mammella: potenziamento ed uniformazione dello screening mammografico" è stata quindi approvata con l'intento di standardizzare in ambito provinciale le variabili fondamentali del programma di diagnosi precoce, quali la fascia di età delle donne da esaminare, la gestione degli inviti, le modalità di esecuzione e di refertazione degli esami mammografico, la conduzione degli esami di

approfondimento diagnostico, la raccolta e l'archiviazione delle informazioni necessarie per la costruzione degli indicatori di valutazione del programma.

Nel luglio 2003 ha preso ufficialmente avvio il primo round del programma provinciale per la diagnosi precoce del tumore della mammella, rivolto ad una popolazione obiettivo composta da 56.323 donne residenti in età compresa tra i 50 ed i 69 anni, per le quali non risultavano esami mammografici effettuati nel corso degli ultimi 18 mesi né trattamenti terapeutici per questo tumore.

Le sedi operative per l'esecuzione della mammografia di screening sono:

- il servizio di radiologia dell'Ospedale di Bolzano per la AS di Bolzano;
- i servizi di radiologia degli Ospedali di Merano e Silandro per la AS di Merano;
- i servizi di radiologia degli Ospedali di Bressanone e di Vipiteno per la AS di Bressanone;
- i servizi di radiologia degli Ospedali di Brunico e San Candido per la AS di Brunico.

Le donne eleggibili allo screening vengono invitate tramite lettera a contattare i centri di prenotazione dei servizi di radiologia della propria azienda sanitaria (ad eccezione delle residenti nei comuni di Ortisei, S. Cristina Val Gardena e Selva di Val Gardena che vengono indirizzate presso i centri di screening della AS di Bressanone) per prenotare l'esame. Al Registro Tumori dell'Alto Adige sono affidate la gestione degli inviti e la spedizione dei referti con esito negativo. Le donne non rispondenti escono dal programma di screening in corso e, se risponderanno ai requisiti sopra indicati, verranno nuovamente invitate nel corso del round successivo.

Le attività di lettura e di refertazione degli esami radiologici sono centralizzate presso la radiologia dell'ospedale di Bolzano; fanno eccezione le mammografie eseguite dalle donne residenti nella AS di Bressanone, che vengono esaminate dai radiologi degli ospedali di Bressanone e di Vipiteno.

I risultati finali dei principali indicatori di processo saranno disponibili verso la fine del 2005, a conclusione del round di screening in corso. Allo stato attuale, possono essere preliminarmente stimati sulla base dei dati registrati nel periodo luglio 2003 – dicembre 2004. In questi 18 mesi sono state invitate complessivamente 34.703 donne, pari al 61,6% della popolazione obiettivo. Il loro tasso grezzo di adesione alla mammografia, aggiornato al 30 giugno 2005, è stato a livello provinciale superiore al 63%, includendo in questo dato anche le adesioni spontanee rilevate per le donne in età 50-69 anni.

#### ORGANIZZAZIONE DELLO SCREENING

#### RISULTATI PRELIMINARI DEL ROUND IN CORSO

Tabella 5: Donne invitate e donne rispondenti per azienda sanitaria di residenza della donna – Screening mammografico, Anni 2003-2004

Azienda Sanitaria	Donne invitate	Donne partecipanti	% su donne invitate
Bolzano	17.012	12.121	71,2%
Merano*	8.739	4.188	47,9%
Bressanone	4.532	3.117	68,8%
Brunico	4.420	2.648	59,9%
<b>TOTALE</b>	<b>34.703</b>	<b>22.074</b>	<b>63,6%</b>

\* Per questa Azienda Sanitaria non sono disponibili tutte le informazioni relative allo screening spontaneo

Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

**DONNE INVITATE NEL  
2004**

Nel corso del 2004, il Registro Tumori ha effettuato 22 spedizioni di lettere di invito al programma (con cadenza di due lotti per ogni mese, dicembre escluso) rivolte a 24.060 donne.

Tabella 6: Distribuzione delle donne invitate per classi di età\* e per azienda sanitaria di residenza della donna – Valori assoluti e percentuali - Screening mammografico, Anno 2004

Classe di età	Bolzano		Merano		Bressanone		Brunico		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
48-49 anni	293	2,5%	163	2,7%	167	5,1%	112	3,6%	735	3,1%
50-54 anni	2.054	17,8%	788	12,9%	765	23,2%	679	21,9%	4.286	17,8%
55-59 anni	3.044	26,3%	816	13,4%	647	19,6%	632	20,4%	5.139	21,4%
60-64 anni	3.284	28,4%	2.178	35,8%	658	20,0%	686	22,1%	6.806	28,3%
65-69 anni	2.462	21,3%	1.821	29,9%	823	25,0%	729	23,5%	5.835	24,3%
70-71 anni	433	3,7%	326	5,4%	233	7,1%	267	8,6%	1.259	5,2%
<b>TOTALE</b>	<b>11.570</b>	<b>100%</b>	<b>6.092</b>	<b>100%</b>	<b>3.293</b>	<b>100%</b>	<b>3.105</b>	<b>100%</b>	<b>24.060</b>	<b>100%</b>

\*è stata considerata l'età all'invito

Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

**PARTECIPAZIONE NEL  
2004**

Le donne rispondenti sono state 15.841. Per partecipanti sono state considerate tutte le donne che al 30 giugno 2005 risultavano essersi sottoposte a mammografia di screening presso le strutture sopra indicate. La percentuale di adesione grezza è stata pari al 65,8%, variando dal 79,7% (AS di Bolzano) al 43,4% (AS di Merano, vedi nota precedente). I valori attualmente raccomandati dal Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (GISMa) per questo parametro sono  $\geq 50\%$  (accettabile) e  $\geq 70\%$  (desiderabile).

Osservando la distribuzione delle partecipanti per classi di età, si rileva che la partecipazione diminuisce nella fascia di età 65-69 anni, in maniera più evidente per le aziende sanitarie di Bressanone e Brunico.

Tabella 7: Distribuzione delle donne rispondenti per classi di età\* e per azienda sanitaria di residenza della donna – Screening mammografico, Anno 2004

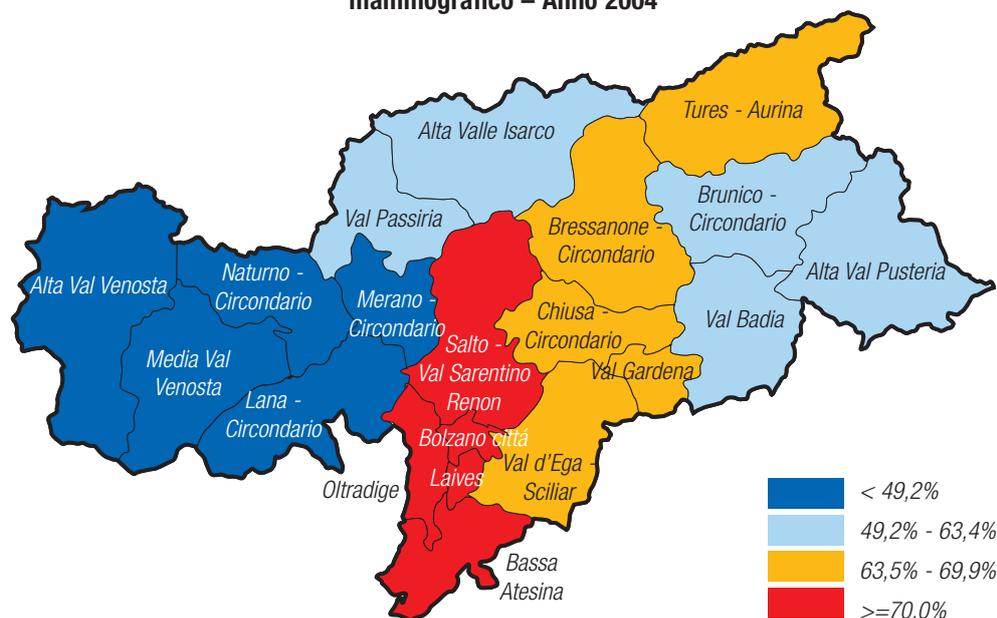
Classe di età	Bolzano		Merano		Bressanone		Brunico		Totale	
	v.a.	% su invitate	v.a.	% su invitate						
48-49 anni	222	75,8%	99	60,7%	121	72,5%	71	63,4%	513	69,8%
50-54 anni	1.644	80,0%	516	65,5%	532	69,5%	469	69,1%	3.161	73,8%
55-59 anni	2.492	81,9%	484	59,3%	464	71,7%	438	69,3%	3.878	75,5%
60-64 anni	2.729	83,1%	797	36,6%	492	74,8%	463	67,5%	4.481	65,8%
65-69 anni	1.942	78,9%	650	35,7%	406	49,3%	381	52,3%	3.379	57,9%
70-71 anni	195	45,0%	98	30,1%	71	30,5%	65	24,3%	429	34,1%
<b>TOTALE</b>	<b>9.224</b>	<b>79,7%</b>	<b>2.644</b>	<b>43,4%</b>	<b>2.086</b>	<b>63,3%</b>	<b>1.887</b>	<b>60,8%</b>	<b>15.841</b>	<b>65,8%</b>

\*è stata considerata l'età all'invito

Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

A livello territoriale, il distretto di Bolzano presenta la percentuale di donne rispondenti più elevata (83,2%), mentre il valore minimo (37,0%) si rileva per il distretto di Lana. Nella cartina seguente è rappresentata la distribuzione territoriale del tasso grezzo di adesione, sulla base degli intervalli definiti dai corrispondenti quartili.

Figura 3: Distribuzione territoriale del tasso grezzo di adesione allo screening mammografico – Anno 2004



Con riferimento alle donne chiamate nel 2004, sono stati complessivamente 58 i casi diagnosticati di tumore maligno della mammella confermati su base istologica. Il dato è leggermente sottostimato, in quanto non comprende le diagnosi di tumore effettuate solo su base clinica/strumentale. Per questa coorte di invitate, il tasso di identificazione grezzo (limitatamente alle diagnosi corredate da istologia positiva) è quindi pari a 3,7 per 1.000, mentre il rapporto tra istologie con esito benigno e quelle con esito maligno è 0,4.

**TUMORI MALIGNI  
DIAGNOSTICATI NEL 2004**

Tabella 8: Indicatori del programma di screening mammografico - Anno 2004

Indicatori	Provincia	Standard GISMA
N. istologie maligne	58	-
Tasso di identificazione grezzo	3,7	Nessuno standard
Rapporto istologie B/M	0,4	<= 1 accettabile <= 0,5 desiderabile

Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

### 1.3. PROFILASSI DELLE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE

Nel corso dell'anno in Alto Adige sono state eseguite, alla popolazione d'età inferiore a 18 anni, 91.048 vaccinazioni raccomandate; di queste il 59,8% (54.470) si riferivano a vaccinazioni obbligatorie per legge.

I servizi di igiene e sanità pubblica delle quattro aziende sanitarie hanno effettuato 1.759 consulenze sanitarie ed attività di informazione nei confronti di viaggiatori che si recano all'estero; hanno eseguito, inoltre, 444 interventi di disinfezione e di disinfestazione.

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

Nella tabella che segue è riportato il calendario vaccinale valido per l'anno 2004, 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 Sanitario Nazionale.

Tabella 9: Calendario vaccinale valido per l'anno 2004

Vaccino	Alla nascita	3 mesi	5 mesi	11 mesi	12 mesi	15 mesi	3 anni	5-6 anni	11-12 anni	14-15 anni
Dtp		DTP	DTP	DTP				DTP		DT
Antipolio		IPV	IPV	IPV			IPV			
Epatite B	HB*	HB	HB	HB					HB**	
Mpr					MPR°			MPR°°		
Hib		Hib	Hib	Hib						

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

**HB:** vaccino antiepatite B**DTP:** vaccinazione antidifterica-tetanico-pertossica**IPV:** vaccino antipoliomielitico iniettabile - inattivato**MPR:** vaccinazione antimorbillo-parotite-rosolia**DT:** vaccino antidifterico-tetanico per adulti, contenente soltanto 2 Lf di anatoxina difterica**Hib:** vaccino anti-Haemophilus influenzae b

\* Nei bambini nati da madri positive per HBsAg, da somministrare entro 12-24 ore, contemporaneamente alle immunoglobuline specifiche antiepatite B; il ciclo va completato da una seconda dose a distanza di 4 settimane dalla prima, da una terza dose dopo il compimento della ottava settimana e dalla quarta dose in un periodo compreso tra l'undicesimo ed il dodicesimo mese di vita, in concomitanza con le altre vaccinazioni.

\*\* Ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 165, per gli adolescenti non precedentemente vaccinati.

° E' possibile la somministrazione simultanea, in un'unica seduta vaccinale, delle vaccinazioni antidifterico-tetanico-pertossica, antiepatite virale B, antipoliomielitica ed antimorbillo-parotite-rosolia, anticipando quest'ultima al dodicesimo mese di vita. Qualora non sia stato possibile somministrare una dose di vaccino MPR entro i 24 mesi di vita, è necessario utilizzare ogni seduta vaccinale successiva per il recupero dei soggetti non vaccinati.

°° L'offerta attiva della seconda dose di routine della vaccinazione antimorbillo-parotite-rosolia è epidemiologicamente importante soltanto dopo il raggiungimento di coperture vaccinali pari o superiori all'80% nella popolazione bersaglio (bambini di età inferiore a 24 mesi di vita).

Secondo il Ministero della Salute sono stati registrati recentemente in Italia ottimi risultati nel controllo di alcune malattie prevenibili con le vaccinazioni. La difterite è stata eliminata e il nostro Paese ha da poco ricevuto la certificazione ufficiale di eradicazione della poliomielite. Il tetano colpisce quasi esclusivamente persone anziane non vaccinate. L'epatite B è in continuo declino, in modo particolare nelle classi di età più giovani, interessate fin dal 1991 dalla vaccinazione universale.

Nel 2004 in Alto Adige sono state eseguite, alla popolazione d'età inferiore a 18 anni, 91.048 vaccinazioni raccomandate; di queste il 59,8% (54.470) si riferiva a vaccinazioni obbligatorie per legge.

Tabella 10: **Vaccinazioni effettuate per tipologia ed azienda sanitaria - Anno 2004**

Tipologia di vaccini	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Antipolio (tutte le dosi)	8.608	4.754	2.969	3.325	19.656
Antidifterico/Antitetanico (tutte le dosi)	6.731	4.864	3.138	3.530	18.263
Antipertossico (tutte le dosi)	4.626	3.659	2.605	3.111	14.001
Hib (tutte le dosi)	6.221	3.472	2.185	2.510	14.388
Antiepatite B (tutte le dosi)	7.278	3.968	2.534	2.771	16.551
Antimorbillo-parotite-rosolia (tutte le dosi)	3.619	1.396	1.222	1.952	8.189
<b>TOTALE</b>	<b>37.083</b>	<b>22.113</b>	<b>14.653</b>	<b>17.199</b>	<b>91.048</b>

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

Nell'ambito dell'attività di profilassi delle malattie infettive e parassitarie, i quattro servizi di igiene e sanità pubblica hanno svolto complessivamente 5.906 inchieste e/o sorveglianze epidemiologiche su specifiche malattie: in particolare pediculosi, meningite batterica, salmonellosi ed altre tossinfezioni alimentari. Complessivamente si registra rispetto al 2003 un aumento nel numero di interventi effettuati finalizzati alla sorveglianza epidemiologica degli ectoparassiti (3.958 indagini nel 2004 rispetto alle 3.213 svolte nel 2003, +23,2%) e della salmonellosi (1.314 nel 2004 a fronte di 749 nel 2003, +75,4%).

Tabella 11: **Profilassi e controllo delle malattie infettive - Anno 2004**

Numero di inchieste e/o sorveglianze epidemiologiche effettuate su malattie infettive e parassitarie:	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Salmonellosi	382	291	220	421	1.314
Altre tossinfezioni alimentari	88	52+	-	188+	328
Legionellosi	-	40	1	-	41
Meningite batterica	104	30	13	2	149
Epatite A	11	23	-	1	35
Ectoparassiti	515	1.095	991	1.357	3.958
Altro	59*	20++	2++	-	81

\* Shigella, Giardia, Rotavirus, Campylobacter e Salm. Typhi

+ Incluso Campylobacter

++ Shigella

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

## VACCINAZIONI ESEGUITE

## INCHIESTE E/O SORVEGLIANZE EPIDEMIOLOGICHE

## TUBERCOLOSI

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

Tabella 12: **Vaccinazioni antitubercolari e prove di cutireazione alla tubercolina - Anno 2004**

Tipologia di prestazione	Bolzano	Egna	Merano	Silandro	Bressanone	Brunico	Totale
Vaccinazione	172	1	23	1	-	14	211
Cutireazione alla tubercolina	1.753	32	696	307	360	435	3.583

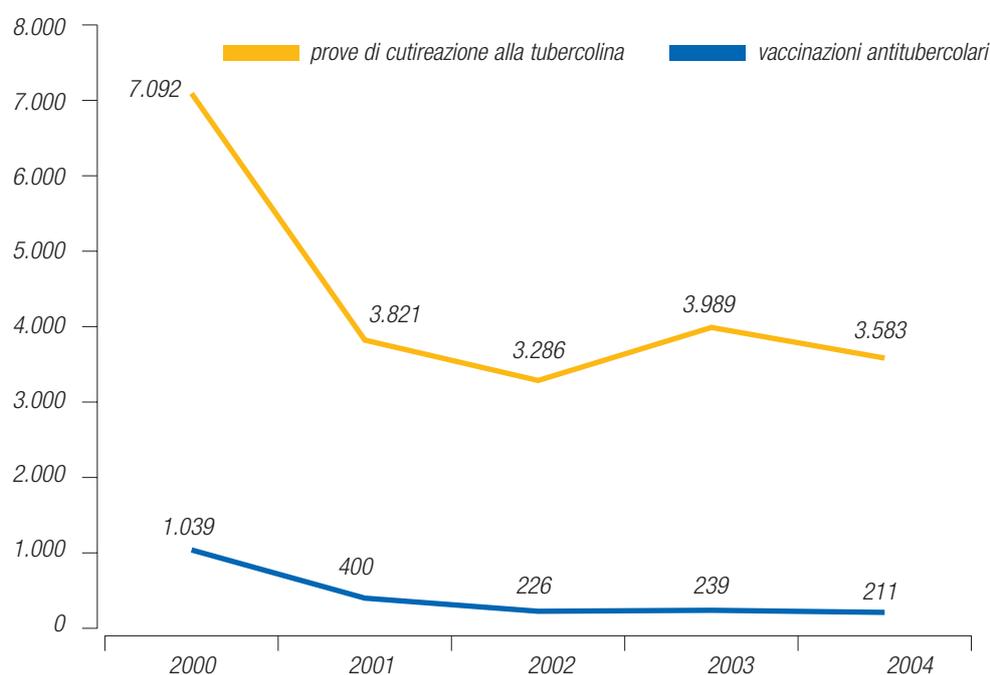
Fonte: servizio Interaziendale Pneumologico

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

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

A cinque anni di distanza, gli effetti dell'applicazione della legge n. 388/2000, che ha modificato radicalmente gli ambiti di intervento dell'attività di profilassi antitubercolare, possono essere valutati in modo preciso. Il numero di vaccinazioni eseguite sembra essersi stabilizzato su valori annui compresi tra le 210 e le 240 unità (l'80% in meno rispetto al 2000); mentre vengono effettuate annualmente circa 3.500 prove di cutireazione alla tubercolina, accertando quindi una riduzione del 50% rispetto a quanto rilevato ad inizio quinquennio.

Figura 4: Vaccinazioni antitubercolari e prove di cutireazione alla tubercolina  
– Anni 2000-2004



### 1.3.2. Medicina del viaggiatore

Un'altra importante attività di prevenzione svolta dai servizi di igiene e sanità pubblica è rivolta alle persone che, per la loro attività di lavoro o per turismo, si recano all'estero e che potrebbero contrarre malattie infettive che presentano un'elevata incidenza nei paesi visitati (amebiasi, colera, dengue, encefalite giapponese, febbre gialla, infezioni da Hantavirus, malaria, febbre della Rift Valley, dissenteria bacillare (shigellosi), febbre tifoide).

Una insufficiente informazione sulle norme da osservare prima, durante e dopo il viaggio, ha come conseguenza che un turista su quattro (secondo i dati del Ministero della Salute) torna a casa con problemi di salute: dalla comune diarrea del viaggiatore a patologie con conseguenze ben più gravi.

Oltre alla programmazione ed effettuazione delle vaccinazioni (non sempre possibili per le malattie di questo tipo), l'attività di profilassi in tale ambito prevede essenzialmente l'erogazione di prestazioni di consulenza sanitaria e di informazione mirata.

Tabella 13: Consulenze sanitarie ed attività di informazione nei confronti di viaggiatori che si recano all'estero - Anni 2000-2004

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

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

### 1.3.3. Vigilanza igienica sulle attività di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione

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

Tabella 14: Segnalazioni ed interventi di disinfezione e disinfestazione, per tipologia di struttura - Anno 2004

Tipologia di attività	Bolzano*	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
N. segnalazioni spazi ed edifici pubblici	218	30	4	7	259
N. interventi spazi ed edifici pubblici	218	30	3	6	257
N. segnalazioni spazi ed edifici privati	85	23	2	4	114
N. interventi spazi ed edifici privati	159	23	1	4	187
N. interventi di vigilanza su attività di disinfestazione eseguita da terzi	-	6	6	-	12

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

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

Nel 2004 sono stati eseguiti, nelle quattro aziende sanitarie, 444 interventi di disinfezione e di disinfestazione. Il 57,9% di questi è stato effettuato in strutture pubbliche, e il rimanente 42,1% presso spazi ed edifici privati.

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

I servizi di igiene e sanità pubblica delle quattro aziende sanitarie, nel corso del 2004, hanno valutato le condizioni igienico sanitarie di 397 strutture provinciali di carattere collettivo.

Per quanto riguarda il controllo delle piscine, sono stati prelevati 562 campioni di acqua per eseguire analisi chimico-fisiche (il 40,6% di tali campioni ha evidenziato irregolarità) e 732 campioni di acqua per effettuare analisi microbiologiche (il 9,0% dei quali è risultato non regolare).

L'inquinamento atmosferico ed acustico è stato attentamente controllato dalla Sezione Interaziendale di Medicina Ambientale (istituita presso il servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Bolzano), dal laboratorio Analisi Aria e Rumore e dal laboratorio di Chimica Fisica. Sono stati rilevati superamenti delle soglie previste per la protezione della salute per il biossido di azoto (NO<sub>2</sub>), per le polveri sottili (PM<sub>10</sub>) e per l'ozono (O<sub>3</sub>).

L'Ispettorato Medico del Lavoro ha effettuato 759 sopralluoghi per la valutazione dei rischi lavorativi e 177 interventi d'informazione ed educazione alla salute nei confronti dei lavoratori e dei datori di lavoro.

Presso l'Ispettorato Medico del Lavoro sono pervenute, nel 2004, 187 denunce per malattie professionali. La Sezione Clinica di Medicina del Lavoro ha effettuato 10.728 visite mediche ed accertamenti clinici sui lavoratori.

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

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

Tabella 15: Strutture a carattere collettivo controllate dai servizi di igiene e sanità pubblica - Anno 2004

Tipologia di strutture controllate	Bolzano		Merano		Bressanone		Brunico	
	N. strut. censite	N. strut. control.						
Istituti prescolastici e scolastici pubblici e privati (escluse mense scolastiche)	350	93	205	18	143	11	155	33
Campeggi e colonie estive	-	-	21	11	4	2	14	6
Strutture sanitarie pubbliche (ospedali, distretti, poliambulatori, centri di degenza, strutture per pazienti psichiatrici, comunità terapeutiche per il recupero delle tossicodipendenze)	51	8	33	4	7	2	8	5
Strutture sanitarie private (case di cura, ambulatori di fisioterapia, massoterapia, centri di degenza, comunità terapeutiche per il recupero delle dipendenze, ambulatori e studi professionali, laboratori odontotecnici ed ottici)	535	34	280	9	100	4	109	12
Strutture sociali (case di riposo, centri diurni per anziani)	29	5	25	20	8	8	9	5
Campi nomadi	n.d.	1	1	1	1	1	1	1
Istituti di detenzione e pena	1	1	1	-	1	1	-	-
Punti vendita e/o confezionamento prodotti fitosanitari	30	24	28	23	4	4	3	3
Manifestazioni occasionali (mercatini, fiere, feste campestri)	201	2	n.d.	9	n.d.	6	n.d.	12
Altro	25*	16	-	-	2**	2	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>N.D.</b>	<b>184</b>	<b>N.D.</b>	<b>95</b>	<b>N.D.</b>	<b>41</b>	<b>N.D.</b>	<b>77</b>

\*erboristerie e farmacie

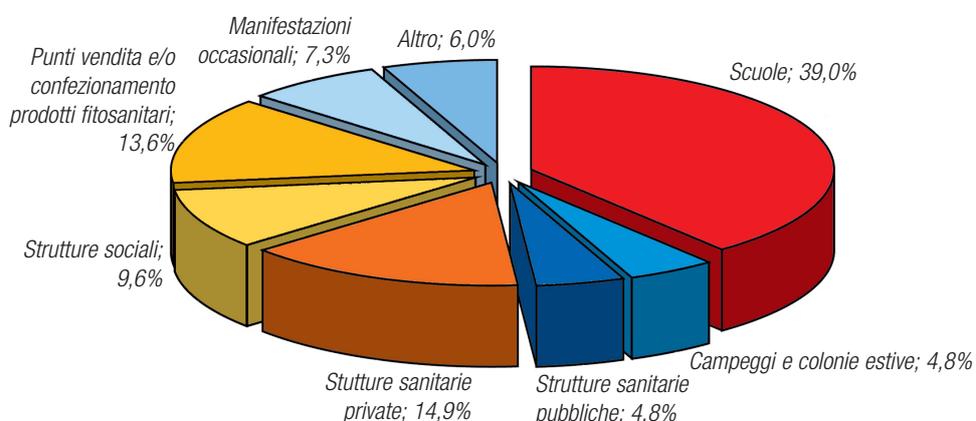
\*\*sperimentazione fitosanitari

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

Nel 2004, sono state valutate le condizioni igienico sanitarie di 397 strutture provinciali di carattere collettivo; tra queste, le strutture maggiormente controllate sono state le scuole (39,0%), le strutture sanitarie private (14,9%) e i punti vendita e/o di confezionamento di prodotti fitosanitari (13,6%).

**STRUTTURE A CARATTERE COLLETTIVO CONTROLLATE**

Figura 5: Strutture a carattere collettivo controllate dai servizi di igiene e sanità pubblica – Anno 2004



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

Tabella 16: Prestazioni effettuate dagli operatori dei servizi di igiene e sanità pubblica riguardanti l'accertamento, la vigilanza ed il controllo degli edifici in relazione alle diverse utilizzazioni - Anno 2004

Attività effettuate	Bolzano*	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Ispezioni ad alloggi per rilascio certificati di condizione abitativa e inabitabilità	22	257	9	2	290
Esame di progetti di edilizia per rilascio parere igienico-sanitario	735	844	866	480	2.925
Certificazione precarietà igieniche alloggi	30	7	4	7	48
Formulazione di pareri igienico-sanitari ai fini del rilascio dell'autorizzazione alla apertura di esercizi pubblici ai sensi della l.p. 58/88	70	57	40	72	239
Formulazione di pareri igienico-sanitari e/o rapporti di verifica ai fini del rilascio dell'autorizzazione alla apertura e/o all'esercizio di strutture sanitarie o singoli professionisti che operano in ambito sanitario	12	15	1	-	28
Formulazione di pareri igienico-sanitari (numero atti) per l'apertura e/o esercizio di:					
- esercizi di vendita	4	11	3	n.d.	n.d.
- stands per manifestazioni temporanee	201	70	51	n.d.	n.d.
Rispondenza igienica di locali di lavorazione di prodotti agricoli	-	-	5	-	5

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

### 1.4.2. Controllo della qualità delle piscine

Nel 2004, sono stati prelevati 562 campioni di acqua di piscina per eseguire analisi chimico-fisiche; il 40,6% di tali campioni ha evidenziato irregolarità. Analisi microbiologiche sono state effettuate su 732 campioni, il 9,0% dei quali è risultato non regolare.

Tabella 17: Attività di controllo sulle piscine - Anno 2004

Azienda Sanitaria	Numero sopralluoghi	Numero campioni prelevati	Numero campioni non regolari
<b>Bolzano</b>			
Analisi chimico-fisiche	88	145	13
Analisi microbiologiche	88	159	7
<b>Merano</b>			
Analisi chimico-fisiche	127	191	91
Analisi microbiologiche	127	344	42
<b>Bressanone</b>			
Analisi chimico-fisiche	116	201	122
Analisi microbiologiche	116	200	15
<b>Brunico</b>			
Analisi chimico-fisiche	15	25	2
Analisi microbiologiche	15	29	2

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

### 1.4.3. Vigilanza e controllo sui cosmetici

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

Tabella 18: Attività di vigilanza e controllo sui cosmetici. Strutture censite e strutture controllate dai servizi di igiene e sanità pubblica - Anno 2004

Servizi di igiene e sanità pubblica	Laboratori di produzione cosmetici		Centri di bellezza ed estetica		Centri per il tatuaggio e/o piercing	
	Strutture censite	Strutture controllate	Strutture censite	Strutture controllate	Strutture censite	Strutture controllate
Bolzano	6	-	442	88	16	5
Merano	3	1	189	70	6	2
Bressanone	-	-	112	6	2	1
Brunico	1	1	160	15	1	1
<b>TOTALE</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>903</b>	<b>179</b>	<b>25</b>	<b>9</b>

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

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

CONTROLLO DELLE  
PISCINE

CONTROLLO SUI  
COSMETICI

Tabella 19: **Pareri igienico-sanitari ai fini del rilascio dell'autorizzazione alla apertura di negozi o laboratori di barbiere, parrucchiere, centri di estetica, centri di wellness - Anno 2004**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Pareri igienico-sanitari	44	18	1	4	67

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

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

ATTIVITÀ DI POLIZIA  
MORTUARIA

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

Tabella 20: **Attività di polizia mortuaria - Anno 2004**

Tipologia di prestazioni	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Ispezioni a cimiteri	-	8	4	-	12
Certificazioni idoneità feretro (nulla osta al trasporto)	502	373	161	218	1.254
Assistenza alle esumazioni straordinarie	5	8	1	-	14
Visite necroscopiche	464	246	73	38	821
Autorizzazione veicoli per il trasporto salme	11	6	5	1	23

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

#### 1.4.5. Controllo dell'inquinamento atmosferico e acustico

AGENZIA PROVINCIALE  
PER LA PROTEZIONE  
DELL'AMBIENTE E LA  
TUTELA DEL LAVORO

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

SEZIONE DI MEDICINA  
AMBIENTALE

Nel 2003, considerata l'importanza di individuare, rilevare, monitorare ed interpretare dal punto di vista medico i rischi ambientali per la salute umana ed avviare le opportune misure di prevenzione e di cura per la popolazione, è stata istituita, presso il servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Bolzano, una Sezione Interaziendale di Medicina Ambientale.

La Sezione Interaziendale di Medicina Ambientale opera in stretto collegamento con l'Assessorato alla Sanità, con il servizio Interaziendale di Medicina del lavoro e con l'Agenzia Provinciale per la Protezione dell'Ambiente e la tutela del lavoro. Nel corso del 2004 ha svolto le seguenti attività:

- consulenza e supporto all'Assessorato alla Sanità su aspetti sanitari e legislativi riguardanti deliberazioni provinciali su tematiche ambientali;
- effettuazione di indagini ad hoc, avviate su segnalazione di casi di intossicazione acuta da pesticidi;

- collaborazione alla predisposizione dei piani triennali di sorveglianza sanitaria e ambientale degli effetti derivanti dall'uso di prodotti fitosanitari;
- partecipazione agli incontri (in qualità di componente) del Comitato provinciale di Valutazione Impatto Ambientale (V.I.A.);
- collaborazione con l'Assessorato all'Ambiente del Comune di Bolzano per la predisposizione del Piano di collocazione impianti base per telecomunicazioni;
- presentazione dei risultati di uno studio su salute ed ambiente sul quartiere di Oltreisarco del Comune di Bolzano;
- contributo alla predisposizione del Piano provinciale della qualità dell'aria;
- partecipazione alla stesura dei piani di intervento in caso di superamento dei limiti fissati per il  $PM_{10}$  (nei mesi invernali) e per l'ozono (durante i mesi estivi).

Nel 2004, la Sezione Interaziendale di Medicina Ambientale ha pianificato, inoltre, gli studi e le iniziative da attivare nel triennio 2005-2007. Le principali attività previste sono:

- studio retrospettivo per gli anni 2000-2002 sugli effetti a breve termine dell'inquinamento atmosferico sulla salute; lo studio prevede l'analisi di dati sanitari e ambientali, valutando la correlazione tra la concentrazione giornaliera media dei diversi inquinanti e i decessi, per cause naturali e per cause respiratorie e cardiovascolari, e i ricoveri per malattie respiratorie, cardiovascolari e cerebrovascolari;
- studio prospettico per gli anni 2005-2007 sugli effetti a breve termine dell'inquinamento atmosferico sulla salute delle popolazioni residenti nelle diverse valli della Provincia, tra cui quelle con peculiari situazioni di traffico veicolare;
- avvio dei lavori per la creazione di uno spazio WEB dedicato alle attività effettuate dalla Sezione Interaziendale di Medicina Ambientale.

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

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

Nel 2004, si rileva una riduzione sensibile, rispetto ai dati dell'anno 2003, della concentrazione media annua del benzene in tutti i punti critici, e non si registra alcun superamento del valore limite per la protezione della salute umana ( $10 \mu\text{g}/\text{m}^3/\text{anno}$ ). Ciò si deve, in primo luogo, all'aumento dei veicoli dotati di sistemi di abbattimento delle emissioni mediante catalizzatori.

Prendendo in esame i risultati dei rilevamenti effettuati nel 2004 per gli altri inquinanti misurati nella città di Bolzano, si osserva quanto segue:

- Benzo(A)pirene: il valore medio annuo rilevato per questo inquinante è risultato pari a  $0,8 \text{ ng/m}^3$ , che è inferiore al limite previsto dalla normativa nazionale ( $1 \text{ ng/m}^3$ ) ed alla media annua registrata nel 2003 ( $0,9 \text{ ng/m}^3$ );
- Polveri inalabili (PM<sub>10</sub>): la concentrazione media annua di questo inquinante ha evidenziato un valore pari a  $35,8 \text{ } \mu\text{g/m}^3$ , che risulta leggermente superiore a quella registrata nel 2003 ( $34 \text{ } \mu\text{g/m}^3$ );
- Piombo: la concentrazione di questo inquinante nell'aria di Bolzano risulta molto bassa; il valore medio annuo per il 2004 è di  $0,04 \text{ } \mu\text{g/m}^3$  (limite  $0,5 \text{ } \mu\text{g/m}^3$ ).

Anche il laboratorio di Chimica Fisica si occupa della rilevazione della qualità dell'aria, rilevando in continuo i seguenti inquinanti chimici: biossido di zolfo (SO<sub>2</sub>), biossido di azoto (NO<sub>2</sub>) e ossidi di azoto (NO<sub>x</sub>), monossido di carbonio (CO), ozono (O<sub>3</sub>), polveri sottili (PM<sub>10</sub>) e benzene. Il laboratorio gestisce dodici stazioni di misura dell'inquinamento dell'aria: quattro a Bolzano, una a Salorno, una a Merano, una a Bressanone, una a Vipiteno, una a Brunico, una a Laces, una a Corno del Renon; inoltre nel 2004 è stata allestita una nuova stazione sull'autostrada del Brennero tra Bressanone e Chiusa.

A livello provinciale, la situazione dell'inquinamento atmosferico rilevata nel corso del 2004, con riferimento ai singoli inquinanti, può essere sintetizzata come segue:

- Biossido di zolfo (SO<sub>2</sub>): i valori rilevati per questo inquinante sono notevolmente inferiori ai limiti vigenti (prosegue la situazione di contenimento);
- Monossido di carbonio (CO): non sono stati registrati superamenti dei limiti vigenti. La riduzione della concentrazione nell'aria di questo inquinante, osservata anche a livello internazionale, è da attribuire all'aumento del numero di auto catalizzate;
- Biossido di azoto (NO<sub>2</sub>): la concentrazione media annua di questo inquinante ha registrato dei superamenti del valore limite per la protezione della salute ( $40 \text{ } \mu\text{g/m}^3$ ) nelle stazioni di Bolzano (Piazza Verdi, via Claudia Augusta, Piazza Adriano), di Salorno e nell'Autostrada del Brennero;
- Ozono (O<sub>3</sub>): nell'anno 2004 sono stati rilevati nelle stazioni di Bolzano (via Amba Alagi), Renon e Salorno, alcuni superamenti della soglia di attenzione di  $180 \text{ } \mu\text{g/m}^3$ , del valore limite per la protezione della salute ( $120 \text{ } \mu\text{g/m}^3$ ) ed anche del valore bersaglio per la protezione della vegetazione ( $18.000 \text{ } \mu\text{g/m}^3/\text{h}$ );
- Polveri sottili (PM<sub>10</sub>): nel corso degli ultimi anni è stato rilevato un netto aumento della concentrazione di polveri sottili; il valore limite per la protezione della salute ( $20 \text{ } \mu\text{g/m}^3$ ), da raggiungere entro il 2010, è stato superato in tutte le stazioni provinciali che misurano questo inquinante;

- **Benzene:** nel 2004, non è stato rilevato per questo inquinante nessun superamento del limite di protezione della salute (5 µg/m<sup>3</sup>).

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

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

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

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.

**ISPETTORATO DEL  
LAVORO**

Tabella 21: Attività effettuata dall'Ispettorato del Lavoro – Anni 2003-2004

Tipologia di prestazioni	2003	2004
Sopralluogo in azienda e attività di informazione e consulenza	236	185
Assistenza o collaborazione con i datori di lavoro ai fini della valutazione dei rischi e della predisposizione delle misure di tutela e del pronto soccorso	196	162
Informazioni ai datori di lavoro o ai lavoratori, compresi i corsi di formazione e aggiornamento	-	15
Riunioni periodiche di prevenzione – partecipazione a commissioni o gruppi di lavoro	-	26
Interventi di vigilanza sull'esecuzione degli ASPP	747	574
Proposte e/o verifiche di programmi relativi alle visite mediche	39	6
Inchieste (per la Procura) su malattie professionali e su contravvenzione alla normativa vigente	44	31
Indagini epidemiologiche per comparto, rischio o lavorazione	1	1*
Ricorsi per giudizi di idoneità	6	5
Giudizi di idoneità per fochini	6	9
Giudizi di idoneità per minori	309	242
Disposizioni in materia di medicina del lavoro	39	51
Sanzioni amministrative	2	1
Comunicazioni di prescrizioni	37	30
Autorizzazioni piani di lavoro per la rimozione di amianto	133	116
Altre indagini	-	28
Altre comunicazioni alle ditte per proroghe, esenzioni, adempimenti, inadempimenti	169	161

\* Indagine sulle polveri di legno e sui tumori dei seni paranasali

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

Il numero di denunce pervenute all'Ispettorato del Lavoro si è ridotto considerevolmente nell'ultimo triennio, passando da 362 malattie professionali denunciate nel 2002, alle 187 notificate nel 2004 (- 48,3%).

Si osserva, inoltre, che quasi il 70% delle denunce pervenute nel 2004 si riferiscono a problemi o a disturbi legati ad ipoacusia da rumore.

Tabella 22: Tipologia di denunce pervenute all'Ispettorato del Lavoro – Anni 2002-2004

Denunce pervenute	Numero di denunce pervenute		
	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004
Per ipoacusia da rumore	330	198	130
Per allergia al lattice e dermatite allergica da contatto	12	12	11*
Per sindrome del tunnel carpale	8	9	6
Ernia discale	12	9	12
Per eczemi e sensibilità cutanee	-	8	9
Mesotelioma pleurico	-	1	4
Altro	-	-	15**
<b>TOTALE</b>	<b>362</b>	<b>237</b>	<b>187</b>

\*compresa asma-oculorinite

\*\*comprese lombosciatalgie, epicondiliti, tendinite, asbestosi, sospetta TBC e altre patologie

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

### SEZIONE CLINICA DI MEDICINA DEL LAVORO

La Sezione Clinica di Medicina del Lavoro effettua in prevalenza visite mediche ed accertamenti clinici sui lavoratori e tutte le attività attribuite al medico competente di cui all'art. 17 d.legisl. 626/94.

Le visite vengono eseguite da medici dipendenti delle aziende sanitarie o da medici convenzionati operanti in ambulatori specialistici privati. La parte organizzativa ed infermieristica viene svolta invece dal servizio di Medicina del Lavoro, che si occupa anche dell'esecuzione di alcuni esami (ECG-EEG) refertati successivamente dai medici specialisti.

Tabella 23: Attività effettuata della Sezione Clinica di Medicina del Lavoro – Anni 2003-2004

Tipologia di prestazioni	N. interv. 2003	N. interv. 2004
Visite mediche ai lavoratori e idoneità al lavoro	10.489	10.728
Test di funzione visiva	1.163	1.000
Test di funzione uditiva	3.106	3.290
Spirometrie curva flusso volume (spirometrie semplici)	3.887	3.911
Spirometrie globali	9	21
Spirometrie con diffusione	-	16
ECG	20	22
Prelievi ematici venosi	241	294
Test di reazione visiva e uditiva	5	-
Sopralluogo in azienda e attività di informazione e consulenza	175	1.294
Protocollo accertamenti sanitari preventivi e periodici (ASPP), relazioni-consulenze	n.d.	1.308
Informazioni ai datori di lavoro o ai lavoratori, compresi i corsi di formazione e aggiornamento	n.d.	22
Riunioni periodiche di prevenzione	-	52
Assistenza o collaborazione con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi e della predisposizione delle misure di tutela e del pronto soccorso	-	34
Relazione medica conclusiva e prescrizioni, fino a 5 persone	2.210	2.032
Relazione medica conclusiva e prescrizioni più di 5 persone	676	1.248

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

Nel 2004 si osserva un forte aumento nelle attività effettuate dalla Sezione Clinica di Medicina del Lavoro, in particolare per quanto riguarda i sopralluoghi nelle aziende per attività di informazione e consulenza (+639,4% rispetto al 2003) e nella stesura di relazioni mediche conclusive e prescrizioni per più di 5 persone (+84,6%).

Il servizio di Medicina del Lavoro si avvale del laboratorio Analisi Acqua e del laboratorio Analisi Aria e Rumore per l'effettuazione di alcune attività che riguardano la valutazione dei rischi connessi con gli ambienti di lavoro.

Il laboratorio Analisi Acqua esegue prevalentemente analisi tossicologiche su campioni di sangue ed urina prelevati da lavoratori, mentre il laboratorio Analisi Aria e Rumore si occupa della salubrità degli ambienti di lavoro, effettuando specifici controlli sull'inquinamento da rumore e vibrazioni, ed i collaudi degli impianti produttivi.

## 1.5. SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA

Nell'ambito della sanità animale, il numero di capi di bestiame complessivamente controllati nel 2004 è più che raddoppiato rispetto all'anno precedente (303.924 capi esaminati nel 2004). Oltre alle prove serologiche sugli animali, sono state controllate anche le singole aziende conducendo specifici test sul latte di cisterna. Negli allevamenti presenti nel territorio della Provincia sono stati rilevati 27 nuovi casi di rinotracheite bovina infettiva (IBR) e 93 casi di BVD/MD.

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 Interaziendale invece ha il compito della corretta applicazione delle norme a livello provinciale ed è articolato in due settori: sanità animale ed igiene della produzione, conservazione e commercializzazione degli alimenti di origine animale.

Secondo quanto previsto dalla l.p. 12.01.83, n. 3 e successive modificazioni, il primo settore assicura la vigilanza ed i controlli sugli animali, sui luoghi e fabbricati di ricovero e di concentrazione degli animali, sulle modalità e i mezzi di trasporto e transito degli animali, nonché sulla produzione, lavorazione e distribuzione dei prodotti destinati agli animali; vigila, inoltre, sull'igiene della riproduzione animale, sull'impiego di farmaci per uso veterinario e sulla protezione degli animali.

Il secondo settore, invece, assicura la tutela igienica e sanitaria degli alimenti di origine animale. Ad esso competono le attività di ispezione e di vigilanza dei pro-

**LABORATORIO ANALISI  
ACQUA**

**LABORATORIO ANALISI  
ARIA E RUMORE**

**COMPITI DEL SERVIZIO  
VETERINARIO  
PROVINCIALE**

**COMPITI DEL SERVIZIO  
VETERINARIO INTER-  
AZIENDALE**

**CONSISTENZA DEL  
PATRIMONIO ZOOTECNICO**

dotti di origine animale e sui loro derivati, nelle fasi di produzione, trasformazione, conservazione, deposito, commercializzazione, distribuzione all'ingrosso ed al dettaglio, nonché somministrazione degli alimenti di origine animale; è preposto, inoltre, alla vigilanza sulla attività e sugli impianti di macellazione, sugli impianti di raccolta e smaltimento degli avanzi e dei rifiuti di origine animale e sulle sardigne.

Per assicurare l'attività veterinaria su tutto il territorio della Provincia il servizio Veterinario Interaziendale, che ha sede a Bolzano, si avvale di unità operative di riferimento presso le aziende sanitarie di Merano, Bressanone e Brunico.

Nel 2004 la consistenza del patrimonio zootecnico (numero di bovini, ovini, caprini, equini e suini) è risultata pari a 225.838 capi. Nel complesso, resta molto alta la presenza del bestiame bovino, pari al 64,4% del totale.

Tabella 24: **Patrimonio zootecnico per specie animale - Anno 2004**

Specie animale	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Bovini	32.048	36.579	32.492	44.280	145.399
Ovini/Caprini	8.900	35.211	7.408	6.920	58.439
Equini	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	7.000*
Suini	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	15.000*
<b>TOTALE</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>	<b>225.838</b>

\*Dati forniti solo per il totale della Provincia

Fonte: servizio Veterinario Provinciale

Si rileva una distribuzione piuttosto uniforme del bestiame bovino tra le quattro aziende sanitarie. Per gli ovini ed i caprini, invece, si osserva una notevole concentrazione di questa specie animale nel territorio della Azienda Sanitaria di Merano, con la presenza del 60,3% del totale dei capi censiti in Provincia.

Figura 6: **Distribuzione dei capi di bestiame per specie animale - Anno 2004**

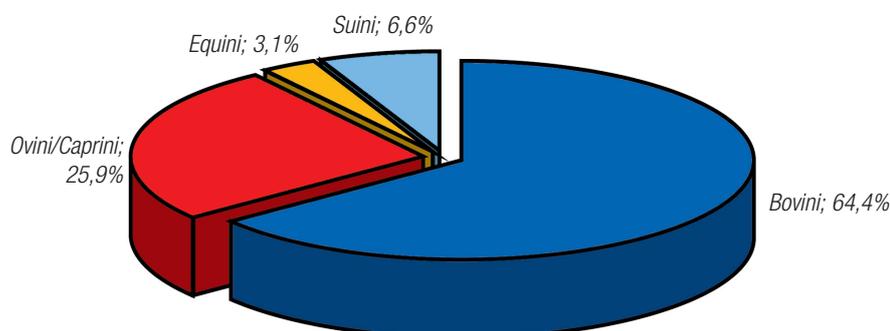


Tabella 25: **Distribuzione percentuale dei capi bovini e ovini/caprini per azienda sanitaria - Anno 2004**

Specie animale	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Bovini	22,0%	25,2%	22,3%	30,5%	100%
Ovini/Caprini	15,2%	60,3%	12,7%	11,8%	100%

Fonte: servizio Veterinario Provinciale

Tabella 26: Allevamenti presenti nel territorio della Provincia di Bolzano per specie animale – Anni 2002, 2003 e 2004

<b>Specie animali</b>	<b>Anno 2002</b>	<b>Anno 2003</b>	<b>Anno 2004</b>
Bovini	9.458	9.044	9.074
Ovini/Caprini	4.122	3.804	4.642
Equini	1.790	1.800	1.800
Suini	3.800	3.610	4.241
Pollame/conigli	39	49	48
Troticoltura	5	5	5
<b>TOTALE</b>	<b>19.214</b>	<b>18.312</b>	<b>19.810</b>

Fonte: servizio Veterinario Provinciale

Nel 2004 sono state effettuate attività di profilassi delle patologie animali e piani di risanamento che hanno riguardato la TBC bovina, brucellosi bovina ed ovi-caprina, brucella ovis, rinotracheite bovina infettiva (IBR), malattia vescicolare suina, peste suina, morbo di Aujeszky, leucosi bovina enzootica, BVD/MD (anticorpi e virus), Blue Tongue, scrapie, CAEV (virus artrite-encefalite dei caprini). Tale attività di profilassi ha avuto un notevole sviluppo nel corso dell'anno. Il numero di capi di bestiame complessivamente controllati è, infatti, più che raddoppiato rispetto all'anno precedente (303.924 capi esaminati nel 2004, contro i 149.892 controlli eseguiti nel 2003). In particolare, in conformità ai piani di risanamento obbligatori previsti per l'anno 2004, sono state effettuate le attività di profilassi della TBC bovina e sono stati sottoposti a controllo tutti i capi con più di sei settimane di vita.

Oltre alle prove serologiche sugli animali, sono state controllate anche le singole aziende conducendo specifici test sul latte di cisterna. Con tale finalità sono state effettuate 11.602 analisi riguardanti la brucellosi bovina, la IBR e la leucosi bovina enzootica, e 5.697 analisi per la ricerca degli anticorpi BVD/MD.

Nel 2004 è stato avviato uno specifico programma di profilassi volontaria contro la CAEV (virus arterite-encefalite dei caprini). L'adesione a questo programma è risultata elevata.

La Provincia di Bolzano partecipa, inoltre, ad un programma nazionale di sorveglianza della Blue Tongue.

Tabella 27: **Controlli e vaccinazioni effettuati in relazione ai piani di risanamento obbligatori nella Provincia Autonoma di Bolzano – Anni 2003-2004**

Tipologia di controlli	Numero di capi controllati	
	2003	2004
TBC bovina	5.342	126.495
Brucellosi bovina	15.171	23.709
Brucellosi ovi-caprina	22.089	32.102
Brucella ovis*	1.639	2.434
Rinotracheite bovina infettiva (IBR)	59.366	23.635
Malattia vescicolare suina	522	702
Peste suina	532	732
Morbo di Aujeszky	533	608
Leucosi Bovina Enzoitica	15.159	23.635
BVD/MD Anticorpi	169	5.408
BVD/MD – Virus	20.617	35.944
Blue Tongue	7.875	8.454
Scrapie – genotipizzazione	4	857
CAEV	874	19.209
<b>TOTALE CONTROLLI</b>	<b>149.892</b>	<b>303.924</b>

\* brucella ovis-ovini maschi

Tipologia di vaccinazioni	Numero di capi vaccinati	
	2003	2004
Carbonchio sintomatico	7.160	7.320
<b>TOTALE VACCINAZIONI</b>	<b>7.160</b>	<b>7.320</b>

Fonte: servizio Veterinario Provinciale

**PATOLOGIE  
ANIMALI RISCONTRATE**

Nel 2004, come ormai da diversi anni, non si sono riscontrati casi di TBC bovina. Nel corso dell'anno, inoltre, non sono stati accertati nemmeno casi di brucellosi bovina e di brucellosi ovi-caprina.

Negli allevamenti presenti nel territorio della Provincia sono stati rilevati 27 nuovi casi di rinotracheite bovina infettiva (IBR) e 93 casi di BVD/MD.

Tabella 28: **Prestazioni effettuate dal servizio Veterinario Interaziendale – Area Sanità Animale - Anno 2004**

Prestazioni effettuate dal servizio Veterinario	Numero
Randagi catturati	443
Profilassi della rabbia: visite degli animali morsicatori	534
Cani sterilizzati	236
Gatti sterilizzati	1.034
Controllo dei riproduttori - stalloni e tori	170
Controllo trattamenti farmacologici sugli animali (controllo registri)	783
Controllo mangimi	333
Controllo radioattività sui mangimi	6
Controllo acqua utilizzata negli allevamenti	113
Prelievo sangue per aste bovine e ovine	6.278
Passaporti per cani, gatti, furetti che viaggiano all'interno dell'EU (dall'1/7/04)	1.177
Certificati sanitari per l'esportazione di cani e gatti al seguito di viaggiatori	104
Autorizzazioni per mezzi di trasporto di animali vivi	573
Autorizzazioni sanitarie per l'apertura di ambulatori veterinari	1
Consegna microchip	597
<b>TOTALE</b>	<b>12.382</b>

Fonte: servizio Veterinario Interaziendale

Sempre nell'ambito della sanità animale, il servizio Veterinario Interaziendale esegue i prelievi del sangue per le aste bovine e ovine (6.278 campioni, di cui 5 posi-

tivi per la BVD, 1 per IBR-IPV, 1 per brucellosi bovina e 2 per brucella ovis), si occupa della tutela sanitaria della riproduzione animale (170 stalloni e tori controllati), rilascia i certificati sanitari per gli animali destinati alla vendita e al macello (57.730 capi certificati), effettua i controlli sui trattamenti farmacologici sugli animali (783 registri di trattamento con farmaci veterinari controllati).

Nell'ambito delle attività previste di controllo dell'alimentazione animale, sono stati esaminati 333 campioni di mangimi (di cui 10 sono risultati non regolari) e 113 campioni di acqua utilizzata negli allevamenti (di cui 8 non regolari); è stata anche analizzata la presenza di radioattività su 6 campioni di mangimi.

Il servizio si occupa, inoltre, della lotta al randagismo (443 randagi catturati) e della profilassi della rabbia sugli animali morsicatori (534 cani controllati).

La procedura per il riconoscimento dei cani, attraverso l'inserimento di appositi microchip di identificazione, è proseguita nel 2004, in tutti i comuni della Provincia. Tale procedura ha reso più agevole la restituzione degli animali ai proprietari ed ha permesso, quindi, di ridurre il tempo della loro permanenza in canile.

## 1.6. SICUREZZA ALIMENTARE, SORVEGLIANZA E PREVENZIONE NUTRIZIONALE

Il servizio Veterinario Interaziendale ha esaminato 1.297 unità di produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale. La percentuale di unità irregolari sul totale unità controllate risulta pari al 2,5%, in riduzione rispetto agli anni precedenti e al di sotto della media nazionale.

Tutti i bovini macellati ad un'età maggiore di 24 mesi sono stati sottoposti ad un test rapido per la ricerca della BSE (13.699 bovini controllati).

L'attività di controllo specifica degli alimenti di origine non animale, effettuata dai servizi di igiene e sanità pubblica, ha coinvolto 1.855 unità produttive; a livello provinciale, la percentuale di unità riscontrate con infrazioni sul totale delle unità controllate si conferma molto alta (pari al 35,8%).

Nell'ambito della tutela igienico-sanitaria degli alimenti, il laboratorio dell'Istituto Zooprofilattico e i laboratori dell'Agenzia Provinciale per la Protezione dell'Ambiente e la tutela del lavoro (laboratorio Analisi Alimenti e laboratorio Biologico) hanno analizzato 1.990 campioni di alimenti, riscontrando 104 campioni non regolari.

Con riferimento all'attività di controllo delle acque ad uso potabile effettuata sulle reti pubbliche, sono stati prelevati dai servizi di igiene e sanità pubblica 1.791 campioni per analisi chimico-fisiche e 2.263 campioni per analisi micro-

biologiche. La percentuale di campioni non regolari all'utenza si attesta su valori molto bassi (pari al 4,5% per le analisi chimico-fisiche ed al 6,8% per le analisi microbiologiche), confermando quanto rilevato negli anni precedenti.

### 1.6.1. Tutela igienico sanitaria degli alimenti e bevande

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

**Tabella 29: Risultati dei controlli sulle strutture di produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale, e provvedimenti adottati - Anno 2004**

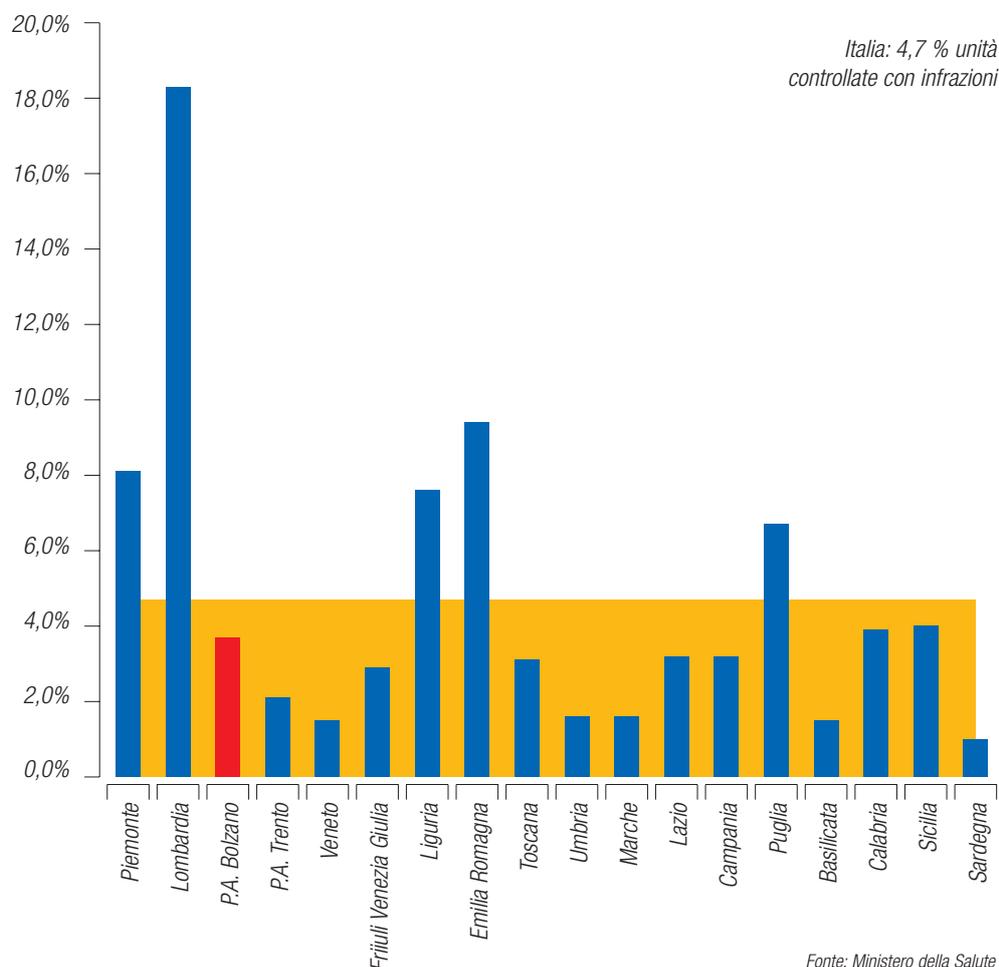
Tipologia di attività	Unità controllate	Unità con infrazioni	Numero ispezioni	Provvedimenti amministrativi e/o notizie di reato
Produzione primaria	218	1	206	6
Produzione e confezione	116	1	357	16
Distribuzione ingrosso	54	3	194	10
Distribuzione dettaglio	210	9	407	14
Trasporti (autorizzazione sanitaria)	191	3	191	4
Ristorazione pubblica	84	3	86	6
Ristorazione collettiva	9	-	10	-
Produzione e confezione per vendita al dettaglio	415	12	591	43
<b>TOTALE</b>	<b>1.297</b>	<b>32</b>	<b>2.042</b>	<b>99</b>

Fonte: servizio Veterinario Interaziendale

Nel 2004, il servizio Veterinario Interaziendale ha sottoposto a controllo complessivamente 1.297 unità, di cui 32 hanno evidenziato infrazioni. Inoltre, ha effettuato mediamente 1,6 ispezioni per unità controllata.

La percentuale di unità irregolari sul totale unità controllate risulta pari al 2,5%, in riduzione rispetto agli anni precedenti e al di sotto della media nazionale (dati aggiornati al 2002).

Figura 7: Percentuale di unità con infrazioni sul totale unità controllate dai servizi veterinari - Anno 2002



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 2004 è stata registrata una notevole diminuzione nel numero di ispezioni delle macellazioni domiciliari effettuate (3.944 nel 2004, contro le 7.080 del 2003, per una riduzione pari al 44,3%). Tale riduzione di attività è da attribuire principalmente a modifiche apportate alla normativa di riferimento (l.p. n. 1 del 8.4.2004), che ora consente la macellazione di suini e ovi-caprini a domicilio senza la visita ante e post mortem del veterinario.

Tabella 30: **Prestazioni effettuate dal servizio Veterinario Interaziendale – Area igiene degli alimenti di origine animale - Anno 2004**

<b>Prestazioni effettuate dal servizio Veterinario</b>	<b>Numero</b>
Analisi batteriologiche sulle carni	130
Trichinoscopie	9.473
Ispezione capi di bestiame macellato a domicilio per uso familiare	3.944
Ispezione capi di bestiame macellato per uso privato nell'impianto di macellazione	10.643
Ispezione capi di bestiame macellato per uso commerciale	43.151
Test BSE	13.699
Test per la ricerca scrapie	216
Certificati sanitari per trasporto carcasse di animali e materiale a rischio spec.	8.012
Autorizzazioni sanitarie per mezzi di trasporto di alimenti	191
Autorizzazioni sanitarie per l'apertura di laboratori, depositi carni, etc.	34
Ispezioni in malghe che producono formaggio	63

Fonte: servizio Veterinario Interaziendale

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

Nel corso dell'anno sono stati macellati in tutta la Provincia 50.918 animali (bovini/equini/suini/ovini/caprini/struzzi), con un calo del 12,9% rispetto al 2003. Tutti i bovini macellati ad una età maggiore di 24 mesi sono stati sottoposti ad un test rapido per la ricerca della BSE. Nel 2004 sono stati controllati 13.699 bovini, tutti con esito negativo. Sono stati esaminati anche 216 ovini e caprini, macellati ad una età maggiore di 18 mesi, per la ricerca della scrapie, con esito sempre negativo. Nei suini ed equini macellati sono state eseguite 9.473 trichinoscopie: tutte le carni esaminate sono risultate regolari. Sono state condotte, inoltre, analisi batteriologiche delle carni su 130 campioni, di cui 14 sono risultati non regolari.

Nell'ambito delle macellazioni ad uso privato, vanno distinte quelle effettuate in locali di macellazione autorizzati e quelle eseguite direttamente negli allevamenti. La quota di macellazioni a scopo privato eseguite in locali autorizzati è aumentata negli ultimi quattro anni, passando dal 57,8% del 2001 al 72,8% del 2004. Questa tendenza all'aumento viene sostenuta da parte del servizio Veterinario Interaziendale, grazie ad un costante lavoro di educazione alla salute e di sensibilizzazione della popolazione contadina per l'uso di strutture di macellazione aperte al pubblico, che garantiscono condizioni igienico-sanitarie migliori rispetto alla macellazione a domicilio.

**PIANO DI CONTROLLO  
DELLE MALGHE**

A causa delle tossinfezioni alimentari, verificatesi negli ultimi anni, causate dal consumo di formaggi prodotti nelle malghe, è stato istituito un piano di controllo delle malghe che producono burro e formaggi per la vendita al consumatore o a rivenditori, e delle malghe che producono, vendono e somministrano latticini esclusivamente al consumatore finale. Sono state effettuate complessivamente 63 ispezioni. Il controllo si è concentrato sulle condizioni igienico-sanitarie delle strutture, dell'attrezzatura e all'igiene del personale. Non sono state riscontrate gravi irregolarità. In occasione delle ispezioni sono stati esaminati i risultati delle analisi per patogeni in autocontrollo eseguite sui prodotti finiti dagli stessi gestori delle malghe.

Il servizio Veterinario Interaziendale partecipa, inoltre, al programma di attività pro-

mosso e coordinato dal Ministero della Salute, denominato “Piano Nazionale Residui”. Esso consiste in un programma annuale di sorveglianza e monitoraggio sugli alimenti e prodotti di origine animale ai fini di rilevare la presenza di residui di sostanze dannose per la salute umana. Tutti i campioni prelevati nel 2004 nell’ambito del Piano Nazionale Residui sono risultati regolari, ad eccezione di un campione di fegato di suino positivo per sulfamidici.

L’attività di controllo degli alimenti di origine non animale viene effettuata, invece, dagli ispettori d’igiene operanti presso i quattro servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle aziende sanitarie.

Tabella 31: Risultati dei controlli sulle strutture di trasformazione, distribuzione all’ingrosso ed al dettaglio, ristorazione e trasporto degli alimenti di origine non animale, effettuati dal servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Bolzano - Anno 2004

Tipologia di attività	Unità controllate	Unità con infrazioni	Numero ispezioni	Provvedimenti amministrativi e/o notizie di reato
Produzione e confezione	25	12	34	19
Distribuzione ingrosso	10	3	16	4
Distribuzione dettaglio	72	31	83	46
Trasporti (vigilanza)	1	1	1	1
Trasporti (autorizzazione sanitaria)	1	1	1	2
Ristorazione pubblica	263	223	297	324
Ristorazione collettiva	54	32	56	37
Produzione e confezione per vendita al dettaglio	19	13	28	28
<b>TOTALE</b>	<b>445</b>	<b>316</b>	<b>516</b>	<b>461</b>

Fonte: servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Bolzano

Tabella 32: Risultati dei controlli sulle strutture di trasformazione, distribuzione all’ingrosso ed al dettaglio, ristorazione e trasporto degli alimenti di origine non animale, effettuati dal servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Merano - Anno 2004

Tipologia di attività	Unità controllate	Unità con infrazioni*	Numero ispezioni	Provvedimenti amministrativi e/o notizie di reato
Produzione e confezione	80	4	124	21
Distribuzione ingrosso	14	1	28	3
Distribuzione dettaglio	63	6	120	24
Trasporti (vigilanza)	-	-	-	-
Trasporti (autorizzazione sanitaria)	4	-	4	-
Ristorazione pubblica	454	15	503	420
Ristorazione collettiva	56	-	61	8
Produzione e confezione per vendita al dettaglio	98	3	118	68
<b>TOTALE</b>	<b>769</b>	<b>29</b>	<b>958</b>	<b>544</b>

\* Per l’AS di Merano sono conteggiate solo le contestazioni di violazioni amministrative

Fonte: servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Merano

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

**Tabella 33: Risultati dei controlli sulle strutture di trasformazione, distribuzione all'ingrosso ed al dettaglio, ristorazione e trasporto degli alimenti di origine non animale, effettuati dal servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Bressanone - Anno 2004**

Tipologia di attività	Unità controllate	Unità con infrazioni	Numero ispezioni	Provvedimenti amministrativi e/o notizie di reato
Produzione e confezione	10	4	10	11
Distribuzione ingrosso	11	3	11	7
Distribuzione dettaglio	28	13	30	28
Trasporti (vigilanza)	10	-	10	-
Trasporti (autorizzazione sanitaria)	6	-	9	6
Ristorazione pubblica	128	105	160	155
Ristorazione collettiva	38	14	41	20
Produzione e confezione per vendita al dettaglio	43	18	49	28
<b>TOTALE</b>	<b>274</b>	<b>157</b>	<b>320</b>	<b>255</b>

Fonte: servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Bressanone

**Tabella 34: Risultati dei controlli sulle strutture di trasformazione, distribuzione all'ingrosso ed al dettaglio, ristorazione e trasporto degli alimenti di origine non animale, effettuati dal servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Brunico - Anno 2004**

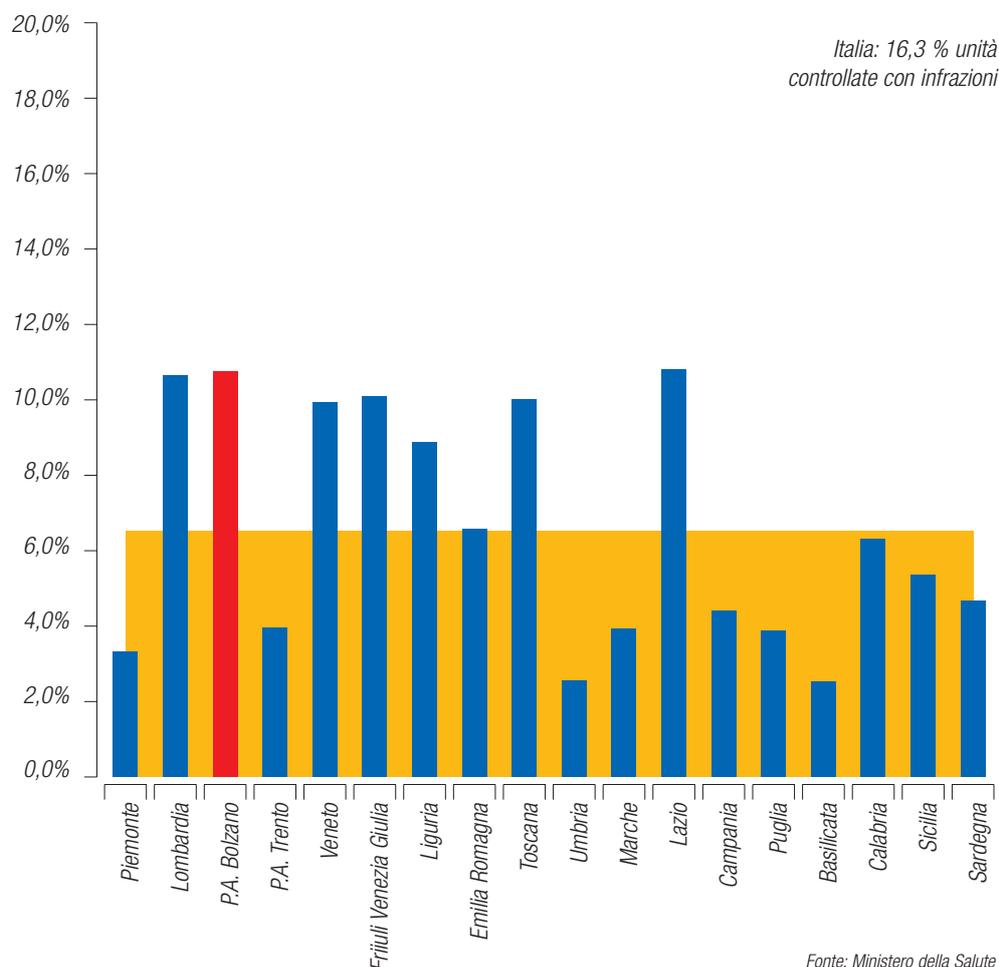
Tipologia di attività	Unità controllate	Unità con infrazioni	Numero ispezioni	Provvedimenti amministrativi e/o notizie di reato
Produzione e confezione	18	5	30	10
Distribuzione ingrosso	11	-	13	-
Distribuzione dettaglio	28	3	32	7
Trasporti (vigilanza)	-	-	-	-
Trasporti (autorizzazione sanitaria)	13	-	13	-
Ristorazione pubblica	255	145	255	187
Ristorazione collettiva	32	5	33	5
Produzione e confezione per vendita al dettaglio	10	5	10	10
<b>TOTALE</b>	<b>367</b>	<b>163</b>	<b>386</b>	<b>219</b>

Fonte: servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Brunico

Nel 2004, sono state controllate 1.855 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 (59,3% del totale delle unità controllate).

A livello provinciale, la percentuale di unità riscontrate con infrazioni sul totale delle unità controllate si conferma molto alta (pari al 35,8%); il valore di tale percentuale risulta in aumento rispetto a quello rilevato negli anni precedenti ed è in linea con i valori rilevati nell'Italia settentrionale (dati aggiornati al 2002).

Figura 8: Percentuale di unità con infrazioni sul totale unità controllate - servizi di igiene e sanità pubblica - Anno 2002



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

Tabella 35: Prestazioni effettuate di accertamento, vigilanza e controllo di fattori di rischio in campo micologico, per azienda sanitaria - Anno 2004

Tipologia di attività	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Certificazione di commestibilità di funghi destinati alla vendita	319	-	1	73	393
Consulenze micologiche a privati raccoglitori	229	54	25	34	342

Fonte: aziende sanitarie - servizi di igiene e sanità pubblica

Tabella 36: **Prestazioni effettuate dal personale dei servizi di igiene e sanità pubblica, rivolte all'accertamento, vigilanza e controllo di fattori di rischio in campo alimentare - Anno 2004**

Tipologia di attività	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Formulazione di pareri igienico-sanitari per:					
- depositi alimenti all'ingrosso	6	1	1	-	8
- laboratori alimenti	49	29	13	8	99
Formulazione di pareri igienico-sanitari ai fini del rilascio dell'autorizzazione al trasporto di alimenti	47	13	3	13	76
<b>TOTALE</b>	<b>102</b>	<b>43</b>	<b>17</b>	<b>21</b>	<b>183</b>

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

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

L'Istituto Zooprofilattico ha eseguito analisi microbiologiche su 809 campioni di alimenti, riscontrando nel complesso 10 infrazioni (1,2%).

Tabella 37: **Controlli degli alimenti effettuati dall'Istituto Zooprofilattico - Anno 2004**

Alimenti di origine animale	Numero di campioni analizzati	Numero di infrazioni riscontrate
Prodotti lattiero-caseari	272	4
Uova e ovoprodotti	36	-
Carne, prodotti a base di carne, cacciagione e pollame	299	2
Pesci, crostacei, molluschi	17	-
<b>TOTALE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE</b>	<b>624</b>	<b>6</b>

Alimenti di origine vegetale	Numero di campioni analizzati	Numero di infrazioni riscontrate
Erbe, spezie, caffè, tè	11	-
<b>TOTALE ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE</b>	<b>11</b>	<b>-</b>

Alimenti vari	Numero di campioni analizzati	Numero di infrazioni riscontrate
Gelati e dessert	134	1
Piatti preparati	40	3
<b>TOTALE ALIMENTI VARI</b>	<b>174</b>	<b>4</b>

Fonte: Istituto Zooprofilattico

ISTITUTO  
ZOOPROFILATTICO

LABORATORIO ANALISI  
ALIMENTI

Il laboratorio Analisi Alimenti ha esaminato, nel corso dell'anno, 755 campioni, rilevando 77 infrazioni (10,2%). Un numero elevato di infrazioni sono state rilevate in particolare nei grassi ed oli non animali e nelle analisi di vini di uve fresche.

Tabella 38: **Controlli degli alimenti effettuati dal laboratorio Analisi Alimenti - Anno 2004**

<b>Alimenti di origine animale</b>	<b>Numero di campioni analizzati</b>	<b>Numero di infrazioni riscontrate</b>
<i>Prodotti lattiero-caseari</i>	90	1
<i>Uova e ovoprodotti</i>	6	-
<i>Carne, prodotti a base di carne, cacciagione e pollame</i>	104	5
<i>Pesci, crostacei, molluschi</i>	15	1
<b>TOTALE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE</b>	<b>215</b>	<b>7</b>

<b>Alimenti di origine vegetale</b>	<b>Numero di campioni analizzati</b>	<b>Numero di infrazioni riscontrate</b>
<i>Grassi ed oli non animali</i>	68	18
<i>Cereali e prodotti della panetteria</i>	46	5
<i>Frutta e verdure</i>	121	2
<i>Erbe, spezie, caffè, tè</i>	56	2
<i>Vino</i>	110	27
<i>Cacao e sue preparazioni</i>	7	3
<b>TOTALE ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE</b>	<b>408</b>	<b>57</b>

<b>Alimenti vari</b>	<b>Numero di campioni analizzati</b>	<b>Numero di infrazioni riscontrate</b>
<i>Zuppe, brodi, salse</i>	20	-
<i>Bevande non alcoliche</i>	50	3
<i>Bevande alcoliche escluso il vino</i>	16	1
<i>Gelati e dessert</i>	1	-
<i>Dolciumi</i>	11	2
<i>Frutta secca a guscio rigido, spuntini</i>	6	1
<i>Prodotti destinati ad una alimentazione particolare (infanzia)</i>	14	-
<i>Altre preparazioni alimentari non animali</i>	14	6
<b>TOTALE ALIMENTI VARI</b>	<b>132</b>	<b>13</b>

Fonte: Agenzia Provinciale per la Protezione dell'Ambiente e la tutela del lavoro, laboratorio Analisi Alimenti

Il laboratorio Biologico nel 2004 ha effettuato controlli su 426 campioni, riscontrando 17 irregolarità (4,0%).

**LABORATORIO BIOLOGICO**

Tabella 39: **Controlli degli alimenti effettuati dal laboratorio Biologico - Anno 2004**

<b>Alimenti di origine animale</b>	<b>Numero di campioni analizzati</b>	<b>Numero di infrazioni riscontrate</b>
<i>Prodotti lattiero-caseari</i>	9	3
<i>Uova e ovoprodotti</i>	3	-
<i>Carne, prodotti a base di carne, cacciagione e pollame</i>	11	-
<i>Pesci, crostacei, molluschi</i>	1	-
<b>TOTALE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE</b>	<b>24</b>	<b>3</b>

<b>Alimenti di origine vegetale</b>	<b>Numero di campioni analizzati</b>	<b>Numero di infrazioni riscontrate</b>
<i>Cereali e prodotti della panetteria</i>	112	3
<i>Frutta e verdure</i>	22	3
<i>Erbe, spezie, caffè, tè</i>	16	1
<i>Cacao e sue preparazioni</i>	1	-
<b>TOTALE ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE</b>	<b>151</b>	<b>7</b>

<b>Alimenti vari</b>	<b>Numero di campioni analizzati</b>	<b>Numero di infrazioni riscontrate</b>
<i>Zuppe, brodi, salse</i>	33	3
<i>Bevande non alcoliche</i>	3	-
<i>Bevande alcoliche escluso il vino</i>	10	-
<i>Dolciumi</i>	1	-
<i>Frutta secca a guscio rigido, spuntini</i>	1	-
<i>Piatti preparati</i>	202	4
<i>Altre preparazioni alimentari</i>	1	-
<b>TOTALE ALIMENTI VARI</b>	<b>251</b>	<b>7</b>

Fonte: Agenzia Provinciale per la Protezione dell'Ambiente e la tutela del lavoro, laboratorio Biologico

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

Il controllo delle acque per uso umano viene svolto dai servizi di igiene e sanità pubblica, coadiuvati dai laboratori dell'Agenzia Provinciale per la Protezione dell'Ambiente e la tutela del lavoro (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 acque-dotti dagli interventi di controllo effettuati sugli stessi.

Tabella 40: Attività di controllo delle acque per uso umano nelle reti pubbliche - Anno 2004

Azienda Sanitaria	Controlli degli acquedotti – reti pubbliche				
	N. reti esistenti	N. reti controllate	Totale campioni prelevati	Numero di campioni prelevati all'utenza	Numero di campioni non regolari all'utenza
<b>Bolzano</b>	123	123			
Analisi chimico-fisiche			659	604	17
Analisi microbiologiche			719	688	34
<b>Merano</b>	148	148			
Analisi chimico-fisiche			604	473	27
Analisi microbiologiche			1.013	738	45
<b>Bressanone</b>	158	158			
Analisi chimico-fisiche			516	453	20
Analisi microbiologiche			825	545	47
<b>Brunico</b>	102	85			
Analisi chimico-fisiche			316	261	17
Analisi microbiologiche			632	292	27

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

Tabella 41: Attività di controllo delle acque per uso umano nelle reti private di interesse pubblico - Anno 2004

Azienda Sanitaria	Controlli degli acquedotti – reti private				
	N. reti esistenti	N. reti controllate	Totale campioni prelevati	Numero di campioni prelevati all'utenza	Numero di campioni non regolari all'utenza
<b>Bolzano</b>	282	19			
Analisi chimico-fisiche			15	15	-
Analisi microbiologiche			27	19	4
<b>Merano</b>	457	81			
Analisi chimico-fisiche			68	66	4
Analisi microbiologiche			99	89	27
<b>Bressanone</b>	193	24			
Analisi chimico-fisiche			23	19	1
Analisi microbiologiche			29	27	5
<b>Brunico</b>	231	46			
Analisi chimico-fisiche			46	46	4
Analisi microbiologiche			51	46	2

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

Tabella 42: Attività di controllo delle acque per uso umano – giudizi di idoneità d'uso – Anno 2004

Azienda Sanitaria	N. giudizi espressi	Analisi chimico-fisiche campioni prelevati	Analisi microbiologiche campioni prelevati
Bolzano	17	21	46
Merano	17	108	57
Bressanone	13	87	108
Brunico	44	56	115

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

Con riferimento all'attività di controllo delle acque ad uso potabile effettuata sulle rete pubbliche, si osserva che la percentuale di campioni non regolari all'utenza si attesta su valori molto bassi (pari al 4,5% per le analisi chimico-fisiche ed al 6,8% per le analisi microbiologiche), confermando quanto rilevato negli anni precedenti.

I parametri che più spesso risultano fuori limite sono il ferro (conseguentemente a fenomeni di corrosione delle condotte e meno spesso a causa di fenomeni naturali), il manganese e l'arsenico (di origine geologica). Non si segnalano, invece, superamenti per le acque destinate ad uso umano dei limiti vigenti riguardanti i nitrati, i metalli pesanti, gli idrocarburi policiclici aromatici, i solventi clorurati e gli antiparassitari/diserbanti.

### 1.6.2. Prevenzione degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi nella collettività

L'attività di prevenzione degli squilibri nutrizionali nella collettività viene effettuata dai quattro servizi dietetico nutrizionali delle aziende sanitarie, i quali si occupano della sorveglianza e della predisposizione dei piani nutrizionali per la ristorazione collettiva e dell'educazione alimentare.

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

SERVIZI DIETETICO  
NUTRIZIONALI

176

CONTROLLO DI IDONEITÀ  
DEI PIANI NUTRIZIONALI

Tabella 43: Attività di controllo dell'idoneità dei piani nutrizionali e di monitoraggio del ciclo alimentare a livello di ristorazione collettiva - Anno 2004

Tipologia di strutture controllate	Bolzano		Merano		Bressanone		Brunico	
	Strutture controllate	N. Controlli	Strutture controllate	N. Controlli	Strutture controllate	N. Controlli	Strutture controllate	N. Controlli
Scuole materne	79	137	2	3	10	10	-	-
Scuole elementari	25 <sup>+</sup>	39 <sup>+</sup>	-	-	2	2	-	-
Scuole medie inferiori	-	-	-	-	1	2	-	-
Scuole medie superiori	-	-	-	-	1	5	-	-
Ospedali pubblici	1	1 <sup>x</sup>	-	-	2	2 <sup>x</sup>	-	-
Case di cura private	-	-	-	-	-	-	-	-
Centri di degenza	2	3	-	-	3	3 <sup>x</sup>	-	-
Case di riposo	24	36	4	10	4	42	-	-
Centri sociali per disabili	12	12	-	-	1	2	-	-
Altre Strutture	1 <sup>*</sup>	3	1 <sup>*</sup>	2	2 <sup>*</sup>	2 <sup>x</sup>	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>144</b>	<b>231</b>	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>26</b>	<b>70</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

+ i dati per l'Azienda Sanitaria di Bolzano sono aggregati per le scuole elementari e medie inferiori

x strutture in continuo monitoraggio

\* per l'AS di Bolzano si tratta del Centro cottura pasti trasportati, per l'AS di Merano si tratta dell'appalto con il comune del servizio pasti per anziani, per l'AS di Bressanone dell'asilo nido e della struttura di riabilitazione alcol e droghe Bad Bachgart

Fonte: aziende sanitarie – servizi dietetico nutrizionali

Tutte le strutture controllate nelle aziende sanitarie di Bolzano e Merano sono risultate idonee, mentre il servizio Dietetico-Nutrizionale di Bressanone ha verificato la non idoneità dei piani nutrizionali in 10 scuole materne, 2 scuole elementari e 2 scuole medie inferiori.

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

Tabella 44: **Attività di supporto alla predisposizione dei piani nutrizionali a livello di ristorazione collettiva - Anno 2004**

Tipologia di strutture controllate	Bolzano		Merano		Bressanone		Brunico	
	Strutture coinvolte	Strutture esistenti						
Scuole materne	79	100	-	-	10	56	18	n.d.
Scuole elementari	25 <sup>+</sup>	88	-	-	2	50	-	-
Scuole medie inferiori	-	33	-	-	1	9	-	-
Scuole medie superiori	-	40	-	-	1	5	-	-
Ospedali pubblici	1	1	-	-	2	2	-	-
Case di cura private	-	3	-	-	-	-	-	-
Centri di degenza	2	2	-	-	3	3	-	-
Case di riposo	24	24	-	-	4	7	4	n.d.
Centri sociali per disabili	12	12	-	-	1	2	-	-
Altre Strutture	1 <sup>++</sup>	1	-	-	2 <sup>+++</sup>	2	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>144</b>	<b>304</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>26</b>	<b>139</b>	<b>22</b>	<b>n.d.</b>

+ i dati per l'Azienda Sanitaria di Bolzano sono aggregati per le scuole elementari e medie inferiori

++ centro cottura pasti trasportati

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

Fonte: aziende sanitarie – servizi dietetico nutrizionali

## 1.7. ATTIVITÀ MEDICO-LEGALI E DI MEDICINA DELLO SPORT

Nel 2004, sono state erogate dai servizi di medicina legale più di 35.000 prestazioni tra visite ambulatoriali e domiciliari, accertamenti sanitari e procedure amministrative.

I servizi di medicina dello sport hanno effettuato complessivamente 19.502 visite finalizzate all'accertamento dell'idoneità per l'attività sportiva agonistica: 25 atleti agonisti sono risultati non idonei dopo tali visite.

**SUPPORTO ALLA  
PREDISPOSIZIONE DEI  
PIANI NUTRIZIONALI**

### 1.7.1. Attività dei servizi di medicina legale

#### ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI MEDICINA LEGALE

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

- igiene e sanità pubblica;
- medicina legale.

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

#### COMPITI DEI SERVIZI DI MEDICINA LEGALE

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

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

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

#### PRESTAZIONI EROGATE

Nel 2004, sono state erogate dai servizi di medicina legale più di 35.000 prestazioni tra visite ambulatoriali e domiciliari, accertamenti sanitari e procedure amministrative.

Tabella 45: **Prestazioni erogate nell'interesse o su richiesta del privato dai servizi di medicina legale - Settore di Medicina legale - Anno 2004**

Tipologia di prestazioni	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Consulenza in tema di accertamento e valutazione del danno alla persona in ambito previdenziale, assicurativo sociale e privato, con relazione, in caso di particolare complessità. Perizie medico-legali	5	-	-	-	5
Visita con certificazione medico legale. Contrassegni parcheggio invalidi	299	167	47	-	513
Visita con certificazione medico-legale. Certificati a privati (es. servizio di leva, ecc..)	14	43	2	-	59
Visita medica di controllo dei lavoratori, visita domiciliare di controllo in giorno ferialo per accertamento dell'inidoneità al lavoro e dell'incapacità temporanea al lavoro per malattia o infortunio dei lavoratori dipendenti del settore privato (Deliberazione della G.P. 21.01.2002, n.130)	499	109	40	67	715
Visita medica di controllo dei lavoratori, visita ambulatoriale dei lavoratori dipendenti del settore privato (Deliberazione della G.P. 21.01.2002, n.130)	-	166	3	34	203
Accertamenti di idoneità o inidoneità temporanea o permanente al lavoro, previsti da leggi o regolamenti dello Stato, della Regione o della Provincia, richieste da ditte private. Visite collegiali consultive con relazione scritta	40	3	-	-	43
Accertamenti di idoneità o inidoneità temporanea o permanente al lavoro, previsti da leggi o regolamenti dello Stato, della Regione o della Provincia, richieste da ditte private. Visite anamnestiche precollegiali con relazione scritta	20	-	-	-	20
Visite collegiali per ospedalizzazione a domicilio (*)	122	-	7	-	129
<b>TOTALE</b>	<b>999</b>	<b>488</b>	<b>99</b>	<b>101</b>	<b>1.687</b>

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

Fonte: aziende sanitarie – servizi di medicina legale

Tabella 46: **Prestazioni erogate nell'interesse o su richiesta del privato dai servizi di medicina legale - Settore Assistenza invalidi - Anno 2004**

Tipologia di prestazioni	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Visite medico legali previste da leggi o regolamenti o richieste da enti pubblici o da privati, con relazione scritta (Visite per prescrizioni protesiche, collaudi, controlli per cure o ricoveri invalidi) (*)	3.052	1.037	-	-	4.089
Consulenza su atti e su documenti clinici (Autorizzazione prescrizione protesi/ausili/tutori) (**)	4.132	3.358	1.352	-	8.842
Visite collegiali per commissione extratariffario	120	38	55	24	237
<b>TOTALE</b>	<b>7.304</b>	<b>4.433</b>	<b>1.407</b>	<b>24</b>	<b>13.168</b>

(\*) Nelle AS di Bressanone e Brunico queste visite medico legali vengono effettuate anche da altri servizi aziendali

(\*\*) Nell'AS di Brunico queste consulenze medico legali vengono effettuate da altri servizi aziendali

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

Tabella 47: **Prestazioni erogate nell'interesse o su richiesta del privato dai servizi di medicina legale - Settore Commissione invalidi - Anno 2004**

<b>Tipologia di prestazioni</b>	<b>Bolzano</b>	<b>Merano</b>	<b>Bressanone</b>	<b>Brunico</b>	<b>Totale</b>
Visite domiciliari per accertamento invalidità civile	141	124	18	43	326
Visite collegiali ambulatoriali per accertamento invalidità civile	2.487	1.312	825	791	5.415
Visite collegiali ambulatoriali per accertamento gravità dell'handicap (l. 104/92)	376	237	127	68	808
Visite collegiali ambulatoriali per il collocamento al lavoro invalidi (l. 68/99)	198	109	54	42	403
Visite collegiali ambulatoriali per accertamento cecità (*)	123	-	-	-	123
Visite collegiali ambulatoriali per accertamento sordomutismo (*)	7	-	-	-	7
Revisioni straordinarie	-	-	-	4	4
D.P.R. 698 (postmortem)	27	3	10	5	45
<b>TOTALE</b>	<b>3.359</b>	<b>1.785</b>	<b>1.034</b>	<b>953</b>	<b>7.131</b>

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

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

Tabella 48: **Prestazioni effettuate su iniziativa dei servizi di medicina legale o erogate nell'interesse o su richiesta di enti pubblici - Anno 2004**

<b>Tipologia di prestazioni</b>	<b>Bolzano</b>	<b>Merano</b>	<b>Bressanone</b>	<b>Brunico</b>	<b>Totale</b>
Consulenza in tema di accertamento e valutazione del danno alla persona in ambito previdenziale, assicurativo, sociale e privato, con relazione. Sinistri, richiesta risarcimento danni	117	-	-	-	117
Consulenza su atti e su documenti clinici. Ricoveri urgenti all'estero. Pareri sul TFR. Pareri su Iperbarico	435	-	-	-	435
Consulenza su atti e su documenti clinici, in caso di particolare complessità. Pareri, consulenze	170	12	-	-	182
Visita con certificazione medico legale. Certificati richiesti da pubbliche amministrazioni (INPDAP, Provincia Autonoma di Bolzano, ecc.) (*)	78	-	-	-	78
Visita medica di controllo dei lavoratori, visita domiciliare di controllo in giorno ferialo per accertamento dell'inidoneità al lavoro e dell'incapacità temporanea al lavoro per malattia o infortunio dei lavoratori dipendenti del settore pubblico (Deliberazione della G.P. 21.01.2002, n. 130)	1.357	321	174	86	1.938
Visita medica di controllo dei lavoratori, visita ambulatoriale di controllo in giorno ferialo dei lavoratori dipendenti del settore pubblico (Deliberazione della G.P. 21.01.2002, n. 130)	3	46	7	12	68
Accertamenti di idoneità o inidoneità temporanea o permanente al lavoro, dispensa dal servizio, causa di servizio, equo indennizzo previsti da leggi o regolamenti dello Stato, della Regione o della Provincia, richieste da enti pubblici. Visite collegiali consultive con relazione scritta	184	17	-	1	202
Accertamenti di idoneità o inidoneità temporanea o permanente al lavoro, previsti da leggi o regolamenti dello Stato, della Regione o della Provincia, richieste da amministrazioni pubbliche. Visite anamnestiche precollegiali con relazione scritta (*)	65	-	-	-	65
<b>TOTALE</b>	<b>2.409</b>	<b>396</b>	<b>181</b>	<b>99</b>	<b>3.085</b>

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

Fonte: aziende sanitarie – servizi di medicina legale

Oltre alle prestazioni riportate nelle tabelle, il servizio di Medicina Legale dell'Azienda Sanitaria di Bolzano ha effettuato 6.179 accertamenti sanitari collegiali per il rilascio, revisione o rinnovo della patente a persone con problemi psicofisici (commissione medica patenti) e ha eseguito, inoltre, 4.390 consulenze medico-legali su atti e documenti clinici (controllo ticket).

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

Tabella 49: **Prestazioni medico-legali effettuate dai servizi di igiene e sanità pubblica - Anno 2004**

Attività effettuate	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico
Accertamenti sanitari per il porto d'arma	160	41	27	-
Visite per patenti di guida veicoli e natanti	5.938	1.071	1.090	-
Visite per cessione del quinto	53	2	3	-
Visite per certificati di sana costituzione ed idoneità all'impiego	938	287	153	-
Visite per rilascio libretto di lavoro a minorenni	86	54	9	-
Visite per rilascio / rinnovo libretto di idoneità sanitaria	844	350	287	-

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

Tabella 50: **Prestazioni medico-legali effettuate dai medici igienisti distrettuali - Anno 2004**

Attività effettuate	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico
Visite per patenti di guida veicoli e natanti	7.731	6.302	3.584	5.271
Visite per cessione del quinto			n.d.	3
Visite per certificati di sana costituzione ed idoneità all'impiego	1.483*	871*	341	1.014
Accertamenti sanitari per il porto d'arma		565	246	427
Visite per rilascio / rinnovo libretto di idoneità sanitaria	761	759	292	659

\*Questo dato comprende i certificati di sana costituzione, gli accertamenti per il porto d'arma e le visite per cessione del quinto

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

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

### 1.7.2. Attività dei servizi di medicina dello sport

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

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

SERVIZI DI IGIENE E  
SANITÀ PUBBLICA

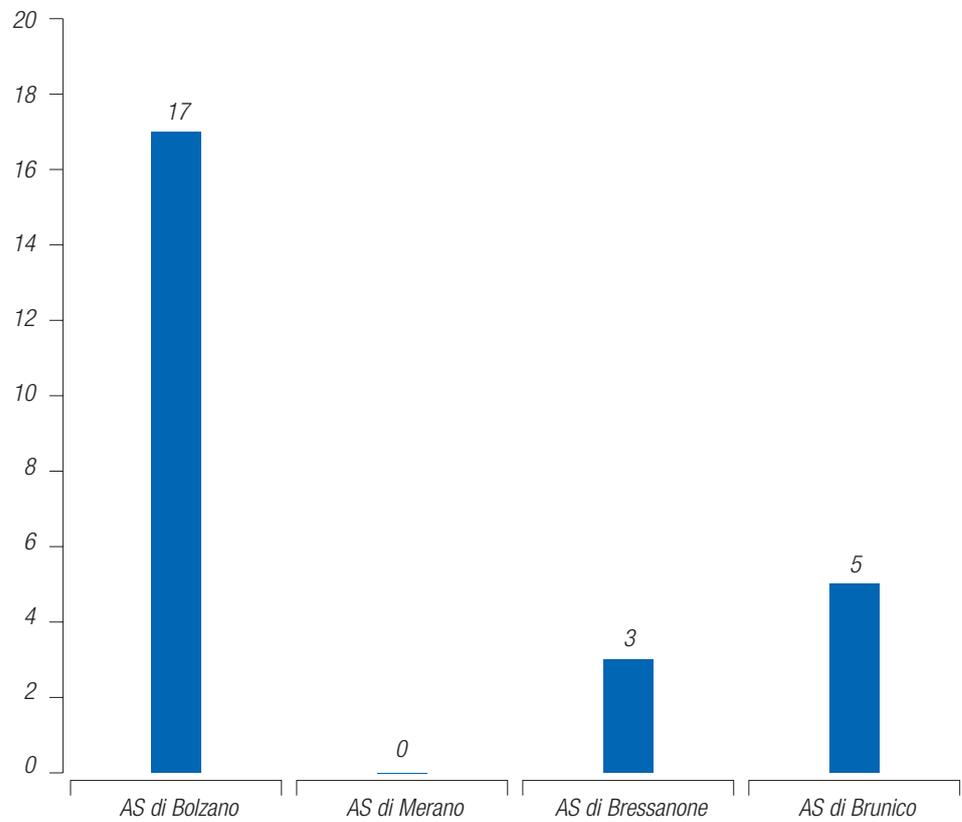
COMPITI DEI SERVIZI DI  
MEDICINA DELLO SPORT

ORGANIZZAZIONE DEI  
SERVIZI DI MEDICINA  
DELLO SPORT

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

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

Figura 9: Atleti risultati non idonei allo svolgimento di attività sportiva agonistica - Anno 2004



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

Nel 2004 sono state effettuate complessivamente 19.502 visite finalizzate all'accertamento dell'idoneità per l'attività sportiva agonistica: 25 atleti agonisti sono risultati non idonei dopo tali visite.

Tabella 51: Prestazioni erogate dai servizi di medicina dello sport per tipologia ed azienda sanitaria - Anno 2004

Tipologia di prestazioni	Bolzano	Merano*	Bressanone	Brunico	Totale
Certificati per gli sport agonistici di cui alla tab.a del d.m. 18.02.82 (incluso: visita medica, esame delle urine, ECG)	963	27	225	230	1.445
Certificati per gli sport agonistici di cui alla tab.b del d.m. 18.02.82 (incluso: visita medica, esame delle urine, spirometria semplice, ECG con test da sforzo dei due gradini di master)	6.726	5.887	2.290	2.826	17.729
Certificati per gli sport agonistici di cui alla tab.b del d.m. 18.02.82 con test da sforzo cardiovascolare con cicloergometro (incluso: visita medica, esame delle urine, spirometria semplice, elettrocardiogramma con test da sforzo con cicloergometro)	- <sup>+</sup>	-	286	42	328
Test di valutazione funzionale con cicloergometro (o con pedana mobile o con cardiofrequenzimetro) con curva del lattato (incluso: ECG di base, ECG sotto sforzo, misurazione della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, prelievi capillari seriati del lattato, calcolo della soglia aerobica ed anaerobica, relazione conclusiva con consigli per l'allenamento)	168	-	-	124	292
Test di valutazione funzionale con cicloergometro (o con pedana mobile o con cardiofrequenzimetro) con misurazione diretta del consumo di ossigeno (incluso: ECG di base, ECG sotto sforzo, misurazione della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, misurazione dei parametri ventilatori: VO <sub>2</sub> , VO <sub>2</sub> /Kg, VCO <sub>2</sub> , VE, quoziente respiratorio, calcolo del VO <sub>2</sub> max, della max potenza aerobica ed anaerobica, della soglia aerobica ed anaerobica, relazione conclusiva con consigli per l'allenamento)	89	-	-	24	113
Check up medico sportivo (incluso: visita medica, esame urine, spirometria semplice, ECG con test da sforzo al cicloergometro, relazione conclusiva)	761	-	21	41	823
Test di valutazione funzionale con cicloergometro (o con pedana mobile o con cardiofrequenzimetro) con misurazione diretta del consumo di ossigeno e curva del lattato	89	-	-	32	121
Jump – test (test da sforzo con determinazione di forza esplosiva, forza reattiva, elasticità muscolare, potenza e capacità lattacida e alattacida)	45	-	-	-	45
Anamnesi e valutazione, definite brevi – storia e valutazione abbreviata. Visita successiva alla prima.	934	-	-	39	973
Consulto, definito complessivo	795	-	-	86	881
Spirometria semplice	87	-	416	55	558
Test da sforzo dei due gradini di masters	-	-	-	-	-
Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro	50	-	280	32	362
Elettrocardiogramma dinamico – dispositivi analogici (holter)	-	-	53	-	53
Elettrocardiogramma (ECG)	115	-	491	54	660
Acido lattico	1.938	-	6	65	2.009
Valutazione monofunzionale – con scala psicocomportamentale. Bilancio pretrattamento dei disturbi comunicativi e del linguaggio, somministrazione di test delle funzioni linguistiche	727	-	-	377	1.104
Valutazione dietetica. Terapia dietetica – stesura del programma nutrizionale. Controllo terapia dietetica. Per seduta	-	-	-	100	100
Valutazione ortottica	108	-	-	53	161

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

+ Codice non in uso nel servizio di Medicina dello sport di Bolzano

Fonte: aziende sanitarie – servizi di medicina dello sport

## 1.8. ATTIVITÀ DEL SERVIZIO PNEUMOLOGICO

Il servizio Interaziendale Pneumologico ha effettuato, nel corso del 2004, 12.096 visite ambulatoriali e circa 1.000 visite domiciliari; sono state eseguite, inoltre, prove ed esami diagnostici, test allergologici, trattamenti farmacologici ed interventi di rieducazione respiratoria.

### ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO PNEUMOLOGICO

Il servizio Pneumologico è un servizio interaziendale che ha sede centrale a Bolzano e dispone di una rete specialistica diffusa su tutto il territorio provinciale, dotata di specifici ambulatori decentrati a Egna, Merano, Silandro, Bressanone e Brunico.

### COMPITI DEL SERVIZIO PNEUMOLOGICO

Le attività del servizio Pneumologico Interaziendale sono finalizzate alla prevenzione, diagnosi e trattamento delle malattie dell'apparato respiratorio, all'assistenza domiciliare respiratoria, alla lotta contro la tubercolosi ed il tabagismo.

Il servizio effettua la profilassi e le vaccinazioni contro la tubercolosi, le indagini ed esami mirati alla ricerca delle fonti di contagio, le diagnosi ambulatoriali di primo livello in relazione alle malattie polmonari e la relativa terapia ambulatoriale, la ricerca epidemiologica. Il servizio svolge attività di consulenza pneumologica su richiesta negli ospedali di Merano, Silandro, Bressanone e Brunico. Effettua, inoltre, assistenza domiciliare in pazienti con insufficienza respiratoria cronica in ossigenoterapia e ventiloterapia, educazione alla salute con riferimento alle malattie respiratorie (corsi per pazienti asmatici e con problemi respiratori cronici, collaborazione in campagne di educazione di massa e progetti nelle scuole contro il tabagismo), attività di consulenza per fumatori per la disaffezione del fumo, interventi di riabilitazione respiratoria.

### PRESTAZIONI EROGATE

Il servizio Interaziendale Pneumologico ha effettuato, nel corso del 2004, 12.096 visite ambulatoriali e circa 1.000 visite domiciliari. Si rileva un forte aumento dei test di broncodilazione eseguiti (1.434 nel 2004 contro i 472 effettuati nel 2003, +203,8%), ed un incremento delle spirometrie con volume residuo (+71,4%) e delle pulsossimetrie (+19,5%).

Tabella 52: Prestazioni erogate dal servizio Interaziendale Pneumologico - Anno 2004

	Bolzano	Egna	Merano	Silandro	Bressanone	Brunico	Totale
Visita in ambulatorio	6.931	574	2.015	704	710	1.162	12.096
Consulenze pneumologiche ospedaliere	-	-	30	2	23	34	89
Spirometria globale	51	-	-	-	-	-	51
Polisonnogramma	19	-	-	-	-	15	34
Ergospirometria (bici)	2	-	-	-	-	-	2
Spirometria semplice (FV)	1.772	220	664	264	171	252	3.343
Spirometria con volume residuo	27	3	36	12	1	17	96
Test di broncodilatazione	735	101	288	143	52	115	1.434
Test di broncoostrizione	112	-	27	-	-	3	142
Test di capacità di diffusione (DLCO)	78	5	59	3	11	35	191
Esame allergologico completo	356	80	119	56	25	15	651
Drenaggio posturale	343	-	-	-	-	-	343
Aerosol con farmaci	265	-	-	-	-	-	265
Esercizi respiratori	647	-	-	-	-	-	647
Test Pe Max-Pi Max	29	-	12	-	-	-	41
Visita a domicilio del medico	39	-	21	6	5	-	71
Visita a domicilio dell'assistente sanitaria	331	58	164	58	134	195	940
Pulsossimetria	1.126	194	523	260	352	346	2.801
Test da sforzo	103	-	31	4	-	3	141
Prelievo arterioso	609	99	198	88	155	47	1.196
Emogasanalisi	609	-	-	-	-	-	609
Toracentesi	-	-	-	-	-	-	-
Agopuntura	70	-	-	-	-	-	70
<b>TOTALE</b>	<b>14.254</b>	<b>1.334</b>	<b>4.187</b>	<b>1.600</b>	<b>1.639</b>	<b>2.239</b>	<b>25.253</b>
RX torace standard	6.018	272	718	331	-	-	7.339
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>20.272</b>	<b>1.606</b>	<b>4.905</b>	<b>1.931</b>	<b>1.639</b>	<b>2.239</b>	<b>35.592</b>

\*Fonte: servizio Interaziendale Pneumologico



## 2. ASSISTENZA DISTRETTUALE

La Provincia di Bolzano é divisa in 20 distretti sanitari, formati di regola dall'aggregazione di 4-6 comuni, con una popolazione compresa tra i 15.000 e 20.000 abitanti (tranne il distretto di Bolzano con circa 100.000 abitanti). Ciascun distretto ha una sede principale, a cui possono aggiungersi più punti di riferimento dislocati nel territorio.

Per la realizzazione del programma di investimenti finalizzati alla realizzazione e/o all'ammodernamento degli edifici delle sedi e dei punti di riferimento di distretto, dal 1993 ad oggi la Giunta Provinciale ha impegnato circa 98.000.000 Euro, a fronte di una spesa totale programmata di circa 130.000.000 Euro. Tutti i distretti e i relativi punti di riferimento sono stati attivati; per quelli ancora sprovvisti di edifici costruiti o ristrutturati per le esigenze specifiche esistono sistemazioni provvisorie, che consentono un livello di operatività soddisfacente.

Nel 2004 è stata terminata la realizzazione degli edifici della sede comune del punto di riferimento di Caldaro e della sede provvisoria del distretto S.Quirino/Gries a Bolzano.

Le sedi costruite a partire dal 1994 ospitano insieme i distretti sanitari ed i distretti sociali.

Tabella 1: **Distretti sanitari con indicazione delle sedi e dei punti di riferimento e dello stato di realizzazione dei relativi edifici - Situazione al 31/12/2004**

<i>Aziende</i>	<i>Distretti</i>	<i>Sedi distretto attivate</i>	<i>Stato edifici di sede</i>	<i>Sedi punti di riferimento</i>	<i>Stato edifici punto di riferimento</i>
<b>Bolzano</b>	<i>Val Gardena</i>	<i>Ortisei</i>	<i>Realizzato</i>		
	<i>Val d'Ega-Sciliar</i>	<i>Cardano</i>	<i>Realizzato</i>	<i>Nova Levante</i>	<i>Realizzato</i>
				<i>Nova Ponente</i>	<i>Realizzato</i>
				<i>Fiè</i>	<i>In progettazione</i>
	<i>Salto-Val Sarentino-Renon</i>	<i>Bolzano</i>	<i>Realizzato</i>	<i>Castelrotto</i>	<i>Nessun progetto</i>
				<i>Sarentino</i>	<i>Realizzato</i>
				<i>Renon</i>	<i>Realizzato</i>
	<i>Oltradige</i>	<i>Appiano</i>	<i>Realizzato</i>	<i>Meltina</i>	<i>Realizzato</i>
				<i>Terlano</i>	<i>Realizzato</i>
	<i>Laives-Bronzolo-Vadena</i>	<i>Laives</i>	<i>Realizzato</i>		
<i>Egna</i>				<i>Realizzato</i>	
<i>Bolzano</i>				<i>Don Bosco</i>	<i>Realizzato</i>
				<i>Europa</i>	<i>Realizzato</i>
				<i>Centro-Rencio</i>	<i>Realizzato</i>
				<i>S. Quirino/Gries</i>	<i>In progettazione</i>
				<i>Oltrisarco</i>	<i>Realizzato</i>
<b>Merano</b>	<i>Alta Val Venosta</i>	<i>Malles</i>	<i>Realizzato</i>	<i>Prato</i>	<i>Realizzato</i>
	<i>Media Val Venosta</i>	<i>Silandro</i>	<i>Realizzato</i>		
	<i>Naturno-circondario</i>	<i>Naturno</i>	<i>In fase di realizzazione sede unica</i>		
	<i>Lana-circondario</i>	<i>Lana</i>	<i>Realizzato</i>	<i>S. Valburga</i>	<i>Nessun progetto</i>
	<i>Merano-circondario</i>	<i>Merano</i>	<i>Realizzato</i>		
<i>Val Passiria</i>	<i>S. Leonardo</i>	<i>Realizzato</i>			
<b>Bressanone</b>	<i>Alta Valle Isarco</i>	<i>Vipiteno</i>	<i>In progettazione</i>		
	<i>Bressanone-circondario</i>	<i>Bressanone</i>	<i>In progettazione</i>	<i>Rio Pusteria</i>	<i>Realizzato</i>
				<i>Chiusa-circondario</i>	<i>Chiusa</i>
<b>Brunico</b>	<i>Tures-Aurina</i>	<i>Tures</i>	<i>Realizzato</i>		
	<i>Brunico-circondario</i>	<i>Brunico</i>	<i>Realizzato</i>	<i>Valdaora</i>	<i>Realizzato</i>
	<i>Alta Val Pusteria</i>	<i>S. Candido</i>	<i>Realizzato</i>	<i>Monguelfo</i>	<i>Sospesa la progettazione</i>
	<i>Val Badia</i>	<i>S. Martino</i>	<i>Realizzato</i>		

Fonte: PAB - Ufficio Distretti sanitari

**DISLOCAZIONE  
TERRITORIALE DELLE  
PRESTAZIONI EROGABILI  
NEI DISTRETTI**

Le tipologie di prestazioni erogabili nei distretti sono molto differenti tra le diverse strutture: l'offerta dipende dall'azienda sanitaria a cui i distretti fanno riferimento e viene tarata in base alle esigenze riscontrate nella popolazione insediata nel territorio. La tipologia e la diffusione dei servizi offerti dai distretti è molto variabile. Accanto ad un nucleo di servizi "minimi interni", offerti ed organizzati cioè da tutti i distretti delle aziende sanitarie, quali i servizi amministrativi, infermieristici ambulatoriali e domiciliari, centri prelievi e consultori pediatrici, vi sono servizi "minimi esterni", ovvero offerti da tutti o dalla maggior parte dei distretti delle aziende sanitarie, ma organizzati dai responsabili dei servizi specialistici a cui afferiscono e dipendono, ovvero i servizi dietetico nutrizionali, i servizi di riabilitazione, i servizi psichiatrici e quelli psicologici.

Tabella 2: Prestazioni erogabili nei distretti sanitari dell'Azienda Sanitaria di Bolzano (escluso distretto sanitario di Bolzano) - Anno 2004

Distretti	Comuni o frazioni	Prestazioni erogabili nei distretti																						
		Amministrative	Prelievi	Inferm. ambulatoriali	Inferm. domiciliari	Consult. pediatriche (*)	Consult. ostetrico/ginecol. (**)	Dietetico nutrizionali (***)	Riabilitative (1)	Odontoiatriche	Radiologiche	Pneumologiche	Medicina del lavoro	Medicina dello sport	Oculistiche	Neuropsich. infantile	Psichiatriche	Psicologiche	Serv. Igiene e Sanità Pubbl. ECG	Amb. Cardiologico	Amb. Reumatologico	Servizio Vaccinazioni	Amb. Urologico	
Val Gardena	Ortisei	X	X	X	X	Pa	Go	d	X	X			X	X		X	X	X						
	Selva				X	a	Go																	
Val d'Ega-Sciliar	Cardano	X	X	X	X	Pa	Go	d	X	X			X					X						X
	Castelrotto	X	X	X	X	Pa	Go	d	X															
	Fiè	X	X	X	X	Pa																		
	Nova Levante	X	X	X	X	Pa	G		X															
Salto-Val Sarentino-Renon	Nova Ponente	X	X	X	X	Pa		X									X	X						
	Collalbo	X	X	X	X	Pa	G	d	X									X						
	Meltina	X		X	X	Pa	G	d	X															
	S. Genesio			X	X	Pa	G	d	X															
	Sarentino	X	X	X	X	Pa	G	d	X								X	X						
Oltradige	Appiano S. Michele	X	X	X	X	a	Go	d	X	X				X		X	X						X	X
	Caldaro	X	X	X	X	a	Go	d																
	Cornaiano			X		a																		
	San Paolo					a																		
	Terlano	X	(2)	X	X	a	Go	d																
Laives-Bronzolo-Vadena	Laives	X	(2)	X	X	a	Go	d	X	X							X	X	X	X			X	X
	Bassa Atesina	X	X	X	X	a	Go	d	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						X
Bassa Atesina	Aldino			X	X	a																		
	Anterivo				X																			
	Cortaccia			X	X	a																		
	Cortina a/A				X	X																		
	Laghetti				X	X																		
	Magrè					X																		
	Montagna					X																		
	Ora				X	X	a	Go																
	Salorno				X	X	a																	
	Termeno					X	a																	
	Trodèna				X	X	a	o																

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

(1) Comprendono fisioterapia, logopedia, ergoterapia e massaggi; (2) Prelievi a domicilio

Per il distretto di Bolzano vedi tab. 3

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano

TABELLE DI SINTESI  
DELLE TIPOLOGIE DI  
PRESTAZIONI NEI  
DISTRETTI

Tabella 3: Prestazioni erogabili nel distretto sanitario di Bolzano dell'Azienda Sanitaria di Bolzano - Anno 2004

Distretti	Comuni o frazioni	Prestazioni erogabili nei distretti																					
		Amministrative	Prelievi	Inferm. ambulatoriali	Inferm. domiciliari	Consult. pediatriche (*)	Consult. ostetrico/ginecol. (**)	Dietetico nutrizionali (***)	Riabilitative (1)	Odontoiatriche	Radiologiche	Oculistiche	ECG	Amb. Cardiologico	Amb. Reumatologico	Amb. di Dermatologia	Amb. di Ortopedia	Amb. di Otorinolaringoiatria	Amb. di Neurologia	Amb. di Oncologia	Amb. di Diabetologia	Amb. di Urologia	Amb. di Agopuntura
Bolzano	Gries-S. Quirino <sup>o</sup>	X		X	X	a	Dd	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Centro-Piani-Rencio	X	X	X	X	a	Go	X														X	
	Don Bosco	X		X	X	a	Go	d	X	X	X											X	
	Europa	X	X	X	X	a	Go	d	X	X												X	
	Oltrisarco	X	X	X	X	a	o																

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

(1) Comprendono fisioterapia, logopedia, ergoterapia e massaggi

<sup>o</sup> Chiuso nel 2004 per lavori di ristrutturazione

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano

Vi sono inoltre “servizi unici”, offerti attualmente da un'unica azienda nei distretti sanitari o addirittura da un unico distretto di un'azienda: è il caso ad esempio dell'ambulatorio cardiologico e reumatologico di Gries – S. Quirino (distretto di Bolzano), del servizio vaccinazioni presente ad Appiano (Oltradige), Laives e a Lana o quello di enterostomia presente solamente nei distretti sanitari dell'Azienda Sanitaria di Merano.

Nelle Tabelle 2, 3, 4, 5 e 6 vengono riportate le tipologie di prestazioni erogate da ogni distretto distintamente per azienda sanitaria.

Relativamente all'Azienda Sanitaria di Bolzano le tipologie di prestazioni vengono illustrate in due tabelle distinte (Tabella 2 e 3) per la specificità delle prestazioni erogate nel distretto di S. Quirino Gries.

Fanno parte integrante dell'offerta di servizi sanitari del distretto di S. Quirino Gries, sito in via Amba Alagi, infatti, le prestazioni specialistiche di odontoiatria, dermatologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, neurologia, oncologia, diabetologia, urologia ed agopuntura in passato erogate dai poliambulatori specialistici ospedalieri di via Amba Alagi gestiti prima dalla Direzione Medica Ospedaliera ora dal Servizio di Medicina di Base. Nel distretto sanitario di Merano vengono, inoltre, offerte prestazioni specialistiche nell'ambito neurologico, dermatologico e della terapia del dolore.

Tabella 4: Prestazioni erogabili nei distretti dell'Azienda Sanitaria di Merano - Anno 2004

Distretti	Comuni o frazioni	Prestazioni erogabili nei distretti																					
		Amministrative	Prelievi	Inferm. ambulatoriali	Inferm. domiciliari	Consult. pediatriche (*)	Consult. ostetrico/ginecol. (**)	Dietetico nutrizionali (***)	Riabilitative	Odontoiatriche	Enterostomia	Neuropsich. infantile	Psichiatriche	Psicologiche	Dermatologiche	Ufficio invalidi civili	Serv. dipendenze	Serv. Igiene e Sanità Pubbl.	Linfodrenaggio	Amb. Neurologico	Consulenza genetica	Terapia del dolore	
Alta Val Venosta	Malles	X	X	X	X	a	Go	d	X	X	X	X	X	X	X								
	Burgusio				X																		
	Curon			X	X	X																	
	Glorenza				X	X																	
	Mazia				X	X																	
	Prato a.Stelvio	X	X	X	X	a		d															
	Resia				X	X																	
	Sluderno			X	X																		
	Stelvio			X	X	X																	
Tubre				X	X																		
Media Val Venosta	Silandro	X		X	X	a		d	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Castelbello			X	X	X	a																
	Laces			X	X	X	a																
	Lasa			X	X	X	a																
Naturno-circondario	Naturno	X	X	X	X	a	Go	d		X	X				X								
	Certosa			X	X																		
	Madonna			X	X		a																
	Parcines			X	X	a		d															
	Plaús			X	X																		
	Rablà			X	X																		
Lana-circondario	Lana	X	X	X	X	a	Go	d	X	X	X				X		X						
	Cermes			X																			
	Gargazzone			X	X																		
	Lauregno	X	X	X	X			d															
	Postal			X	X			d															
	Proves	X		X	X	Pa		d				X											
	S.Pancrazio	X			X	Pa		d															
	San Felice	X	X	X	X			d															
	Tesimo				X	a																	
Merano-circondario	Ultimo	X	X	X	X	Pa		d															
	Merano	X		X	X	a	Go	Dd	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
	Lagundo			X	X																		
	Marlengo			X	X																		
	Rifiano			X	X	a																	
	Scenna			X	X																		
	Tirolo			X	X																		
	Verano			X	X	a																	
Val Passiria	S.Leonardo	X	X	X	X	Pa	Go	d	X	X	X	X	X			X							
	Moso			X	X	Pa		d	X						X								
	S.Martino			X	X	Pa		d	X														

(\*) P=pediatra; a=assistente sanitaria; (\*\*) G=ginecologo; o=ostetrica

(\*\*\*) D=dietologo; d=dietista

Fonte: Azienda Sanitaria di Merano

Tabella 5: Prestazioni erogabili nei distretti dell'Azienda Sanitaria di Bressanone - Anno 2004

Distretti	Comuni o frazioni	Prestazioni erogabili nei distretti										
		Amministrative	Prelievi	Inferm. ambulatoriali	Inferm. domiciliari	Consult. pediatriche (*)	Consult. ostetrico/ginecol. (**)	Dietetico nutrizionali (***)	Riabilitative	Odontoiatriche	Psichiatriche	Psicologiche
<b>Alta Valle Isarco</b>	<b>Vipiteno</b>	X		X	X	Pa		d				X
	Brennero					X						
	Campo di Trens					X						
	Colle Isarco			X	X	a						
	Fortezza			X	X							
	Racines					X						
	Val di Vizze					X						
<b>Bressanone-circondario</b>	<b>Bressanone</b>	X		X	X	a		d				
	Luson			X	X	a						
	Naz-Sciaves				X							
	Rio di Pusteria	X	X	X	X	a		d				
	Rodengo					X						
	S.Andrea			X	X	a						
	Vandoies			X	X	a						
<b>Chiusa-circondario</b>	<b>Chiusa</b>	X	X	X	X	Pa	Go	d		X	X	X
	Barbiano			X	X							
	Funes			X	X							
	Gudon			X	X							
	Laion			X	X	a			X			
	Latzons			X	X				X			
	Ponte Gardena				X							
	Velturmo				X	a						
	Villandro			X	X							

(\*) P=pediatra; a=assistente sanitaria

(\*\*) G=ginecologo; o=ostetrica

(\*\*\*) D=dietologo; d=dietista

Fonte: Azienda Sanitaria di Bressanone

Tabella 6: Prestazioni erogabili nei distretti dell'Azienda Sanitaria di Brunico - Anno 2004

Distretti	Comuni o frazioni	Prestazioni erogabili nei distretti											
		Amministrative	Prelevi	Inf. ambulatoriali	Inferm. domiciliari	Cons. pediatriche (*)	Cons. ostetr./gin. (**)	Dietetico Nutriz.li (***)	Riabilitative	Logopediche	Psicologiche	Ergoterapie	Servizio veterinario
<b>Tures-Aurina</b>	<b>Campo Tures</b>	X	X	X	X	a	G	d	X	X	X	X	X
	Acereto			X	X								
	Cadipietra			X	X								
	Lappago			X	X								
	Lutago			X	X								
	Molini di Tures			X	X								
	Pedroi			X	X								
	Riobianco			X	X								
	Riva di Tures			X	X								
	San Giovanni			X	X								
	San Pietro			X	X								
	Selva dei Molini			X	X								
<b>Brunico-circondario</b>	<b>Brunico</b>	X		X	X	a		d					X
	Anterselva di Mezzo			X	X								
	Anterselva di Sotto			X	X								
	Casteldarne			X	X								
	Chienes			X	X	a							
	Falzes			X	X	a							
	Gais			X	X								
	Perca			X	X								
	Rasun di Sotto			X	X	a							
	Riscone			X	X								
	San Giorgio			X	X								
	San Lorenzo di Sebato			X	X								
	Sorafurcia			X	X								
	Terento			X	X								
	Valdaora di Mezzo		X	X	X	a							
	Valdaora di Sotto			X	X								
	Villa Ottone			X	X								
<b>Alta Val Pusteria</b>	<b>San Candido</b>	X		X	X	a		d					
	Braies			X	X								
	Colle/Casies			X	X								
	Dobbiaco			X	X	a							
	Monguelfo			X	X	Pa							
	S.ta Maddalena/Casies			X	X								
	San Martino/Casies			X	X								
	Sesto			X	X	a							
	Tesido			X	X								
	Villabassa			X	X	a							
<b>Val Badia</b>	<b>San Martino in Badia</b>	X	X	X	X	Pa	G	d	X	X	X	X	X
	Antermoia			X	X								
	Corvara			X	X								
	La Valle			X	X								
	Longiarü			X	X								
	Pedracces		X	X	X								
	San Cassiano			X	X								
	San Leonardo					a							
	San Vigilio			X	X								

(\*) P=pediatra; a=assistente sanitaria

(\*\*) G=ginecologo; o=ostetrica; (\*\*\*) D=dietologo; d=dietista

Fonte: Azienda Sanitaria di Brunico

## 2.1. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

### DATI GENERALI DI

#### SINTESI

La popolazione assistibile dal Servizio Sanitario Provinciale nel 2004 ammontava a 468.906 persone delle quali 89,3% in carico ai medici di medicina generale. La dotazione di medici si attestava a 249 medici di medicina generale e 51 pediatri. Il carico assistenziale medio per medico indica una certa variabilità legata anche alle condizioni territoriali. Considerando come rapporto ottimale un medico di medicina generale ogni 1.500 abitanti, si evidenzia un fabbisogno di medici soprattutto per il distretto di Bolzano, di Laives-Bronzolo-Vadena e di Alta Valle Isarco. Solo su 15 distretti è presente un pediatra di libera scelta.

La copertura assistenziale del medico di assistenza primaria nei confronti dei propri iscritti, è attivata dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e dalle ore 8.00 alle ore 10.00 dei giorni prefestivi infrasettimanali. La continuità assistenziale per le urgenze notturne, prefestive e festive negli orari diversi da quelli sopra indicati viene garantita secondo diverse modalità.

Il servizio stagionale di assistenza medica ai villeggianti viene attivato solo per l'Azienda Sanitaria di Bolzano e Brunico, mentre nell'Azienda Sanitaria di Bressanone l'assistenza ai villeggianti è garantita dalla normale reperibilità settimanale e del fine settimana dei medici di medicina generale dei singoli distretti.

### 2.1.1. Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta

Al 31 dicembre 2004 le persone registrate come assistibili del Servizio Sanitario Provinciale erano 468.906; di questi, circa 418 mila risultavano in carico ai medici di medicina generale ed altri 50 mila circa erano seguiti dai pediatri di libera scelta. Gli assistibili con età inferiore ai 14 anni erano 68.999, il 67,8% dei quali era seguito da un pediatra di libera scelta.

Tabella 7: Numero di scelte espresse in favore dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta per azienda sanitaria - Anno 2004

n. scelte in favore di:	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Medici medicina generale	187.117	107.800	59.088	64.630	418.635
Pediatri di libera scelta	21.818	14.121	7.595	6.737	50.271
<b>TOTALE SCELTE</b>	<b>208.935</b>	<b>121.921</b>	<b>66.683</b>	<b>71.367</b>	<b>468.906</b>

Fonte: aziende sanitarie

### LA SCELTA DEL MEDICO

#### DI BASE

Tabella 8: **Assistibili dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, per classe d'età e per azienda sanitaria - Anno 2004**

	Medicina generale		Pediatri libera scelta		Assistibili		Totale
	0-13	≥ 14	0-13	≥ 14	0-13	≥ 14	
Bolzano	8.869	178.248	20.015	1.803	28.884	180.051	208.935
Merano	4.802	102.998	13.229	892	18.031	103.890	121.921
Bressanone	3.252	55.836	7.198	397	10.450	56.233	66.683
Brunico	5.326	59.304	6.308	429	11.634	59.733	71.367
<b>PROVINCIA</b>	<b>22.249</b>	<b>396.386</b>	<b>46.750</b>	<b>3.521</b>	<b>68.999</b>	<b>399.907</b>	<b>468.906</b>

Fonte: aziende sanitarie

Al 31 dicembre 2004 i medici di base convenzionati con il Servizio Sanitario Provinciale erano complessivamente 300, ovvero 249 medici di medicina generale e 51 pediatri di libera scelta. Il calcolo del rapporto tra il numero di scelte effettuate ed il numero di medici fornisce il valore medio provinciale di 1.681 assistibili per medico di medicina generale e di 986 assistibili ogni pediatra di libera scelta.

Tabella 9: **Numero medio di assistibili per medico di medicina generale e per pediatra di libera scelta - Situazione al 31/12/2004**

Distretti/Aziende	Medici medicina generale			Pediatri libera scelta		
	Medici	Scelte	Carico medio	Pediatri	Scelte	Carico medio
Val Gardena	5	10.140	2.028	-	-	-
Val d'Ega-Sciliar	10	17.449	1.745	-	-	-
Salto-Val Sarentino-Renon	10	16.523	1.652	1	453	453
Oltradige	13	22.009	1.693	4	4.317	1.079
Laives-Bronzolo-Vadena	8	15.635	1.954	3	2.919	973
Bassa Atesina	13	20.214	1.555	3	2.391	797
Bolzano	52	85.147	1.637	11	11.738	1.067
<b>A.S. Bolzano</b>	<b>111</b>	<b>187.117</b>	<b>1.686</b>	<b>22</b>	<b>21.818</b>	<b>992</b>
Alta Val Venosta	8	14.229	1.779	1	1.116	1.116
Media Val Venosta	8	14.828	1.854	2	2.555	1.278
Naturno-circondario	5	9.066	1.813	1	1.177	1.177
Lana-circondario	12	19.435	1.620	2	2.442	1.221
Merano-circondario	28	41.761	1.491	7	6.831	976
Val Passiria	4	8.481	2.120	-	-	-
<b>A.S. Merano</b>	<b>65</b>	<b>107.800</b>	<b>1.658</b>	<b>13</b>	<b>14.121</b>	<b>1.086</b>
Alta Valle Isarco	8	15.996	2.000	1	1.195	1.195
Bressanone-circondario	19	29.714	1.564	5	4.450	890
Chiusa-circondario	7	13.378	1.911	3	1.950	650
<b>A.S. Bressanone</b>	<b>34</b>	<b>59.088</b>	<b>1.738</b>	<b>9</b>	<b>7.595</b>	<b>844</b>
Tures-Aurina	6	11.421	1.904	1	1.145	1.145
Brunico-circondario	19	28.482	1.499	6	5.592	932
Alta Val Pusteria	7	14.612	2.087	-	-	-
Val Badia	7	10.115	1.445	-	-	-
<b>A.S. Brunico</b>	<b>39</b>	<b>64.630</b>	<b>1.657</b>	<b>7</b>	<b>6.737</b>	<b>962</b>
<b>PROVINCIA</b>	<b>249</b>	<b>418.635</b>	<b>1.681</b>	<b>51</b>	<b>50.271</b>	<b>986</b>

Fonte: aziende sanitarie

La diversa distribuzione dei medici di base tra le aziende e all'interno dei distretti sanitari, legata anche alle condizioni territoriali, comporta una certa variabilità dell'indice di carico assistenziale medio per medico. Si rileva che solo in 15 distretti sanitari su 20 è operante almeno un pediatra di libera scelta.

**CARICO ASSISTENZIALE  
MEDIO PER MEDICO DI  
BASE**

Tabella 10: Medici di medicina generale, popolazione maggiore di 14 anni, rapporto abitanti/medici, stima del fabbisogno aggiuntivo di medici per distretto - Situazione al 31/12/2004

Distretti/Aziende	Numero medici	Abitanti età > 14	Abitanti per medico	Stima del fabbisogno aggiuntivo
Val Gardena	5	7.153	1.431	
Val d'Ega-Sciliar	10	15.294	1.529	0,2
Salto-Val Sarentino-Renon	10	14.481	1.448	
Oltradige	13	22.001	1.692	1,7
Laives-Bronzolo-Vadena	8	15.621	1.953	2,4
Bassa Atesina	13	18.756	1.443	
Bolzano	52	84.794	1.631	4,5
<b>A.S. Bolzano</b>	<b>111</b>	<b>178.100</b>	<b>1.605</b>	
Alta Val Venosta	8	12.691	1.586	0,5
Media Val Venosta	8	14.468	1.809	1,6
Naturno-circondario	5	8.523	1.705	0,7
Lana-circondario	12	18.383	1.532	0,3
Merano-circondario	28	42.169	1.506	0,1
Val Passiria	4	6.859	1.715	0,6
<b>A.S. Merano</b>	<b>65</b>	<b>103.093</b>	<b>1.586</b>	
Alta Valle Isarco	8	15.021	1.878	2,0
Bressanone-circondario	19	27.655	1.456	
Chiusa-circondario	7	12.726	1.818	1,5
<b>A.S. Bressanone</b>	<b>34</b>	<b>55.402</b>	<b>1.629</b>	
Tures-Aurina	6	10.206	1.701	0,8
Brunico-circondario	19	27.838	1.465	
Alta Val Pusteria	7	12.263	1.752	1,2
Val Badia	7	8.155	1.165	
<b>A.S. Brunico</b>	<b>39</b>	<b>58.462</b>	<b>1.499</b>	
<b>PROVINCIA</b>	<b>249</b>	<b>395.057</b>	<b>1.587</b>	

Fonte: aziende sanitarie

**IL FABBISOGNO DI  
MEDICI DI MEDICINA  
GENERALE**

Salvo eccezioni motivate, la normativa provinciale stabilisce quale rapporto ottimale un medico di medicina generale ogni 1.500 abitanti.

Il confronto tra rapporto effettivo e rapporto ottimale fornisce indicazioni di massima sulla carenza dei medici di medicina generale; se la differenza tra i due rapporti è positiva, vi è una carenza di medici. In tal modo si stima, per esempio, il fabbisogno aggiuntivo di 4,5 medici nel distretto sanitario di Bolzano, di 2,4 nel distretto di Laives-Bronzolo-Vadena, di 2,0 nel distretto di Alta Valle Isarco, di 1,7 nel distretto sanitario di Oltradige e 1,6 nel distretto di Media Val Venosta. C'è da precisare tuttavia che, nella stima qui effettuata, non si tiene conto delle diverse condizioni territoriali di alcuni distretti sanitari, né del fatto che dal numero complessivo di assistibili vengono esclusi i ricoverati in casa di riposo e nemmeno della possibilità, di mantenere il pediatra fino al compimento dei 16 anni; i risultati così ottenuti hanno pertanto un valore puramente indicativo e sovrastimano la reale carenza di medici di medicina generale.

Figura 1: Medici di medicina generale per n. di assistibili.  
Provincia di Bolzano - situaz. al 31/12/2004

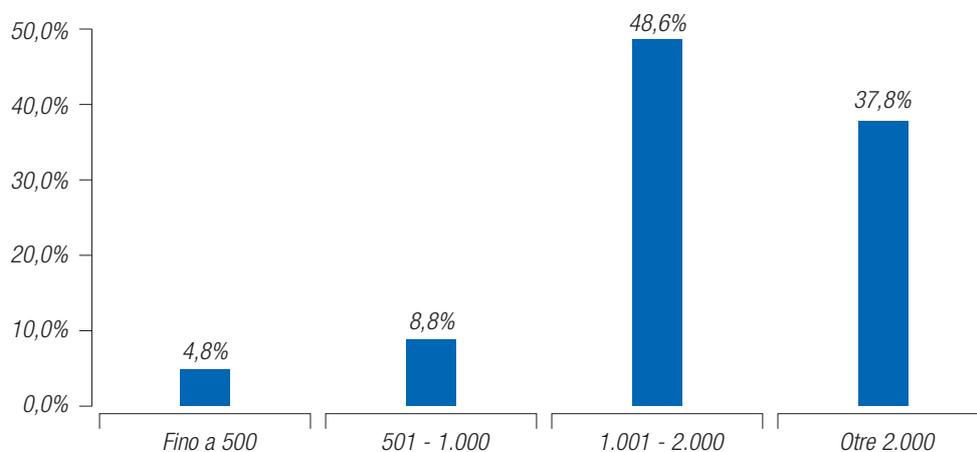


Figura 2: Pediatri di libera scelta per n. di assistibili.  
Provincia di Bolzano - situaz. al 31/12/2004

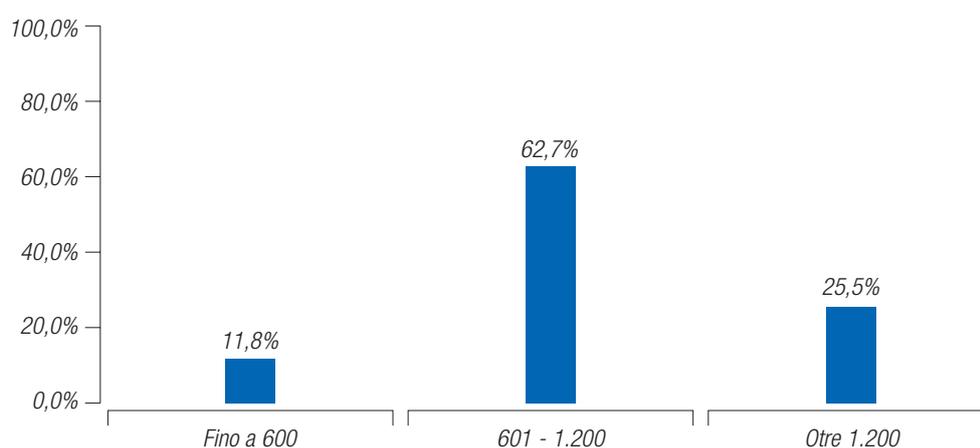


Tabella 11: Medici di medicina generale distribuiti per numero di assistibili per azienda sanitaria - Situazione al 31/12/2004

Classi di scelte	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Fino a 500	2	3	4	3	12
501 - 1.000	10	6	1	5	22
1.001 - 2.000	61	34	12	14	121
Oltre 2.000 scelte	38	22	17	17	94
<b>TOTALE MEDICI MEDICINA GENERALE</b>	<b>111</b>	<b>65</b>	<b>34</b>	<b>39</b>	<b>249</b>

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 12: Pediatri di libera scelta distribuiti per numero di assistibili per azienda sanitaria - Situazione al 31/12/2004

Classi di scelte	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Fino a 600	3	1	1	1	6
601 - 1.200	14	5	8	5	32
Oltre 1.200 scelte	5	7	0	1	13
<b>TOTALE PEDIATRI LIBERA SCELTA</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>51</b>

Fonte: aziende sanitarie

**CLASSI MASSIMALI DI  
SCELTE**

Al 31 dicembre 2004, il 37,8% dei medici di medicina generale superava il massimale di 2.000 assistiti.

Il massimale previsto per i pediatri di libera scelta, di 1.200 scelte, veniva superato alla fine del 2004 dal 25,5% dei pediatri.

**APERTURA SETTIMANALE  
DEGLI AMBULATORI**

L'orario di apertura degli ambulatori (ore giornaliere e giorni alla settimana) è un significativo indicatore di accessibilità dei servizi di medicina generale e di pediatria di libera scelta; pertanto, l'accesso agli utenti deve essere agevolato mediante un orario di apertura adeguato: mediamente in provincia nel 2004, l'ambulatorio del medico di medicina generale è rimasto aperto per 17 ore e 26 minuti alla settimana. L'Azienda Sanitaria di Bressanone ha offerto l'orario di apertura mediamente più ampio, 18 ore e 18 minuti; in quella di Bolzano l'orario medio per medico si riduce a 16 ore e 50 minuti alla settimana.

Nel 2004, 112 medici di medicina generale (pari al 45,0%) avevano l'ambulatorio aperto dopo le ore 18.00 e solo 2 al sabato mattina; 44 medici presentavano un orario di apertura settimanale superiore alle 20 ore.

L'orario di apertura settimanale degli ambulatori dei pediatri di libera scelta è sensibilmente inferiore a quello dei medici di medicina generale: 15 ore e 32 minuti in media. A tale riguardo va messo in evidenza il fatto che il vigente contratto provinciale dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale prevede un orario di apertura proporzionale al numero di iscritti.

Nel 2004 solo un pediatra di libera scelta operante sul territorio provinciale aveva un orario di apertura superiore alle 20 ore settimanali, mentre 8 pediatri davano la possibilità di accedere all'ambulatorio dopo le ore 18.00.

Figura 3: **N. medio ore e minuti di apertura settimanale per medico di medicina generale – Anno 2004**

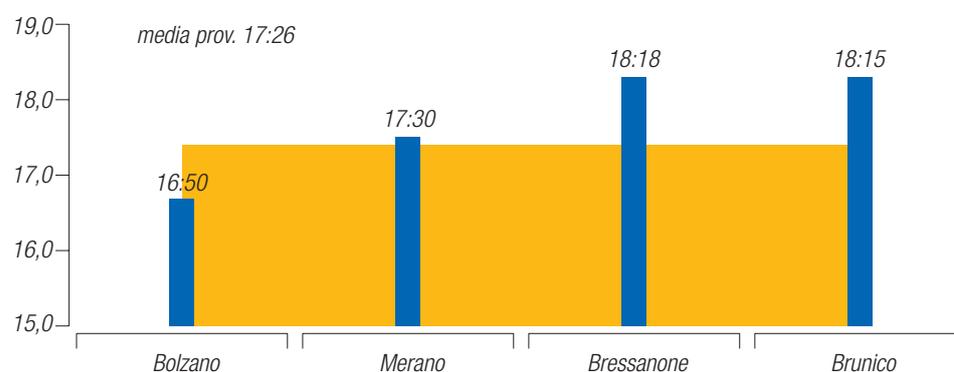
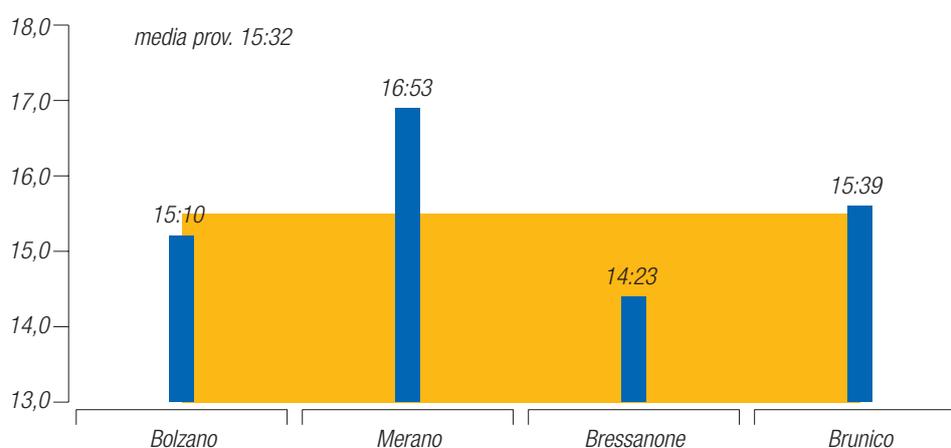


Figura 4: N. medio ore e minuti di apertura settimanale per pediatra di libera scelta – Anno 2004



Naturalmente, l'adeguatezza degli orari di apertura degli ambulatori medici rispetto alle esigenze degli utenti, andrebbe valutata rispetto alla tipologia degli assistiti, tenendo conto della loro età e del loro stato di salute.

Tabella 13: Prestazioni aggiuntive erogate dai medici di medicina generale per azienda sanitaria - Anno 2004

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Successive medicazioni	8.661	5.926	3.300	2.274	20.161
Asportazione tappo di cerume	5.969	5.069	2.364	2.704	16.106
Prima medicazione	5.087	4.514	3.168	1.227	13.996
Vaccinazioni non obbligatorie	-	5.501	2.483	1.851	9.835
Rimozione punti di sutura	2.690	1.948	1.380	1.327	7.345
Ciclo di fleboclisi	1.337	2.249	1.752	276	5.614
Ciclo curativo di iniezioni endovenose	917	315	216	836	2.284
Iniezione di gammaglobulina o vaccinazione antitetanica	655	1.001	276	47	1.979
Sutura	961	270	228	241	1.700
Visite a cittadini stranieri	369	264	137	355	1.125
Iniezione endovenosa	440	56	528	82	1.106
Cateterismo uretrale nell'uomo	160	167	36	118	481
Rimozione corpo estraneo dall'occhio	147	128	24	114	413
Fleboclisi	153	156	-	16	325
Iniezione sottocutanea desensibilizzante	15	36	-	31	82
Cateterismo uretrale nella donna	16	19	36	-	71
Altro	21	21	3	8	53
<b>TOTALE</b>	<b>27.598</b>	<b>27.640</b>	<b>15.931</b>	<b>11.507</b>	<b>82.676</b>

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 14: **Prestazioni con compenso a quota variabile (prestazioni aggiuntive) erogate dai pediatri di libera scelta per azienda sanitaria - Anno 2004**

	<i>Bolzano</i>	<i>Merano</i>	<i>Bressanone</i>	<i>Brunico</i>	<i>Provincia</i>
<i>Vaccinazioni</i>	219	-	2.868	2.660	5.747
<i>Bilanci di salute</i>	11.798	6.886	4.980	3.155	26.819
<i>Tampone faringeo per test veloce di streptococchi</i>	975	784	492	612	2.863
<i>Esame urine effettuate con analizzatore con referto stampato</i>	92	80	456	780	1.408
<i>Ecografia, per distretto</i>	222	551	-	83	856
<i>Medicazioni successive</i>	221	154	108	54	537
<i>Prima medicazione</i>	270	128	24	61	483
<i>Rimozione punti di sutura e medicazione</i>	165	178	60	39	442
<i>Esame per ambliopia</i>	-	-	348	43	391
<i>Asportazione di verruche</i>	130	77	-	55	262
<i>Pricktest</i>	66	-	36	26	128
<i>Riduzione incruenta di fimosi e parafimosi</i>	-	118	-	4	122
<i>Spirometria</i>	77	-	12	17	106
<i>Sbrigliamento sinecchia piccole labbra</i>	46	15	-	4	65
<i>ECG</i>	8	-	-	49	57
<i>Scotch-test per ossiuri</i>	52	1	-	-	53
<i>Visite a cittadini stranieri</i>	-	3	6	23	32
<i>Sutura di ferita superficiale</i>	16	-	-	3	19
<i>Altro</i>	25	44	-	13	82
<b>TOTALE</b>	<b>14.382</b>	<b>9.019</b>	<b>9.390</b>	<b>7.681</b>	<b>40.472</b>

Fonte: aziende sanitarie

**IL SERVIZIO DI  
CONTINUITÀ  
ASSISTENZIALE**

**CONTINUITÀ  
ASSISTENZIALE IN  
FORMA ATTIVA**

### 2.1.2. Servizio di continuità assistenziale

La copertura assistenziale del medico di assistenza primaria nei confronti dei propri iscritti, è attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e dalle ore 8.00 alle ore 10.00 dei giorni prefestivi infrasettimanali. La continuità assistenziale per le urgenze notturne, prefestive e festive negli orari diversi da quelli sopra indicati viene garantita secondo diverse modalità.

Il servizio di guardia medica in forma attiva, con apposita centrale operativa di collegamento, è stato reso operativo per i distretti sanitari di Bolzano, Laives-Bronzolo-Vadena e Oltradige e i comuni di Meltina, San Genesio, Tires e la frazione di Cardano (Comune di Cornedo all'Isarco), coprendo circa il 70% della popolazione dell'Azienda Sanitaria di Bolzano. Il servizio di guardia medica in forma attiva prevede la presenza di due medici nei turni notturni (dalle ore 20.00 alle ore 8.00) dal lunedì al venerdì, di tre medici nei turni notturni di fine settimana e di quattro medici nei turni diurni (dalle ore 8.00 alle ore 20.00) dei giorni di sabato, domenica, festivi e prefestivi infrasettimanali. Per risolvere il problema della richiesta di intervento medico in situazioni che sono gestibili in ambulatorio, l'Azienda Sanitaria di Bolzano nel 2003 ha istituito nei distretti di Oltradige e Laives-Bronzolo-Vadena due ambulatori del servizio di guardia medica nelle sedi distrettuali di Appiano e Laives: in queste località l'attività medica ambulatoriale si va ad aggiungere a quella domiciliare. Nel corso del 2004 il volume degli interventi medici prodotto dal servizio di guardia medica in forma attiva è risultato di 12.180 prestazioni mediche, di cui 3.633 visite domiciliari, 1.379 visite ambula-

toriali (nelle sedi di Appiano e Laives) e 7.168 consulenze telefoniche.

Nei comuni non coperti dal servizio di guardia medica in forma attiva, l'attività di guardia medica festiva e prefestiva viene organizzata dall'azienda stessa e realizzata a turno da medici di medicina generale; il servizio di guardia medica notturna viene invece garantito da ciascun medico per i propri assistiti o a turno da medici associati. In entrambi i casi i medici di turno garantiscono il servizio in forma di disponibilità domiciliare. Per ottimizzare la copertura del restante territorio provinciale nell'ambito della continuità assistenziale festiva, prefestiva e notturna, i distretti sanitari più estesi sono stati suddivisi in ambiti territoriali dove viene assicurata la disponibilità di almeno un medico per turno, della durata di 48 ore. L'organizzazione dei turni per ambiti territoriali non tiene conto solo del numero di assistiti da seguire, ma anche della morfologia del territorio, in cui la presenza di vallate e montagne talvolta allunga i tempi richiesti per gli interventi di emergenza territoriale. In nessuna delle aziende sanitarie è attivata una procedura di rilevazione delle prestazioni erogate durante i turni di disponibilità domiciliare.

La continuità assistenziale pediatrica è garantita nella città di Bolzano il sabato e la domenica pomeriggio e a Bressanone il sabato pomeriggio con orario 14.00-17.00 (da ottobre a maggio) attraverso la presenza di un pediatra di libera scelta presso il consultorio pediatrico.

A Merano il servizio, erogato presso l'ospedale, viene offerto la domenica. In periferia, invece, su base volontaria molti pediatri garantiscono singolarmente o in forma associata la continuità assistenziale durante la notte nei giorni feriali. A Brunico i pediatri garantiscono la continuità assistenziale durante la notte nei giorni feriali.

### **2.1.3. Guardia medica turistica**

Il servizio stagionale di assistenza medica ai villeggianti viene attivato solo in alcuni ambiti territoriali dei seguenti distretti sanitari: Val Gardena, Val d'Ega-Sciiliar, Val Badia. Nell'Azienda Sanitaria di Bressanone tutti i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta possono intervenire su richiesta del turista. La durata della "stagione turistica" viene stabilita dalla singola azienda sanitaria e pertanto i periodi di apertura dei vari ambulatori di assistenza medica ai villeggianti sono tra loro leggermente diversi. I turisti che hanno soggiornato nel territorio dell'Azienda Sanitaria di Bolzano nel 2004 potevano contare sulla disponibilità di 3 punti di guardia medica, aperti nei giorni feriali, al sabato, alla domenica e nei giorni festivi, secondo prefissati orari di apertura.

**LA CONTINUITÀ  
ASSISTENZIALE IN  
FORMA DI REPERIBILITÀ**

**CONTINUITÀ  
ASSISTENZIALE  
PEDIATRICA**

**IL SERVIZIO STAGIONALE  
DI ASSISTENZA MEDICA  
AI VILLEGGIANTI**

Tabella 15: **Attività e prestazioni erogate dal servizio stagionale di Assistenza Medica ai villeggianti nell'inverno 2003/2004 dell'Azienda Sanitaria di Bolzano (servizio diurno e notturno)**

Comune	N. ore apertura servizio	N. visite in ambulatorio	N. visite a domicilio	N. prestazioni aggiuntive	N. medio interventi giornalieri
Ortisei		359		12	
Selva V.Gardena	2.640	673	179	20	11,2
Castelrotto	2.280	585	179	11	8,1
Nova Levante/Nova Ponente	2.640	404	172	8	5,3
<b>TOTALE</b>	<b>7.560</b>	<b>2.021</b>	<b>530</b>	<b>51</b>	<b>*23,4</b>

\* Considerando 111 giorni di apertura del servizio stagionale di Assistenza Medica

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano

La stagione invernale nel comune di Castelrotto (dal 24 dicembre 2003 al 28 marzo 2004) è stata coperta dal servizio per 96 giorni; quella estiva (dal 1° luglio al 10 ottobre 2004) è stata invece coperta per 102 giorni. Nei restanti comuni, che erogano il servizio stagionale di assistenza medica ai villeggianti, la stagione invernale (dal 24 dicembre 2003 al 12 aprile 2004) è stata coperta dal servizio per 111 giorni; quella estiva (dal 1° luglio al 30 settembre 2004) è stata invece coperta per 92 giorni.

Tabella 16: **Attività e prestazioni erogate dal servizio stagionale di Assistenza Medica ai villeggianti nell'estate 2004 dell'Azienda Sanitaria di Bolzano**

Comune	N. ore apertura servizio	N. visite in ambulatorio	N. visite a domicilio	N. prestazioni aggiuntive	N. medio interventi giornalieri
Ortisei		282		8	
Selva V.Gardena	2.208	560	125	18	10,8
Castelrotto	2.448	684	123	21	8,1
Nova Levante/Nova Ponente	2.208	350	96	9	4,9
<b>TOTALE</b>	<b>6.864</b>	<b>1.876</b>	<b>344</b>	<b>56</b>	<b>*24,7</b>

\* Considerando 92 giorni di apertura del servizio stagionale di Assistenza Medica

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano

Nel 2004 nell'Azienda Sanitaria di Merano il servizio di guardia medica turistica non è stato offerto. Nell'Azienda Sanitaria di Bressanone esso viene svolto dai medici di medicina generale dei singoli distretti sanitari all'interno della loro normale reperibilità settimanale e del fine settimana.

Nel distretto Val Badia sono stati collocati 2 punti di assistenza, sia in inverno che in estate, aperti da lunedì a venerdì. La stagione invernale (dal 27 dicembre 2003 al 31 marzo 2004) è stata coperta per 66 giorni, quella estiva per 55 (dal 1° luglio al 15 settembre 2004).

Tabella 17: **Attività e prestazioni erogate dal servizio stagionale di Assistenza Medica ai villeggianti nell'inverno 2003/2004 nell'Azienda Sanitaria di Brunico (solo servizio diurno)**

Comune	N. ore apertura servizio	N. visite in ambulatorio	N. visite a domicilio	N. medio interventi giornalieri*
Pieve di Marebbe e S. Martino in Badia	560,0	285	50	5,1
La Valle Badia e Corvara	785,5	234	50	4,3
<b>TOTALE</b>	<b>1,345,5</b>	<b>519</b>	<b>100</b>	<b>9,4</b>

\* Escluse le prestazioni aggiuntive

Fonte: Azienda Sanitaria di Brunico

Tabella 18: **Attività e prestazioni erogate dal servizio stagionale di Assistenza Medica ai villeggianti nell'estate 2004 nell'Azienda Sanitaria di Brunico (solo servizio diurno)**

Comune	N. ore apertura servizio	N. visite in ambulatorio	N. visite a domicilio	N. medio interventi giornalieri*
Pieve di Marebbe e S. Martino in Badia	570,0	73	3	1,4
La Valle Badia e Corvara	685,0	310	7	5,8
<b>TOTALE</b>	<b>1,228,0</b>	<b>383</b>	<b>10</b>	<b>7,1</b>

\* Escluse le prestazioni aggiuntive

Fonte: Azienda Sanitaria di Brunico

## 2.2. ASSISTENZA TERRITORIALE AMBULATORIALE E DOMICILIARE

Al 31.12.2004 gli aventi diritto a livello provinciale ad un assegno di ospedalizzazione domiciliare erano 3.650; per questo servizio nel 2004 sono stati spesi 17.893.138,65 Euro.

Nel 2004 i pazienti seguiti in assistenza domiciliare programmata dai servizi di medicina di base delle quattro aziende sanitarie sono stati 2.043, mentre quelli seguiti in assistenza domiciliare integrata sono stati 192.

Il servizio Infermieristico territoriale è il servizio più diffuso, avendo anche più punti di erogazione nello stesso distretto sanitario; eroga prestazioni sia in ambulatorio che a domicilio del paziente. Nel 2004 ha erogato 644.494 prestazioni dirette all'utente.

Il consultorio Pediatrico è presente in tutti i distretti della Provincia Autonoma di Bolzano mentre il consultorio Ostetrico-Ginecologico è presente in 15 distretti su 20.

L'assistenza sanitaria domiciliare prevede che gli operatori effettuino interventi sanitari a domicilio, con l'obiettivo primario di evitare ospedalizzazioni improprie e di ritardare la perdita dell'autosufficienza di pazienti a rischio. La visita domiciliare consente infatti una più completa analisi della situazione dell'assistito e offre l'opportunità di fornire alle famiglie indicazioni, non solo terapeutiche, ma anche di natura preventiva.

L'accordo collettivo provinciale, che regola i rapporti con i medici di medicina generale, contempla l'applicazione dell'intervento domiciliare secondo due moda-

**OBIETTIVI  
DELL'ASSISTENZA  
DOMICILIARE**

**ASSEGNO DI  
OSPEDALIZZAZIONE  
DOMICILIARE**

lità: l'assistenza domiciliare programmata (ADP), destinata ai pazienti non deambulabili a domicilio e in residenze protette (nel caso di pazienti autosufficienti) e l'assistenza domiciliare integrata (ADI).

Con legge provinciale 18 agosto 1988, n.33, articolo 21 "Servizio di ospedalizzazione a domicilio" e successive modifiche, è stata prevista la corresponsione con fondi del Servizio Sanitario Provinciale di un assegno giornaliero alle persone (familiari o conviventi) che assistono a domicilio una persona gravemente non autosufficiente. Il contributo ha lo scopo di incentivare l'assistenza domiciliare di persone non autosufficienti e vuole rappresentare un'alternativa all'ospedalizzazione vera e propria.

La richiesta di erogazione di tale assegno presuppone una valutazione al domicilio della persona, in cui vengono rilevati il grado di non autosufficienza e l'adeguatezza dell'assistenza prestata. Al 31.12.2004 gli aventi diritto a livello provinciale erano 3.650; per questo servizio nel 2004 sono stati spesi 17.893.138,65 Euro.

Tabella 19: **Attività relative alle richieste di assegno di ospedalizzazione domiciliare per l'assistenza a non autosufficienti svolte dai servizi di medicina di base - Anno 2004**

	<i>Bolzano</i>	<i>Merano</i>	<i>Bressanone</i>	<i>Brunico</i>	<i>Provincia</i>
<i>Domande presentate nel 2004</i>	991	427	324	174	1.916
<i>Domande presentate accolte nel 2004</i>	657	310	261	133	1.361
<i>Percentuale di domande accolte</i>	66,3%	72,6%	80,6%	76,4%	71,0%
<i>Revoche</i>	534	326	174	127	1.161
<b>TOTALE LIQUIDATO</b>	<b>9.329.045,19</b>	<b>4.975.433,21</b>	<b>1.916.514,23</b>	<b>1.672.146,02</b>	<b>17.893.138,65</b>
<b>TOTALE PERSONE AL 31.12.04</b>	<b>2.009</b>	<b>1.002</b>	<b>318</b>	<b>321</b>	<b>3.650</b>

Fonte: aziende sanitarie

### 2.2.1. L'assistenza domiciliare programmata (ADP)

L'attivazione dell'ADP si rende necessaria quando gli assistiti sono incapaci a deambulare, non sono trasportabili e sono affetti da patologie gravemente invalidanti. La segnalazione del caso può essere effettuata dai servizi sanitari o dai servizi sociali, dalle famiglie o dal medico di fiducia stesso, il quale provvede a formulare la proposta motivata di assistenza al responsabile del servizio di medicina di base, precisando il numero di accessi, le esigenze assistenziali di tipo sanitario, nonché le eventuali necessità di personale. Il programma assistenziale viene autorizzato in breve tempo, entro 15 giorni dalla segnalazione. La maggior parte delle autorizzazioni viene rilasciata con validità annuale.

Il medico di base - che spesso è l'unico a seguire il paziente - all'occorrenza viene supportato da un infermiere.

**ASSISTENZA  
DOMICILIARE  
PROGRAMMATA (ADP)**

Tabella 20: **Quadro di sintesi sull'assistenza domiciliare programmata erogata nelle aziende sanitarie - Anno 2004**

	<i>Bolzano</i>	<i>Merano</i>	<i>Bressanone</i>	<i>Brunico</i>	<i>Provincia</i>
<i>Numero di assistiti in domiciliare programmata</i>	1.197	465	286	95	2.043
<i>Numero di medici di medicina generale che sono stati retribuiti per interventi di assistenza domiciliare programmata</i>	65	39	23	11	138
<i>Numero medio di interventi mensili per paziente seguito in assistenza domiciliare programmata</i>	1,0	2,6	1,5	1,3	1,4
<b><i>Totale importo liquidato per retribuzioni di assistenza domiciliare programmata in Euro</i></b>	<b>291.495,88</b>	<b>264.513,36</b>	<b>46.981,00</b>	<b>23.064,45</b>	<b>626.054,69</b>

Fonte: aziende sanitarie

Nel 2004 i pazienti seguiti in ADP dai servizi di medicina di base delle quattro aziende sanitarie sono stati 2.043. Ognuno dei medici impegnati (il 55,4% di quelli operanti sul territorio provinciale) ha seguito, in media 14,8 pazienti, percependo mediamente nel corso dell'anno 4.536,63 Euro, pari a 306,44 Euro per paziente.

Il 76,4% dei pazienti seguiti nelle aziende sanitarie ha un'età superiore ai 75 anni. Il rapporto tra i sessi in questi pazienti considerati è di quasi 2 donne per ogni uomo (1,9): la maggiore longevità femminile comporta anche una più frequente richiesta di assistenza nelle fasce d'età avanzate.

Tabella 21: **Distribuzione per età e sesso degli assistiti in domiciliare programmata nelle aziende sanitarie - Anno 2004**

	<i>Bolzano</i>			<i>Merano</i>			<i>Bressanone</i>			<i>Brunico</i>			<i>Provincia</i>		
	<i>m</i>	<i>f</i>	<i>tot</i>	<i>m</i>	<i>f</i>	<i>tot</i>	<i>m</i>	<i>f</i>	<i>tot</i>	<i>m</i>	<i>f</i>	<i>tot</i>	<i>m</i>	<i>f</i>	<i>tot</i>
<i>Fino a 64 anni</i>	56	42	98	30	20	50	3	6	9	3	1	4	92	69	161
<i>65-74</i>	87	84	171	19	26	45	40	54	94	8	4	12	154	168	322
<i>75-84</i>	156	312	468	54	113	167	57	91	148	14	20	34	281	536	817
<i>85 e oltre</i>	119	341	460	49	154	203	10	25	35	10	35	45	188	555	743
<b><i>TOTALE</i></b>	<b>418</b>	<b>779</b>	<b>1.197</b>	<b>152</b>	<b>313</b>	<b>465</b>	<b>110</b>	<b>176</b>	<b>286</b>	<b>35</b>	<b>60</b>	<b>95</b>	<b>715</b>	<b>1.328</b>	<b>2.043</b>

Fonte: aziende sanitarie

L'assistenza domiciliare programmata viene prevalentemente erogata per malattie del sistema circolatorio. Nel 2004 nell'Azienda Sanitaria di Bressanone i pazienti con tale condizione rappresentavano il 66,1% del totale, mentre nell'Azienda Sanitaria di Merano costituivano il 47,5% dei pazienti. I pazienti assistiti in assistenza domiciliare programmata per malattie connesse al sistema osteomuscolare raccolgono un valor medio provinciale del 15,0% che riflette la situazione delle diverse aziende sanitarie.

Tabella 22: **Assistiti in domiciliare programmata per condizione e azienda sanitaria (valori assoluti e percentuali) - Anno 2004**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
	<b>Valori assoluti</b>				
Malattie del sistema circolatorio	658	221	189	48	1.116
Malattie del sistema osteomuscolare (artrosi, artrite, ecc.)	175	66	49	17	307
Neoplasie (incluso malati terminali)	65	47	19	6	137
Malattie neurologiche (morbo di Parkinson, sclerosi multipla, ecc.)	113	-	-	8	121
Malattie del sistema respiratorio	60	38	13	6	117
Disturbi psicotici	87	-	-	3	90
Altra patologia/condizione	39	93	16	7	155
<b>TOTALE</b>	<b>1.197</b>	<b>465</b>	<b>286</b>	<b>95</b>	<b>2.043</b>
	<b>Valori percentuali</b>				
Malattie del sistema circolatorio	55,0	47,5	66,1	50,5	54,6
Malattie del sistema osteomuscolare (artrosi, artrite, ecc.)	14,6	14,2	17,1	17,9	15,0
Neoplasie (incluso malati terminali)	5,4	10,1	6,6	6,3	6,7
Malattie neurologiche (morbo di Parkinson, sclerosi multipla, ecc.)	9,4	-	-	8,4	5,9
Malattie del sistema respiratorio	5,0	8,2	4,5	6,3	5,7
Disturbi psicotici	7,3	-	-	3,2	4,4
Altra patologia/condizione	3,3	20,0	5,6	7,4	7,6
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: aziende sanitarie

### 2.2.2. L'assistenza domiciliare integrata (ADI)

Bisogni domiciliari complessi, di carattere socio-sanitario, che richiedono l'intervento di più figure professionali sono, invece, il presupposto per l'attivazione dell'ADI. L'équipe assistenziale, la cui composizione viene calibrata sulle particolari esigenze del paziente, è multidisciplinare, potendo coinvolgere infermieri professionali, assistenti sociali, assistenti geriatrici, medici specialisti, fisioterapisti, dietisti, ecc. Il medico di base coordina le attività svolte dai vari specialisti ed è il referente principale del programma assistenziale. L'ADI attuata in sostituzione del ricovero, spesso è rivolta a malati terminali o a pazienti che necessitano di dimissioni protette da strutture ospedaliere.

La richiesta di assistenza può essere fatta dal medico di base, dai servizi sociali, dai familiari del paziente o dal responsabile del reparto ospedaliero all'atto della dimissione. Entro 48 ore dalla segnalazione, il responsabile del servizio di medicina di base dell'azienda sanitaria autorizza il medico di fiducia del paziente ad effettuare l'intervento in forma integrata.

Nel 2004 sono stati 192 i pazienti seguiti in ADI dai servizi di medicina di base delle aziende sanitarie.

Rispetto all'assistenza domiciliare programmata, si osserva un numero inferiore di pazienti in ADI ed anche un numero inferiore di medici di medicina generale impegnati in tale attività; d'altra parte, l'assistenza domiciliare integrata risulta decisamente più onerosa, sia in termini di numero di interventi assistenziali, che di esborso monetario da parte del Servizio Sanitario Provinciale.

Il 26,1% dei medici di medicina generale della Provincia di Bolzano è stato coinvolto nel 2004 in programmi di assistenza domiciliare integrata; mediamente su ogni paziente sono stati effettuati 7,6 interventi al mese, con l'apporto di diverse figure professionali. Si noti comunque l'estrema variabilità di tale dato tra le aziende, effetto dei bisogni assistenziali differenziati secondo le diverse tipologie di pazienti: a Merano sono stati registrati 20,4 interventi medi per pazienti al mese, a fronte dei 3 rilevati a Bressanone, 3,8 a Bolzano e dei 5,1 a Brunico. Ciascun medico impegnato ha seguito in media 3,0 pazienti, per ognuno dei quali sono stati spesi (per la retribuzione dei medici di medicina generale coinvolti) in media 1.026,94 Euro.

Tabella 23: **Quadro di sintesi sull'assistenza domiciliare integrata erogata nelle aziende sanitarie - Anno 2004**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Numero di assistiti in domiciliare integrata	46	47	83	16	192
Numero di medici di medicina generale che sono stati retribuiti per interventi di assistenza integrata al domicilio dell'assistito	23	20	14	8	65
Numero medio di interventi mensili per paziente seguito in assistenza integrata	3,8	20,4	3,0	5,1	7,6
<b>Totale importo liquidato per retribuzioni di assistenza integrata in Euro</b>	<b>30.202,43</b>	<b>37.366,36</b>	<b>120.960,00</b>	<b>8.643,56</b>	<b>197.172,35</b>

Fonte: aziende sanitarie

I pazienti seguiti presentano una distribuzione molto simile per sesso, in quanto il rapporto è di 0,98 uomini ogni donna; il 60,9% dei pazienti ha un'età superiore ai 75 anni.

Circa la metà (49,0%) dei pazienti seguiti a domicilio in forma integrata erano affetti da neoplasie e il 24,5% presentava una malattia del sistema circolatorio; la categoria "altra patologia/condizione" raggruppa diverse patologie che caratterizzano in modo differente i pazienti assistiti dalle quattro aziende sanitarie.

Tabella 24: **Distribuzione per età e sesso degli assistiti in domiciliare integrata – Anno 2004**

	Bolzano			Merano			Bressanone			Brunico			Provincia		
	m	f	tot	m	f	tot	m	f	tot	m	f	tot	m	f	tot
Fino a 64 anni	6	6	12	7	6	13	6	4	10	5	-	5	24	16	40
65-74	5	1	6	8	6	14	8	5	13	2	-	2	23	12	35
75-84	10	7	17	12	4	16	12	23	35	3	2	5	37	36	73
85 e oltre	3	8	11	2	2	4	6	19	25	-	4	4	11	33	44
<b>TOTALE</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>46</b>	<b>29</b>	<b>18</b>	<b>47</b>	<b>32</b>	<b>51</b>	<b>83</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>95</b>	<b>97</b>	<b>192</b>

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 25: **Assistiti in domiciliare integrata per condizione e per azienda sanitaria (valori assoluti e percentuali) - Anno 2004**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
<b>Valori assoluti</b>					
Neoplasie (incluso malati terminali)	29	35	17	13	94
Malattie del sistema circolatorio	6	4	34	3	47
Malattie del sistema respiratorio	-	1	28	-	29
Altra patologia/condizione	11	7	4	-	22
<b>TOTALE</b>	<b>46</b>	<b>47</b>	<b>83</b>	<b>16</b>	<b>192</b>
<b>Valori percentuali</b>					
Neoplasie (incluso malati terminali)	63,0	74,5	20,5	81,3	49,0
Malattie del sistema circolatorio	13,0	8,5	41,0	18,8	24,5
Malattie del sistema respiratorio	-	2,1	33,7	-	15,1
Altra patologia/condizione	23,9	14,9	4,8	-	11,5
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: aziende sanitarie

Dei 192 soggetti trattati a domicilio in forma integrata, il 43,2% era seguito nel 2004 dall'Azienda Sanitaria di Bressanone, il 24,5% da quella di Merano, il 24,0% dall'Azienda Sanitaria di Bolzano, mentre solo l'8,3% da quella di Brunico.

Per quanto riguarda la composizione delle équipes multidisciplinari che nel 2004 hanno effettuato interventi di assistenza domiciliare integrata, nell'Azienda Sanitaria di Merano erano impegnati 65 operatori in questa forma assistenziale tra cui 47 erano infermieri. Nell'Azienda Sanitaria di Bressanone la composizione delle équipes poteva basarsi su 80 operatori tra cui 30 infermieri, 27 assistenti geriatrici, 2 terapisti e 21 medici. Nell'Azienda Sanitaria di Brunico gli operatori complessivi erano 22 tra cui 16 erano infermieri. Anche nell'Azienda Sanitaria di Bolzano le figure professionali a vario titolo intervenute nelle diverse équipes, oltre al medico di medicina generale e l'infermiere, sono state il dietista, l'assistente sanitario, il medico specialista e l'operatore sociale.

### 2.2.3. L'assistenza infermieristica

Il servizio Infermieristico territoriale è il servizio più diffuso, avendo anche più punti di erogazione nello stesso distretto sanitario; eroga prestazioni sia in ambulatorio che a domicilio del paziente.

Sono 644.494 le prestazioni infermieristiche dirette all'utente rilevate nel 2004 in tutto il territorio provinciale; tale dato sottostima l'effettiva attività dei servizi infermieristici distrettuali, in quanto in alcuni distretti i dati relativi ad alcune prestazioni non sono disponibili.

Tabella 26: **Prestazioni infermieristiche rilevate nei distretti, per azienda sanitaria - Anno 2004**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
<b>Totale prestazioni infermieristiche dirette all'utente</b>	<b>242.853</b>	<b>150.575</b>	<b>91.543</b>	<b>159.523</b>	<b>644.494</b>

Fonte: aziende sanitarie

Le tre prestazioni più frequentemente erogate, la rilevazione dei parametri vitali, il prelievo di sangue venoso e le medicazioni coprono da sole il 52,6% dell'attività infermieristica diretta all'utente. Si evidenzia che nel distretto di Bolzano il numero di prelievi è relativamente basso se paragonato a quello degli altri distretti sanitari. Nel distretto di Bolzano, infatti, un numero considerevole di prelievi viene effettuato da laboratori privati convenzionati e dal laboratorio dell'ospedale. Il personale infermieristico svolge un ruolo molto importante, anche, nell'attività di educazione sanitaria rivolta a pazienti e/o familiari e nella consulenza infermieristica per la gestione della sintomatologia e della cura. Tale prestazione pur avendo un ammontare considerevole (pari a 30.014) non viene inserita fra le prime sette prestazioni più frequenti dirette all'utente a causa dell'eterogeneità del dato stesso.

**Tabella 27: Prestazioni dirette all'utente (valori assoluti e percentuali) più frequentemente erogate dai servizi infermieristici distrettuali sul territorio provinciale - Anno 2004**

	<i>Numero</i>	<i>%</i>	<i>% cumulate</i>
<i>Rilevazione parametri vitali</i>	165.215	25,6	25,6
<i>Prelievo venoso</i>	100.117	15,5	41,2
<i>Medicazioni a piatto</i>	73.855	11,5	52,6
<i>Iniezioni (ipodermiche, intramuscolari/fleboclisi)</i>	60.223	9,3	62,0
<i>Prelievo capillare</i>	34.784	5,4	67,4
<i>Medicazioni decubito</i>	26.099	4,0	71,4
<i>Terapia parenterale</i>	25.399	3,9	75,4
<b>Totale prime 7 prestazioni rilevate</b>	<b>485.692</b>	<b>75,4</b>	<b>75,4</b>
<b>Totale prestazioni rilevate</b>	<b>644.494</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: aziende sanitarie

Fra le altre attività svolte dal servizio infermieristico figurano le valutazioni a domicilio in base alla l. prov. 33/88, pari a 2.223 (con esclusione del distretto della Val Gardena).

Altre attività svolte dal servizio infermieristico, ma non quantificate da molti distretti sono: le valutazioni in strutture di ricovero in base alla l. prov. 33/88, art. 21; le "attività infermieristiche indirette", quali i colloqui con il medico di medicina generale dell'utente, con reparti ospedalieri e con i parenti, la procedura legata all'assegnazione di mezzi di aiuto infermieristico, l'accompagnamento dei pazienti alle visite ed il ritiro medicine dalla farmacia. Per quanto riguarda invece le attività rivolte a gruppi, figurano gli incontri informativi per familiari degli utenti, gli incontri informativi di educazione sanitaria per cittadini e per studenti delle scuole sanitarie, le informazioni a gruppi di auto-aiuto, la formazione dei volontari.

Tabella 28: Prestazioni dirette all'utente più frequentemente erogate dai servizi infermieristici in ambulatorio e al domicilio dei pazienti; totale prestazioni rilevate nei distretti - Anno 2004

Distretti/Aziende	Rilevazione parametri vitali		Prelievo venoso		Medicazioni a piatto		Totale* prest. per distretto
	Amb.	Dom.	Amb.	Dom.	Amb.	Dom.	
Val Gardena	1.033	217	3.775	160	255	1.269	9.810
Val d'Ega-Sciliar	5.278	7.353	6.360	500	771	2.967	47.124
Salto-Val Sarentino-Renon	3.229	2.949	5.936	299	741	1.145	22.808
Oltradige	3.515	1.335	10.424	550	1.565	2.793	32.285
Laives-Bronzolo-Vadena	7.519	930	**	171	884	3.106	21.016
Bassa Atesina	7.970	3.001	16.400	963	1.561	3.913	52.927
Bolzano	3.861	476	9.216	2.054	1.751	3.340	56.883
<b>A.S. Bolzano</b>	<b>32.405</b>	<b>16.261</b>	<b>52.111</b>	<b>4.697</b>	<b>7.528</b>	<b>18.533</b>	<b>242.853</b>
Alta Val Venosta	3.562	758	6.865	411	424	683	26.671
Media V. Venosta	4.075	2.992	2.896	420	530	1.925	21.989
Naturno-circondario	3.176	876	3.103	269	436	856	15.754
Lana-circondario	3.577	3.783	6.548	690	522	2.510	27.999
Merano-circond.	9.030	785	-	2.233	2.258	1.052	34.258
Val Passiria	2.232	3.278	3.468	497	635	833	23.904
<b>A.S. Merano</b>	<b>25.652</b>	<b>12.472</b>	<b>22.880</b>	<b>4.520</b>	<b>4.805</b>	<b>7.859</b>	<b>150.575</b>
Alta Valle Isarco	723	2.208	89	426	579	3.164	21.302
Bressanone-circondario	5.724	5.277	583	450	1.713	5.537	50.282
Chiusa-circondario	1.216	1.913	2.787	208	219	2.990	19.959
<b>A.S. Bressanone</b>	<b>7.663</b>	<b>9.398</b>	<b>3.459</b>	<b>1.084</b>	<b>2.511</b>	<b>11.691</b>	<b>91.543</b>
Tures-Aurina	8.261	6.914	5.944	316	613	2.659	40.537
Brunico-circondario	15.467	7.622	947	671	2.405	3.959	54.937
Alta Val Pusteria	9.337	5.874	5	491	2.168	7.131	41.638
Val Badia	3.600	4.289	2.810	182	480	1.513	22.411
<b>A.S. Brunico</b>	<b>36.665</b>	<b>24.699</b>	<b>9.706</b>	<b>1.660</b>	<b>5.666</b>	<b>15.262</b>	<b>159.523</b>
<b>PROVINCIA</b>	<b>102.385</b>	<b>62.830</b>	<b>88.156</b>	<b>11.961</b>	<b>20.510</b>	<b>53.345</b>	<b>644.494</b>

\* Poiché nella maggior parte dei distretti una o più prestazioni erogate non sono state rilevate, non si tratta del totale effettivo, bensì del totale delle prestazioni erogate e conteggiate

\*\* Il servizio prelievi non a domicilio è garantito da un laboratorio privato convenzionato

Fonte: aziende sanitarie

## 2.2.4. L'assistenza consultoriale materno-infantile

### 2.2.4.1. Il consultorio Pediatrico

Il consultorio Pediatrico è attivo in tutti i distretti della Provincia Autonoma di Bolzano; la presenza del pediatra nei consultori pediatrici distrettuali è garantita nei distretti in cui non opera il pediatra di libera scelta; dove ci sono, invece, i pediatri di libera scelta è presente, nei consultori, solamente l'assistente sanitario. Nei consultori pediatrici dell'Azienda Sanitaria di Bolzano i pediatri hanno erogato complessivamente, durante il 2004, 9.917 prestazioni. Del totale delle prestazioni il 46,8% è rappresentato dai controlli nelle diverse fasce d'età e il 27,8% dai bilanci di salute. La tipologia di prestazione prevalente per i pediatri dei consultori dell'Azienda Sanitaria di Merano è, invece, costituita dalle prime visite (44,9%); nella stessa misura, rispetto all'Azienda Sanitaria di Bolzano, invece, vengono effettuati i bilanci di salute. Nell'Azienda Sanitaria di Bressanone sono state erogate 479 prestazioni, 177 (pari al 37,0%) delle quali era composto dai bilanci di salute. Le visite di controllo costituiscono la prestazione prevalente per l'Azienda Sanitaria di Brunico (503 su 587 prestazioni).

La principale attività svolta dalle assistenti sanitarie nei consultori pediatrici, ad esclusione dell'Azienda Sanitaria di Bolzano, è l'assistenza alle visite di controllo ed alle visite successive alla prima.

Tabella 29: **Prestazioni erogate dai pediatri nei consultori pediatrici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Bolzano - Anno 2004**

	Val Gardena	Sciliar	Renon	A.S. Bolzano
Prime visite	93	229	338	660
Visite di controllo, visite successive alla prima	385	988	484	1.857
Bilanci di salute	409	1.212	1.137	2.758
Controlli fino a 12 mesi	743	1.506	1.640	3.889
Controlli 1/3 anni	139	251	299	689
Controlli 3/6 anni	9	21	34	64
<b>TOTALE</b>	<b>1.778</b>	<b>4.207</b>	<b>3.932</b>	<b>9.917</b>

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano

Tabella 30: **Prestazioni erogate dai pediatri nei consultori pediatrici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Merano - Anno 2004**

	Lana - circondario	Val Passiria	A.S. Merano
Prime visite	796	92	888
Visite di controllo, visite successive alla prima	-	521	521
Bilanci di salute	315	252	567
<b>TOTALE</b>	<b>1.111</b>	<b>865</b>	<b>1.976</b>

Fonte: Azienda Sanitaria di Merano

Tabella 31: **Prestazioni erogate dai pediatri nei consultori pediatrici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Bressanone - Anno 2004**

	A. Valle Isarco	Chiusa - circondario	A.S. Bressanone
Prime visite	-	80	80
Visite di controllo, visite successive alla prima	-	89	89
Bilanci di salute	8	169	177
Controlli a 15-24 mesi	58	-	58
Controlli a 3/4 anni	48	2	50
Controlli a 5/6 anni	25	-	25
<b>TOTALE</b>	<b>139</b>	<b>340</b>	<b>479</b>

Fonte: Azienda Sanitaria di Bressanone

Tabella 32: **Prestazioni erogate dai pediatri nei consultori pediatrici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Brunico - Anno 2004**

	Tures - Aurina*	A. Val Pusteria	Val Badia	A.S. Brunico
Prime visite	30	36	18	84
Visite di controllo, visite successive alla prima	83	168	252	503
<b>TOTALE</b>	<b>113</b>	<b>204</b>	<b>270</b>	<b>587</b>

\* Il pediatra era presente fino al 31/10/2004

Fonte: Azienda Sanitaria di Brunico

Tabella 33: Prestazioni erogate dalle assistenti sanitarie nei consultori pediatrici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Bolzano - Anno 2004

	Val Gardena	Sciliar	Renon	Oltradige	Laives	Bassa Atesina	Bolzano	A.S. Bolzano
Assistenza prime visite	93	229	338	225	-	201	438	1.524
Assistenza visite di controllo, assistenza visite successive alla prima	385	988	484	-	-	2.624	-	4.481
Visite a domicilio	14	38	112	276	72	142	43	697
Bilanci di salute	409	1.212	1.137	-	-	-	-	2.758
Controlli fino a 12 mesi	-	-	-	1.862	3.211	2.462	6.017	13.552
Controlli 1/3 anni	-	-	-	181	407	294	709	1.591
Controlli 3/6 anni	-	-	-	45	32	69	68	214
Valutazione ortottica	404	499	594	913	696	751	1.254	5.111
Test audiometrico infantile	297	364	458	658	471	558	873	3.679
Esame fonetografico	152	196	277	346	340	300	481	2.092
Controllo denti/profilassi carie	46	229	-	-	49	366	-	690
Somministrazione vaccini (assistenza ed esecuzione)	181	296	530	1.266	-	146	-	2.419
Controllo pidocchi/parassiti	1.309	532	526	985	709	1.288	3.609	8.958
N. incontri informativi di educazione sanitaria	12	20	52	-	257	59	91	491
Rilevazioni parametri vitali	207	405	545	-	120	-	-	1.277
Altro	141	43	85	228	15	237	494	1.243
<b>TOTALE</b>	<b>3.650</b>	<b>5.051</b>	<b>5.138</b>	<b>6.985</b>	<b>6.379</b>	<b>9.497</b>	<b>14.077</b>	<b>50.777</b>
Consulenze (anche telefoniche)	218	1.107	675	630	1.254	797	1.034	5.715

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano

Tabella 34: Prestazioni erogate dalle assistenti sanitarie nei consultori pediatrici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Merano - Anno 2004

	A. Val Venosta	M.Val Venosta	Naturno	Lana	Merano	Val Passiria	A.S. Merano
Assistenza prime visite	124	148	-	796	245	98	1.411
Assistenza visite di controllo, assistenza visite successive alla prima	1.018	1.755	1.969	1.777	2.827	1.464	10.810
Visite a domicilio	28	103	104	154	97	8	494
Bilanci di salute	-	115	217	315	-	252	899
Controlli a 7 mesi	-	-	90	190	310	58	648
Valutazione ortottica	310	372	245	310	1.011	255	2.503
Test audiometrico infantile	107	126	90	-	-	-	323
Controllo denti/profilassi carie	28	94	104	64	380	75	745
Somministrazione vaccini (assistenza ed esecuzione)	-	-	356	1.000	227	-	1.583
Controllo pidocchi/parassiti	1.092	883	377	359	-	-	2.711
<b>TOTALE</b>	<b>2.707</b>	<b>3.596</b>	<b>3.552</b>	<b>4.965</b>	<b>5.097</b>	<b>2.210</b>	<b>22.127</b>
Incontri informativi di educazione sanitaria (n. ore)	-	67	17	*5	230	*4	n.d.
Preparazione visite (n. ore)	-	448,2	-	60,0	n.d.	*8	n.d.
Consulenze (anche telefoniche)	77	228	610	1.230	541	257	2.943

\* Numero di prestazioni

Fonte: Azienda Sanitaria di Merano

Tabella 35: Prestazioni erogate dalle assistenti sanitarie nei consultori pediatrici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Bressanone - Anno 2004

	A. Valle Isarco	Bressanone	Chiusa	A.S. Bressanone
Assistenza prime visite	168	467	-	635
Assistenza visite di controllo, assistenza visite successive alla prima	745	2.285	-	3.030
Preparazione visite	139	497	169	805
Visite a domicilio	3	13	4	20
Bilanci di salute*	8	-	-	8
Controlli a 15-24 mesi*	58	-	-	58
Controlli a 3/4 anni*	48	-	-	48
Controlli a 5/6 anni*	25	-	-	25
Valutazione ortottica	430	972	727	2.129
Esame fonetografico	-	-	262	262
Controllo denti/profilassi carie	286	863	421	1.570
Controllo pidocchi/parassiti	305	44	62	411
N. incontri informativi di educazione sanitaria	17	65	32	114
<b>TOTALE</b>	<b>2.232</b>	<b>5.206</b>	<b>1.677</b>	<b>9.115</b>
Consulenze (anche telefoniche)	n.d.	299	72	n.d.

\* Numero di accessi spontanei

Fonte: Azienda Sanitaria di Bressanone

Tabella 36: Prestazioni erogate dalle assistenti sanitarie nei consultori pediatrici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Brunico - Anno 2004

	Tures-Aurina	Brunico	A.Val Pusteria	Val Badia	A.S. Brunico
Assistenza prime visite	30	-	36	18	84
Assistenza visite di controllo, assistenza visite successive alla prima	939	2.875	1.694	1.071	6.579
Preparazione visite	407	272	500	322	1.501
Visite a domicilio	6	9	6	9	30
Controlli 12/14 anni	137	204	189	102	632
Controlli 9/10 anni	143	68	171	114	496
Controlli 5/6 anni	127	-	140	106	373
Valutazione ortottica	447	1.313	568	342	2.670
Test audiometrico infantile	2	2	2	2	8
Esame fonetografico/Boel -Test	146	355	199	95	795
Controllo denti/profilassi carie	223	1.013	143	181	1.560
Somministrazione vaccini (assistenza ed esecuzione)	258	70	368	175	871
N. incontri informativi di educazione sanitaria	2	12	8	9	31
<b>TOTALE*</b>	<b>2.867</b>	<b>6.193</b>	<b>4.024</b>	<b>2.546</b>	<b>15.630</b>

\* Non comprende il controllo pidocchi/parassiti perché l'attività viene svolta dal servizio Igiene e Sanità Pubblica

Fonte: Azienda Sanitaria di Brunico

#### 2.2.4.2. Il consultorio Ostetrico-Ginecologico

Il consultorio Ostetrico-Ginecologico è presente in 15 distretti su 20.

Oltre ai ginecologi presenti in tutti e quindici i distretti in cui viene offerto questo servizio consultoriale, le prestazioni vengono erogate in alcuni casi dalle ostetriche, in altri dalle infermiere professionali o dalle assistenti sanitarie. Nei distretti in cui non è presente il consultorio ostetrico-ginecologico l'attività viene erogata dagli ospedali.

Tabella 37: Prestazioni erogate dai ginecologi nei consultori ostetrico-ginecologici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Bolzano - Anno 2004

	Val Gardena	Sciliar	Renon	Oltradige	Laives	Bassa Atesina	Bolzano	A.S. Bolzano
Primo colloquio con l'utente	301	313	182	-	510	217	908	2.431
Visita ginecologica	114	107	214	606	853	390	1.147	3.431
Controllo gravidanza	-	-	-	-	220	173	-	393
Visita senologica	217	168	41	178	-	114	289	1.007
Pap-test	187	194	339	501	431	161	871	2.684
Prelievo vaginale per esame batteriologico	284	63	2	478	10	113	49	999
Consulenze – Educazione / Istruzioni sanitarie	199	25	60	215	70	450	456	1.475
Cardiotocografia, ecografia	241	261	107	120	300	161	139	1.329
Informazioni (sulla contraccezione, su IVG, altro)	18	1	32	n.d.	100	64	240	n.d.
Prescrizioni contraccettivi	-	-	-	n.d.	45	64	-	n.d.
Altro	-	-	116	-	60	210	-	386
<b>TOTALE</b>	<b>1.561</b>	<b>1.132</b>	<b>1.093</b>	<b>n.d.</b>	<b>2.599</b>	<b>2.117</b>	<b>4.099</b>	<b>n.d.</b>

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano

Tabella 38: Prestazioni erogate dai ginecologi nei consultori ostetrico-ginecologici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Merano - Anno 2004

	A. Val Venosta	Naturno	Lana	Merano	Val Passiria	A.S. Merano
Primo colloquio con l'utente	316	n.d.	-	1.092	122	n.d.
Visita ginecologica	316	105	462	1.092	465	2.440
Controllo gravidanza	-	-	-	206	-	206
Visita senologica	187	5	193	454	64	903
Pap-test	261	84	440	778	256	1.819
Prelievo vaginale per esame batteriologico	21	-	-	70	5	96
Consulenze – Educazione / Istruzioni sanitarie	-	-	-	260	n.d.	n.d.
Cardiotocografia, ecografia	203	-	-	596	115	914
Informazioni (sulla contraccezione, su IVG, altro)	-	25	-	634	n.d.	n.d.
Prescrizioni contraccettivi	-	-	-	620	n.d.	n.d.
Altro	-	-	195	283	-	478
<b>TOTALE</b>	<b>1.304</b>	<b>n.d.</b>	<b>1.290</b>	<b>6.085</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>

Fonte: Azienda Sanitaria di Merano

Tabella 39: Prestazioni erogate dai ginecologi nei consultori ostetrico-ginecologici dei distretti delle aziende sanitarie di Bressanone e Brunico - Anno 2004

	Chiusa	A.S. Bressanone	Tures-Aurina	Val Badia	A.S. Brunico
Primo colloquio con l'utente	156	156	401	n.d.	n.d.
Visita ginecologica	426	426	688	341	1.029
Controllo gravidanza	111	111	-	-	-
Visita senologica	408	408	651	326	977
Pap-test	434	434	595	314	909
Prelievo vaginale per esame batteriologico	4	4	5	4	9
Consulenze – Educazione / Istruzioni sanitarie	297	297	n.d.	36	n.d.
Cardiotocografia, ecografia	78	78	-	-	-
Informazioni (sulla contraccezione, su IVG, altro)	227	227	n.d.	142	n.d.
Prescrizioni contraccettivi	198	198	n.d.	n.d.	n.d.
Altro	-	-	202	38	240
<b>TOTALE</b>	<b>2.339</b>	<b>2.339</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>

Fonte: aziende sanitarie di Bressanone e Brunico

Tabella 40: Prestazioni erogate dalle ostetriche/infermiere nei consultori ostetrico-ginecologici dei distretti delle aziende sanitarie di Bolzano e Brunico - Anno 2004

	Val Gardena	Sciliar	Oltradige	Laives	Bassa Atesina	Bolzano	A.S. Bolzano	Tures-Aurina	A.S. Brunico
Primo colloquio con l'utente	-	-	-	227	185	-	412	-	-
Assistenza visita ginecologica	-	-	-	44	-	-	44	688	688
Controllo gravidanza/Visita ostetrica	512	516	25	20	14	1.682	2.769	-	-
Pap-test	10	59	86	262	199	733	1.349	595	595
Prelievo vaginale per esame batteriologico	-	-	40	26	22	-	88	5	5
Consulenze – Educazione / Istruzioni sanitarie	31	-	532	714	396	69	1.742	-	-
Visite domiciliari (post-partum, medicazioni, ecc.)	80	73	36	6	5	49	249	-	-
Informazioni (sulla contraccezione, su IVG, altro)	-	-	n.d.	30	257	-	n.d.	-	-
Rieducazione pelvica	79	59	-	36	-	-	174	-	-
Manovra di Leopold	61	42	-	-	-	82	185	-	-
Rilevazione battito cardiaco fetale	71	43	-	-	34	84	232	-	-
Prescrizioni contraccettivi	-	-	n.d.	-	-	135	n.d.	-	-
Altro	98	86	21	50	-	92	347	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>942</b>	<b>878</b>	<b>n.d.</b>	<b>1.415</b>	<b>1.112</b>	<b>2.926</b>	<b>n.d.</b>	<b>1.288</b>	<b>1.288</b>

Fonte: aziende sanitarie di Bolzano e Brunico

Tabella 41: Prestazioni erogate dalle ostetriche nei consultori ostetrico-ginecologici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Merano - Anno 2004

	Lana	Merano	Val Passiria	A.S. Merano
Consulenza ostetrica	1	83	-	84
Rieducazione motoria in gruppo	42	60	36	138
Consulenze telefoniche	-	461	-	461
Rieducazione pelvica	15	33	-	48
Manovra di Leopold	-	79	-	79
Rilevazione battito cardiaco fetale	-	78	-	78
Altro	-	223	-	223
<b>TOTALE</b>	<b>58</b>	<b>1.017</b>	<b>36</b>	<b>1.111</b>

Fonte: Azienda Sanitaria di Merano

### 2.3. ATTIVITÀ DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Nel 2004 sono stati effettuati 53.063 interventi di Emergenza Sanitaria, pari ad una media giornaliera di circa 145 interventi, e circa 108.000 trasporti sanitari programmati, pari ad una media di circa 295 interventi di trasporto al giorno.

### 2.3.1. Sistema di Allarme Sanitario

Il sistema di Allarme Sanitario fa parte integrante del sistema dell’Emergenza Sanitaria, previsto dal Piano Sanitario Provinciale 2000-2002, e finalizzato alla gestione interdisciplinare coordinata delle urgenze sanitarie su tutto il territorio provinciale. Il Sistema di allarme sanitario è assicurato dalla Centrale Operativa 118 (istituita nel 1991, ed attiva dal 1993) a cui affluiscono tutte le richieste di intervento per emergenza sanitaria. La Centrale Operativa 118, che dal 1998 viene gestita dalla Azienda Sanitaria di Bolzano, coordina l’intervento del personale e dei mezzi di soccorso su tutto il territorio provinciale ed allerta la risposta ospedaliera, garantendo un servizio attivo per 24 ore al giorno.

#### FUNZIONI DELLA CENTRALE OPERATIVA 118

Le funzioni fondamentali della Centrale Operativa comprendono:

- ricezione delle richieste di soccorso;
- valutazione del grado di criticità dell’intervento da attivare;
- attivazione e coordinamento dell’intervento di emergenza.

Si occupa, inoltre, di coordinare i trasferimenti non urgenti dei pazienti da ospedale ad ospedale; effettua trasporti di materiale sanitario (plasma, prove di laboratorio, ecc.) e il trasporto d’organi e di medicinali.

Per svolgere tali funzioni la Centrale Operativa si avvale di personale infermieristico con esperienza nell’area critica, di operatori adeguatamente formati messi a disposizione dalle organizzazioni di soccorso, nonché di competenze mediche di appoggio.

Il responsabile della Centrale Operativa 118 è un medico dirigente di secondo livello, primario del Servizio interaziendale di Urgenza ed Emergenza Medica (SUEM). La responsabilità operativa, relativa alle funzioni di ricezione, registrazione, selezione delle chiamate e determinazione dell’apparente grado di criticità dell’evento è affidata invece al personale infermieristico della Centrale Operativa, nell’ambito di protocolli concordati con il medico responsabile della Centrale stessa.

La Centrale Operativa 118 è dotata di un sistema di telefonia e di radiofonia che consente di:

- ricevere tutte le chiamate di soccorso provenienti dal territorio provinciale;
- utilizzare collegamenti diretti con gli altri servizi pubblici deputati alle emergenze (servizi di Pronto Soccorso, Vigili del Fuoco, Carabinieri, Polizia);
- utilizzare collegamenti diretti con le postazioni dei mezzi e con gli stessi mezzi mobili di soccorso.

La Centrale Operativa 118 è dotata, inoltre, di un sistema informativo che permette di disporre di dati aggiornati e tempestivi relativamente ai servizi di pronto soccorso, alle postazioni dei mezzi di soccorso, nonché di informazioni relative alle località sedi dell’evento (riferimenti cartografici e di viabilità).

### 2.3.2. Servizio Medico Territoriale di Soccorso

Il servizio Medico Territoriale di Soccorso, istituito con delibera della Giunta Provinciale nel 1991, è una delle componenti del sistema provinciale di Emergenza Sanitaria. Tale servizio assicura l'intervento tempestivo del medico d'urgenza in tutto il territorio della Provincia di Bolzano.

In particolare, a seconda del grado di criticità dell'evento, i medici addetti all'emergenza territoriale forniscono prestazioni di pronto soccorso di base, soccorso vitale avanzato (anche traumatologico e pediatrico), con l'obiettivo di stabilizzare le condizioni cliniche del paziente, rendendolo in tal modo trasportabile con il mezzo di soccorso. I medici addetti all'emergenza territoriale operano, inoltre, la scelta dell'ospedale di destinazione e si occupano della consegna del paziente ai servizi di pronto soccorso ospedaliero.

L'organizzazione a livello provinciale del servizio Medico Territoriale di Soccorso prevede, nell'ambito del bacino di utenza di ogni ospedale, l'impiego di medici ospedalieri, la cui attività viene coordinata da un medico responsabile per ciascun ospedale. Al di fuori degli ambiti territoriali degli ospedali pubblici provinciali, l'attività del servizio Medico Territoriale di Soccorso viene espletata anche da alcuni medici di base, collegati via radio con la Centrale Operativa 118, e in possesso di specifici requisiti formativi e di equipaggiamento.

Per l'intervento dei medici addetti all'emergenza territoriale possono essere utilizzati, a seconda della situazione e delle condizioni locali, ambulanze, auto mediche ed in orario diurno anche elicotteri di soccorso.

### 2.3.3. Servizio di Trasporto Sanitario

Il servizio di Trasporto Sanitario è attivo in Provincia di Bolzano in regime di convenzione con le associazioni Croce Bianca e Croce Rossa Italiana, ed assicura ai cittadini le seguenti prestazioni:

- a. trasporto d'urgenza con assistenza medica
- b. trasporto d'urgenza senza assistenza medica
- c. trasporto sanitario non urgente per garantire la continuità delle cure
- d. trasporto sanitario effettuato con mezzi non attrezzati dal punto di vista sanitario, ad esempio per il trasporto di malati nefrologici e oncologici, rispettivamente in terapia dialitica e radiante
- e. trasporto di prove di laboratorio, referti, latte materno, plasma sanguigno, ecc., che può essere sia urgente che non urgente.

**PRESTAZIONI DEL  
MEDICO ADDETTO  
ALL'EMERGENZA  
TERRITORIALE**

**ORGANIZZAZIONE DEL  
SERVIZIO**

**PRESTAZIONI EFFETTUATE  
DAL SERVIZIO**

Tabella 42: **Indicatori per la dislocazione territoriale delle postazioni e degli automezzi di soccorso. Deliberazione della Giunta Provinciale n. 4326/2001**

<b>Indicatori</b>	<b>Limiti fissati per gli indicatori Interventi con medico a bordo</b>	<b>Limiti fissati per gli indicatori Interventi senza medico a bordo</b>
1. Percentuale di interventi con durata inferiore a 20 minuti. <i>(Durata calcolata dalla partenza dalla postazione all'arrivo al luogo d'intervento. Solo interventi con codice di gravità giallo e rosso)</i>	Limite MINIMO 90%	Limite MINIMO 85%
2. Distanza tra le postazioni degli automezzi di soccorso	Limite MINIMO 25 km Limite MASSIMO 35 km	Limite MINIMO 10 km Limite MASSIMO 30 km
3. Popolazione presente nei bacini d'utenza delle postazioni degli automezzi di soccorso	Limite MINIMO 20.000 abitanti	Limite MINIMO 5.000 abitanti
4. Numero automezzi di soccorso per 100.000 abitanti presenti nei bacini d'utenza delle postazioni	Limite MINIMO 1 automezzo di soccorso avanzato (NAW – NEF) per 100.000 abitanti	Limite MINIMO 3 ambulanze di soccorso di base (RTW) per 100.000 abitanti Limite MASSIMO 20 ambulanze di soccorso di base (RTW) per 100.000 abitanti
5. Numero annuo di interventi per automezzo di soccorso	Limite MASSIMO 2.000 interventi per ciascun automezzo di soccorso avanzato (NAW – NEF)	Limite MINIMO 500 interventi per ciascuna ambulanza di soccorso di base (RTW) Limite MASSIMO 2.000 interventi per ciascuna ambulanza di soccorso di base (RTW)
6. Numero automezzi di soccorso per 100.000 abitanti presenti nei comprensori	Limite MINIMO 1 automezzo di soccorso avanzato (NAW – NEF) per 100.000 abitanti Limite MASSIMO 3 automezzi di soccorso avanzato (NAW – NEF) per 100.000 abitanti	Limite MINIMO 6 ambulanze di soccorso di base (RTW) per 100.000 abitanti Limite MASSIMO 10 ambulanze di soccorso di base (RTW) per 100.000 abitanti

**INDICATORI PER  
LA DISLOCAZIONE  
TERRITORIALE**

Nel corso del 2001 la Giunta Provinciale ha definito, con apposita deliberazione (n. 4326/2001), sei indicatori per la dislocazione nel territorio della Provincia delle postazioni e degli automezzi di soccorso. La descrizione di tali indicatori, con i rispettivi valori limite, viene presentata in Tabella 42.

Sulla base dei valori assunti da questi sei indicatori, è stata definita l'ubicazione delle postazioni degli automezzi di soccorso, nonché la quantificazione del numero di automezzi destinati al trasporto sanitario di emergenza da dislocare nelle varie postazioni.

**POSTAZIONI DEGLI  
AUTOMEZZI DI SOCCORSO**

Nel 2004 nel territorio provinciale risultavano operanti 31 postazioni degli automezzi di soccorso attive 24 ore su 24. In particolare l'associazione di soccorso Croce Bianca è attiva in provincia in 30 postazioni (di cui 7 con medico presente), mentre la Croce Rossa svolge la propria attività in 5 postazioni (di cui 1 con medico presente).

Tabella 43: Dotazione di automezzi di trasporto sanitario. Situazione al 31/12/2004

	Automezzi di soccorso medicalizzati (NAW, NEF)	Automezzi di soccorso avanzato di base (RTW)	Automezzi di trasporto misto (NKTW)	Automezzi di trasporto (KTW)	Automezzi di trasporto per lunghe distanze (LKTW)	Autovetture (PKW)
Croce Bianca	9	26	6	109	3	29
Croce Rossa	3	6	-	13	4	9
<b>TOTALE</b>	<b>12</b>	<b>32</b>	<b>6</b>	<b>122</b>	<b>7</b>	<b>38</b>

Fonte: Croce Bianca e Croce Rossa

Nel 2004 la dotazione complessiva di automezzi di soccorso presso le postazioni attive in provincia di Bolzano ha subito alcune variazioni rispetto al 2003.

Per il trasporto sanitario di persone o materiali, sono stati utilizzati dalle organizzazioni di soccorso Croce Bianca e Croce Rossa 12 automezzi di soccorso medicalizzati (NAW o NEF), 32 automezzi di soccorso avanzato di base (RTW), 6 automezzi di trasporto misto (NKTW), 129 automezzi per il trasporto non urgente (KTW o LKTW) e 38 autovetture per il trasporto di esami di laboratorio, referti, plasma, ecc.

Il servizio di Elisoccorso provinciale, parte integrante del servizio di Trasporto Sanitario, è affidato dalla provincia alla Comunità di Lavoro composta da AVS-BRD, CAI-CNSA e Croce Bianca, quest'ultima con funzioni di capofila.

Il servizio di Elisoccorso è dotato di 2 elicotteri, uno dislocato presso l'ospedale di Bolzano e l'altro presso l'ospedale di Bressanone. In caso di particolari esigenze un ulteriore velivolo viene messo a disposizione dall'organizzazione del soccorso alpino Aiut Alpin Dolomites, durante la stagione invernale ed estiva.

#### 2.3.4. Interventi di Emergenza Sanitaria

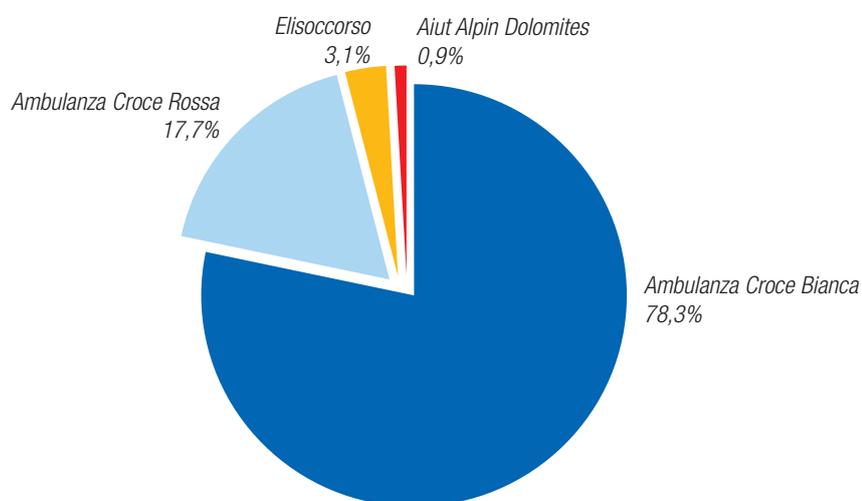
Nel 2004 sono stati effettuati 53.063 interventi di Emergenza Sanitaria, pari ad una media giornaliera di circa 145 interventi. Rispetto all'anno precedente, si registra un incremento del 1,6%.

Nel 78,3% degli interventi hanno prestato soccorso le ambulanze della Croce Bianca, mentre nel 17,7% 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 (0,9%).

**AUTOMEZZI DEL SERVIZIO  
DI TRASPORTO  
SANITARIO**

**SERVIZIO DI  
ELISOCCORSO**

Figura 5: Interventi di emergenza sanitaria distribuiti per organizzazione di soccorso coinvolta – Anno 2004



INTERVENTI, PERSONE  
TRASPORTATE,  
CHILOMETRI PERCORSI

Per effettuare gli interventi di emergenza in ambulanza sono stati percorsi nel 2004 quasi un milione e mezzo di chilometri, pari ad una media di circa 29 chilometri per intervento. Sono stati effettuati, inoltre, 2.095 interventi in elicottero, per un numero complessivo di circa 1.164 ore di volo (circa 33 minuti di volo per intervento).

Tabella 44: Interventi effettuati, persone trasportate e chilometri percorsi dalle organizzazioni di soccorso provinciali – Anno 2004

Organizzazioni di soccorso	Numero interventi	Numero persone trasportate	Numero chilometri percorsi/ minuti di volo
Croce Bianca	41.565	42.834	1.237.637
Croce Rossa	9.403	9.722	230.756
Elisoccorso Croce Bianca	1.642	1.558	53.739
Aiut Alpin Dolomites	453	433	16.135
<b>TOTALE</b>	<b>53.063</b>	<b>54.547</b>	

Fonte: Croce Bianca e Croce Rossa

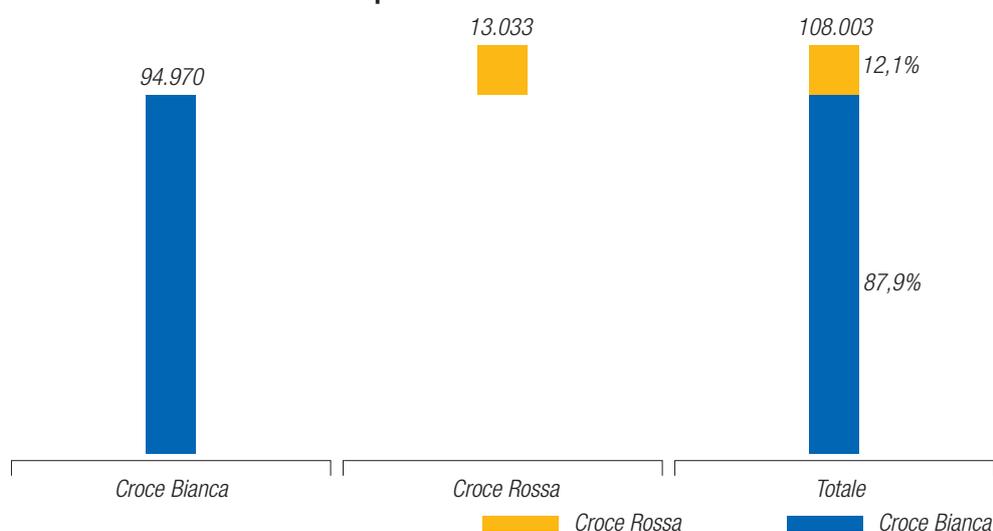
### 2.3.5. Interventi di Trasporto Sanitario non Urgente

TRASPORTI EFFETTUATI

Nel 2004, il servizio di Trasporto Sanitario ha effettuato circa 108.000 trasporti sanitari programmati, pari ad una media di circa 295 interventi di trasporto al giorno.

Nel 87,9% dei casi sono intervenute le ambulanze di trasporto della Croce Bianca, mentre nel restante 12,1% sono stati utilizzati automezzi di trasporto sanitario della Croce Rossa.

Figura 6: Interventi di trasporto sanitario non urgente distribuiti per organizzazione di trasporto coinvolta - Anno 2004



Per effettuare i trasporti sanitari non urgenti sono stati percorsi nel 2004 circa 4 milioni di chilometri, per un valore medio di 42,6 chilometri per ciascun intervento di trasporto.

Tabella 45: Trasporti sanitari non urgenti effettuati, persone trasportate e chilometri percorsi dalle organizzazioni di trasporto sanitario – Anno 2004

Organizzazioni di trasporto sanitario	Numero interventi di trasporto sanitario	Numero persone trasportate	Numero chilometri percorsi/
Croce Bianca	94.970	121.434	4.161.873
Croce Rossa	12.033	14.173	443.044
<b>TOTALE</b>	<b>108.003</b>	<b>135.607</b>	<b>4.604.917</b>

Fonte: Croce Bianca e Croce Rossa

Rispetto all'anno precedente, sono stati effettuati nel 2004 circa 5 interventi di trasporto sanitario in meno al giorno, con una riduzione annua del 1,9%. Sono stati effettuati, inoltre, 85 interventi in elicottero per esercitazioni per un totale di 7.063 minuti di volo.

CHILOMETRI PERCORSI

## 2.4. ASSISTENZA FARMACEUTICA

Nel 2004 le farmacie aperte al pubblico erano 107 con grado di copertura della pianta organica pari all'85,4%.

La prescrizione di farmaci nel 2004 ha superato il tetto dei 2.5 milioni di ricette, corrispondente a 5,3 ricette procapite e 10,6 confezioni di medicinali prescritti in media per ciascun cittadino. La categoria di farmaci maggiormente assunti dalla popolazione altoatesina riguarda i medicinali per il sistema cardiovascolare (oltre 2 milioni di confezioni prescritte pari in media a 262 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti).

Nel 2004 la spesa netta per l'assistenza farmaceutica a carico del Servizio sanitario ha raggiunto quasi il tetto di 74 milioni di Euro con un aumento, rispetto al 2003, del 4,9% a fronte di un incremento medio nazionale dell'8,0%.

La maggior parte delle prescrizione farmaceutiche sono dovute ai medici di medicina generale, con un ammontare di farmaci prescritti pari all'84,5%.

L'assistenza farmaceutica territoriale viene erogata dalle aziende sanitarie attraverso le farmacie e riguarda la fornitura di specialità medicinali e di preparati galenici, con o senza pagamento di ticket, agli assistiti.

Le farmacie possono essere private convenzionate, oppure pubbliche. Le farmacie pubbliche si suddividono ulteriormente in interne, se istituite per esclusivo servizio dell'ente titolare, ad esempio l'azienda sanitaria, e in esterne, come nel caso della farmacia comunale.

Tutti i dati contenuti in questo capitolo fanno riferimento ai servizi che le farmacie private e comunali offrono al pubblico.

### 2.4.1. Le farmacie

L'autorità sanitaria stabilisce la distribuzione delle farmacie sul territorio in modo che ve ne sia almeno una ogni 5.000 abitanti nei comuni con popolazione fino a 12.500 ed una ogni 4.000 abitanti negli altri. Al 31.12.2004, in provincia erano aperte al pubblico 107 farmacie, circa metà delle quali situate nell'Azienda Sanitaria di Bolzano.

Tabella 46: Carico medio di utenti per farmacia, per azienda sanitaria - Anno 2004

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Farmacie	50	27	12	18	107
Abitanti per farmacia	4.238	4.605	5.665	4.004	4.451

Fonte: PAB- ufficio Distretti Sanitari

Nel 2004 il grado di copertura delle farmacie attivate rispetto a quelle previste in pianta organica, è rimasto invariato rispetto all'anno precedente (85,4%). Con riferimento agli standard previsti dalla deliberazione della Giunta Provinciale n.

2788 del 31/7/2000, l'adeguamento più cospicuo si osserva nell'Azienda Sanitaria di Bolzano, dove si registra un grado di copertura pari al 96,2%. In termini pro capite, il numero medio di farmacie ogni 10.000 abitanti è di 2,2, variabile da un minimo di 1,8 nell'Azienda Sanitaria di Bressanone ad un massimo di 2,5 in quella di Brunico.

Tabella 47: **Farmacie previste e attivate nelle aziende sanitarie per distretto, grado di copertura della pianta organica, farmacie ogni 10.000 abitanti - Anno 2004**

	<i>previste</i>	<i>attivate</i>	<i>% copertura p.o.</i>	<i>Farmacie/ 10.000 ab.</i>
<i>Val Gardena</i>	3	3	100,0	3,4
<i>Val d'Ega-Sciliar</i>	6	6	100,0	3,2
<i>Salto-Val Sarentino-Renon</i>	4	3	75,0	1,7
<i>Oltradige</i>	4	4	100,0	1,5
<i>Laives-Bronzolo-Vadena</i>	4	4	100,0	2,1
<i>Bassa Atesina</i>	6	5	83,3	2,2
<i>Bolzano</i>	25	25	100,0	2,6
<b>AS Bolzano</b>	<b>52</b>	<b>50</b>	<b>96,2</b>	<b>2,4</b>
<i>Alta Val Venosta</i>	4	2	50,0	1,3
<i>Media Val Venosta</i>	5	4	80,0	2,2
<i>Naturno-circondario</i>	3	2	66,7	1,9
<i>Lana-circondario</i>	6	5	83,3	2,2
<i>Merano-circondario</i>	12	12	100,0	2,4
<i>Val Passiria</i>	3	2	66,7	2,3
<b>AS Merano</b>	<b>33</b>	<b>27</b>	<b>81,8</b>	<b>2,2</b>
<i>Alta Valle Isarco</i>	7	3	42,9	1,7
<i>Bressanone-circondario</i>	7	7	100,0	2,1
<i>Chiusa-circondario</i>	3	2	66,7	1,3
<b>AS Bressanone</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>70,6</b>	<b>1,8</b>
<i>Tures-Aurina</i>	2	2	100,0	1,6
<i>Brunico-circondario</i>	10	8	80,0	2,3
<i>Alta Val Pusteria</i>	5	4	80,0	2,7
<i>Val Badia</i>	4	4	100,0	4,0
<b>AS Brunico</b>	<b>21</b>	<b>18</b>	<b>85,7</b>	<b>2,5</b>
<b>TOTALE</b>	<b>123</b>	<b>107</b>	<b>87,0</b>	<b>2,2</b>

Fonte: PAB- ufficio Distretti Sanitari

Il carico medio di potenziali utenti per farmacia in provincia è di 4.451 abitanti. A livello di distretto il campo di variazione è però molto ampio: in Val Badia vi sono 2.528 abitanti per farmacia, nei distretti di Alta Val Venosta e Chiusa ve ne sono oltre 7.500. Tali carichi medi rappresentano comunque valori teorici, poiché non tengono conto della presenza turistica riscontrabile nei periodi estivo ed invernale nei maggiori centri turistici della provincia.

**CARICO MEDIO DI UTENTI  
PER FARMACIA**

Figura 7: **Abitanti per farmacia - Azienda Sanitaria di Bolzano - Anno 2004**

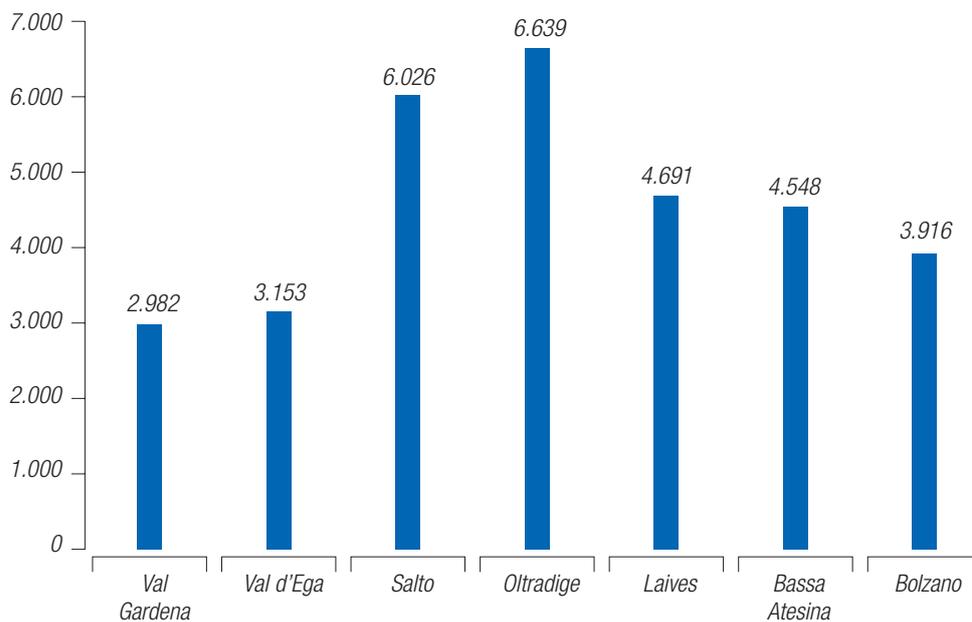


Figura 8: **Abitanti per farmacia - Azienda Sanitaria di Merano - Anno 2004**

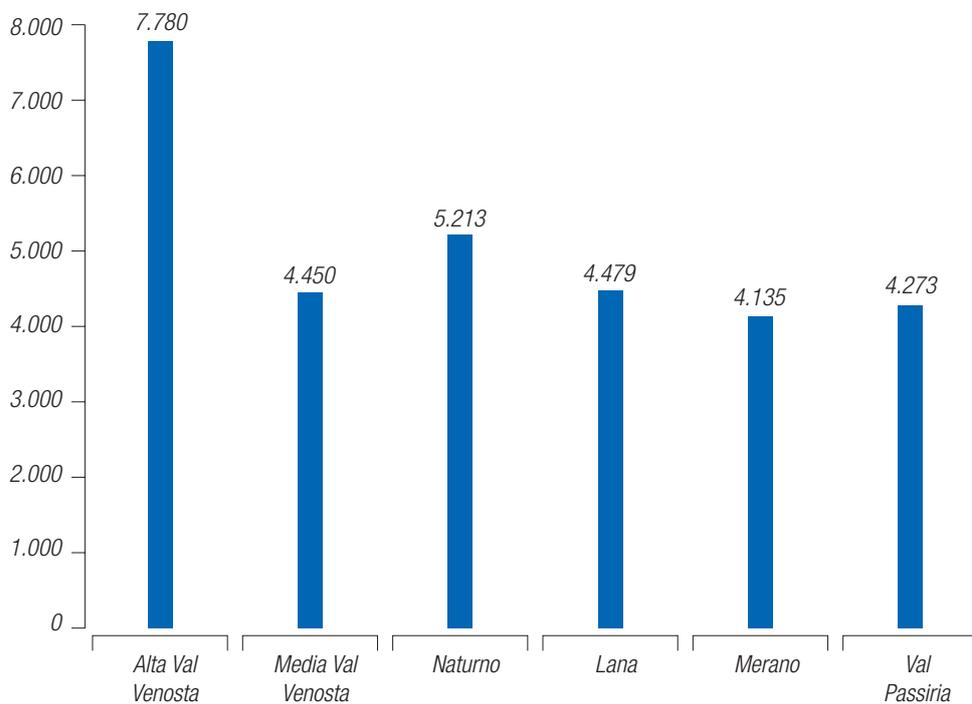
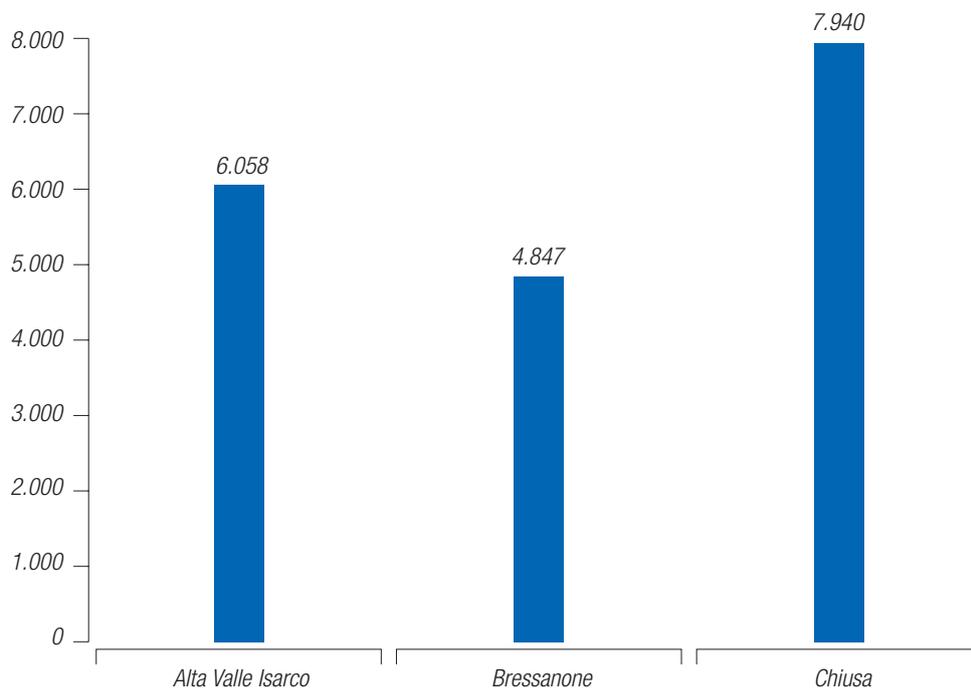
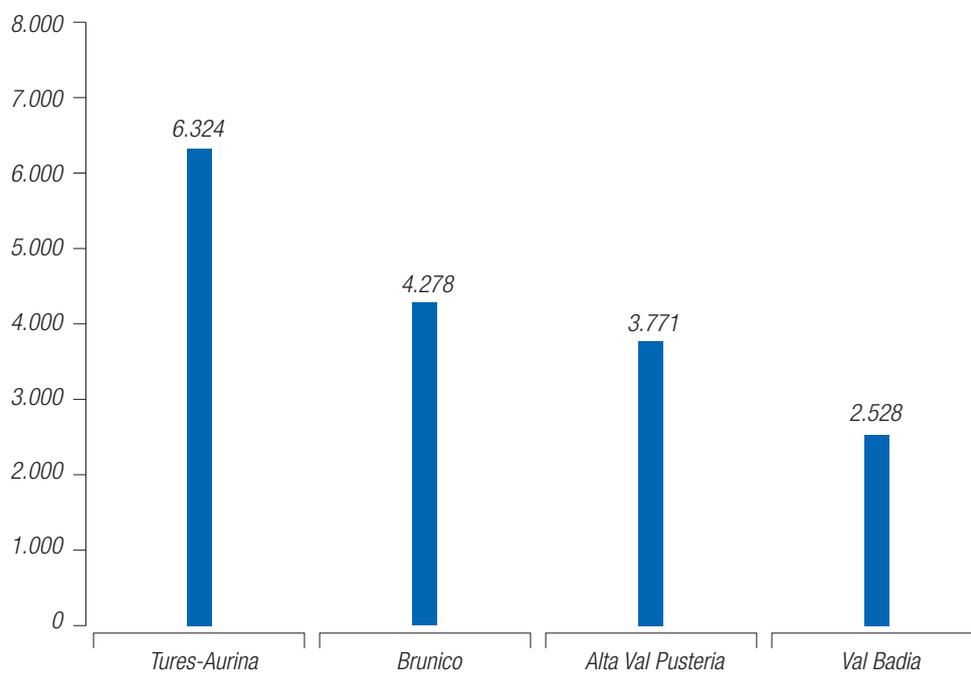


Figura 9: **Abitanti per farmacia - Azienda Sanitaria di Bressanone - Anno 2004**Figura 10: **Abitanti per farmacia - Azienda Sanitaria di Brunico - Anno 2004**

### 2.4.2. Il consumo di farmaci

L'assistenza farmaceutica si concretizza nella distribuzione di farmaci agli assistiti, generalmente sulla base della prescrizione da parte del medico curante; in alcuni casi l'erogazione avviene in forma gratuita, in altri con la partecipazione totale o parziale dei cittadini alla spesa, a seconda della essenzialità sanitaria dei farmaci prescritti.

**CRITERI DI  
CLASSIFICAZIONE DEI  
FARMACI**

La legge 24 dicembre 1993, n. 537, all'art. 8 (disposizioni in materia di sanità), fissa i criteri secondo i quali la Commissione Unica del Farmaco (CUF) deve classificare i farmaci che entrano in commercio. Le classi previste dalla normativa in vigore nel 2003 sono<sup>1</sup>:

Classe A – farmaci essenziali e farmaci per malattie croniche, a totale carico del SSN. La classe A prevede anche un sottogruppo di farmaci, classe H, che comprende farmaci rimborsati esclusivamente se utilizzati in ambiente ospedaliero o di day hospital;

Classe C – farmaci a carico dei cittadini, utilizzati per patologie di lieve entità o considerate minori (antinevralgici, antipiretici, lassativi, decongestionanti nasali, ecc), oppure farmaci da utilizzare per brevi periodi onde evitare potenziali abusi (benzodiazepine). I farmaci di classe C possono essere suddivisi in tre gruppi principali:

1. farmaci soggetti a prescrizione medica;
2. farmaci senza obbligo di prescrizione medica (SOP) e per i quali non è possibile fare pubblicità;
3. farmaci da banco (OTC) senza obbligo di prescrizione medica, ma che possono essere pubblicizzati.

Sulla base della legge n. 326 del 24 novembre 2003 che dispone, in caso di superamento del tetto di spesa programmato per l'assistenza farmaceutica, il ripiano della differenza ripartendo l'onere in un 60% a carico delle aziende farmaceutiche e il rimanente 40% a carico delle regioni, il Governo con decreto legge ha attuato una manovra correttiva. L'obiettivo della manovra è stato quello di ridurre con un primo parziale intervento il divario tra tetto di spesa programmato (pari al 13% della spesa sanitaria) e quello effettivo. Tale provvedimento, convertito in legge in data 2 agosto 2004 n. 202, ha previsto la riduzione della quota di spettanza del produttore, pari al 66,7% del prezzo al pubblico al netto di IVA, di un 6,8% a partire da luglio 2004 (4,1% sul prezzo al pubblico, ad eccezione degli emoderivati naturali e da DNA ricombinante e dei medicinali non coperti da brevetto)<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Fonte: Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali

<sup>2</sup> Fonte: Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali

A livello provinciale, con deliberazione della G.P. n. 1862 del 27 maggio 2002, è stata introdotta la compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino per tutte le prestazioni del Servizio Sanitario Provinciale. Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica tale provvedimento ha sancito l'introduzione del ticket, con decorrenza dal 1 luglio 2002, secondo le seguenti modalità:

1. popolazione non esente: due euro per confezione di farmaco prescritto, con un massimo di quattro euro per due o più medicinali;
2. popolazione esente per malattia o per reddito o per grado di invalidità non elevato: un euro per ricetta;
3. popolazione fiscalmente a carico di uno o entrambi i genitori: un euro per una confezione di farmaco prescritto e due euro per due o più confezioni prescritte;
4. popolazione affetta da elevato grado di invalidità o popolazione in età pediatrica il cui nucleo familiare è esente per reddito: nessun ticket.

Con circolare del 30 ottobre 2003, provvedimento attuativo della l.p. n. 7 del 05.03.2001 "Legge di riordino del sistema sanitario provinciale", è stata applicata l'esenzione del ticket ai cittadini affetti da alcune malattie rare (linfedema e fibromialgia).

Le analisi relative al consumo di farmaci in Provincia di Bolzano nel 2004 di seguito presentate, si riferiscono ai medicinali a carico del SSN; sono esclusi, quindi, i farmaci acquistati dai cittadini e completamente a loro carico. Le fonti informative contattate ai fini della rilevazione dei dati si riferiscono a:

- ufficio Distretti Sanitari (consistenza delle farmacie e loro dislocazione, numero di ricette, spesa complessiva per azienda sanitaria e loro componenti);
- ufficio Contabilizzazione Ricette dell'Azienda Sanitaria di Bolzano (flusso anonimizzato delle prescrizioni di farmaci erogati dalle farmacie del territorio provinciale, contenenti anche i dati anagrafici dell'assistito).

Nel 2004 sono state emesse complessivamente 2.511.452 ricette, pari ad un aumento a livello provinciale del 2,8% rispetto all'anno precedente; incrementi più sensibili, pari al 3,8%, si osservano nelle aziende sanitarie di Bressanone e Brunico

Tabella 48: **Indicatori generali sul consumo di farmaci per azienda sanitaria - Anno 2004**

	<i>Bolzano</i>	<i>Merano</i>	<i>Bressanone</i>	<i>Brunico</i>	<i>Provincia</i>
<i>Totale ricette</i>	1.197.952	642.698	329.799	341.003	2.511.452
<i>Ricette pro-capite</i>	5,7	5,2	4,9	4,7	5,3
<i>Totale pezzi</i>	2.430.766	1.264.363	681.470	684.540	5.061.139
<i>Pezzi pro-capite</i>	11,5	10,2	10,0	9,5	10,6

Fonte: PAB- ufficio Distretti Sanitari

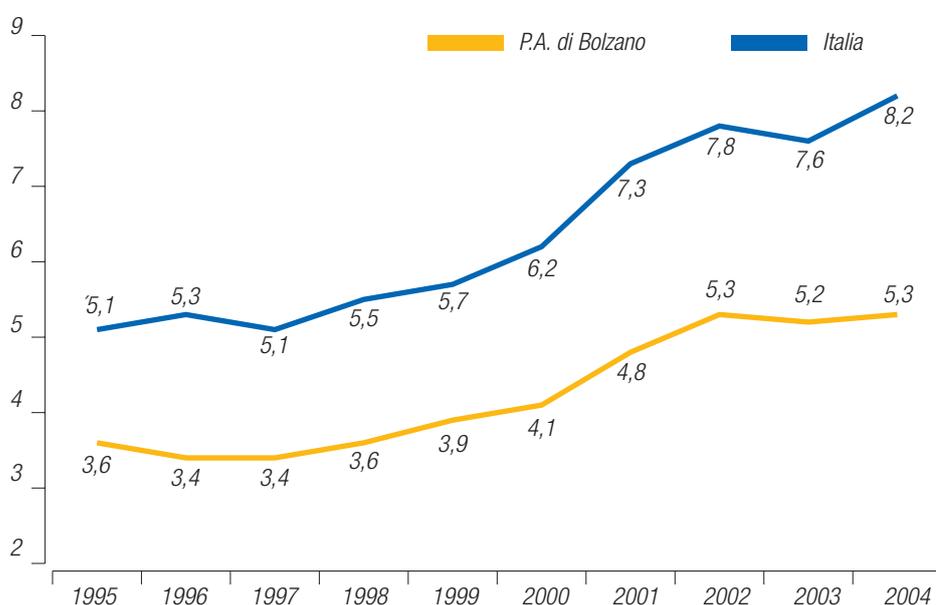
**INTRODUZIONE DEL  
TICKET DAL 1 LUGLIO  
2002**

**PRESCRIZIONE DI  
RICETTE  
FARMACEUTICHE**

L'andamento delle prescrizioni farmaceutiche negli ultimi undici anni evidenzia un aumento del numero di ricette procapite dal 1998 al 2004, sia a livello nazionale sia in provincia, con valori costantemente inferiori per la provincia di Bolzano rispetto al trend nazionale.

La prescrizione di farmaci in Italia ha subito un temporaneo rallentamento nel 2003 in virtù dei numerosi provvedimenti adottati in tema di razionalizzazione della spesa; a livello provinciale si osserva un rallentamento della prescrizione di ricette che si attesta nell'ultimo triennio ad un valore pari a 5,2 ricette procapite.

Figura 11: N. medio ricette pro-capite in P.A. di Bolzano e in Italia. Anni 1995-2004



**PRESCRIZIONE DI  
FARMACI (NUMERO DI  
CONFEZIONI)**

Il numero di confezioni di farmaci prescritti nel 2004 ha superato il tetto dei cinque milioni di pezzi (5.061.139), pari a 10,6 confezioni di medicinali pro capite, con valori massimi nell'Azienda Sanitaria di Bolzano e minimi in quella di Brunico.

**CLASSIFICAZIONE  
INTERNAZIONALE DEI  
FARMACI ATC**

Al fine di rendere confrontabili le quantità di farmaci prescritti agli altoatesini nel 2004, secondo le differenti tipologie di medicinali e le diverse modalità di consumo nelle aziende sanitarie, nell'analisi dei consumi sono state utilizzate rispettivamente, la classificazione internazionale dei farmaci ATC (classificazione Anatomica, Terapeutica, Chimica), e la quantità standard di dosi di farmaco prescritta (DDD – Dosi Definite Die). La DDD rappresenta la dose giornaliera di farmaco, da prescrivere in relazione al principio attivo contenuto nel medicinale e per una durata del trattamento farmacologico corrispondente alla quantità di farmaco inclusa in una confezione.

**DOSE GIORNALIERA  
DEFINITA DDD**

L'indicatore DDD/1.000 abitanti die, rappresenta, quindi, la quantità media giornaliera di medicinali (in unità standard) prescritti nel periodo di riferimento (un mese, un semestre, un anno, ecc.) per 1.000 residenti.

Figura 12: Consumo medio di farmaci (DDD X 1.000 ab. die) per sesso e per azienda sanitaria - Anno 2004

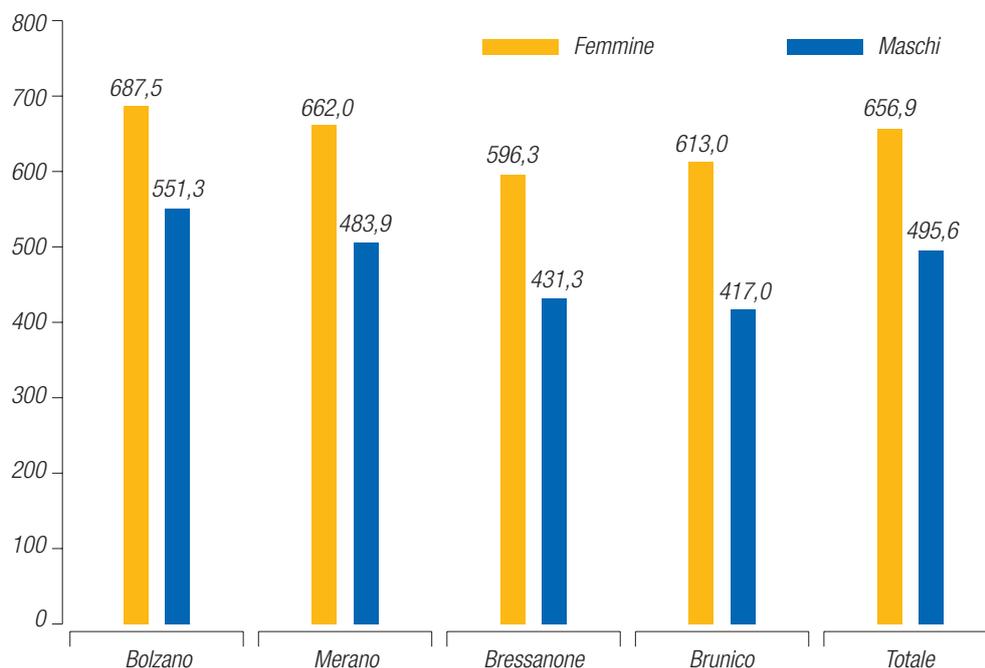
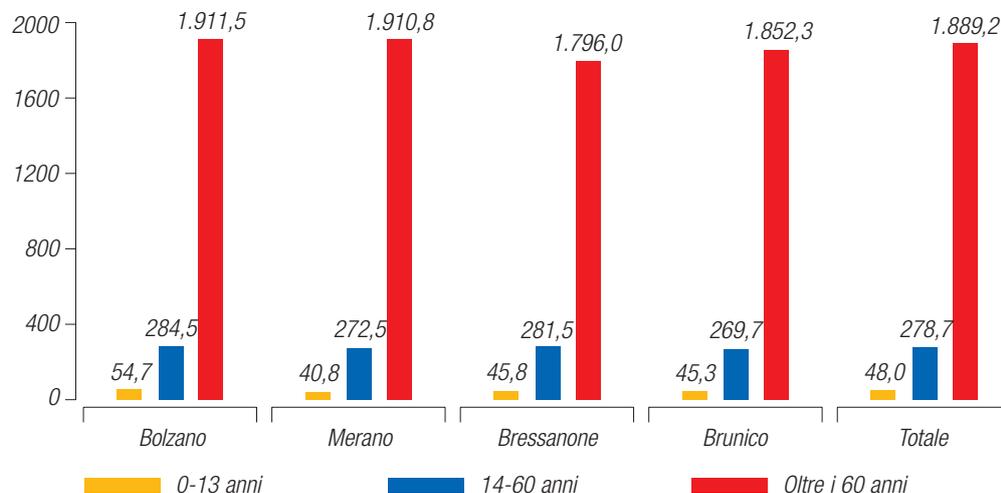


Figura 13: Consumo medio di farmaci (DDD X 1.000 ab. die) per età e per azienda sanitaria - Anno 2004



I dati relativi al consumo di farmaci evidenziano sostanziali differenze tra i sessi: nell'anno 2004 gli uomini hanno consumato mediamente 495 dosi giornaliere di medicinali ogni 1.000 maschi residenti (pari a 9,2 confezioni pro-capite nell'intero periodo), mentre le donne si sono attestate mediamente su 657 dosi giornaliere ogni 1.000 altoatesine (pari a 11,8 confezioni pro-capite nell'intero anno). Va peraltro precisato che la banca dati dei farmaci prescritti agli assistiti in alcuni casi non era completa delle informazioni relative al sesso e/o all'età, comportando quindi una differenza nel totale confezioni distribuite riportato in Tabella 49, rispetto al valore indicato in Tabella 48.

**CONSUMO DI FARMACI  
PER ETÀ E SESSO**

Tabella 49: Numero di pezzi distribuiti per età, sesso e azienda sanitaria - Anno 2004

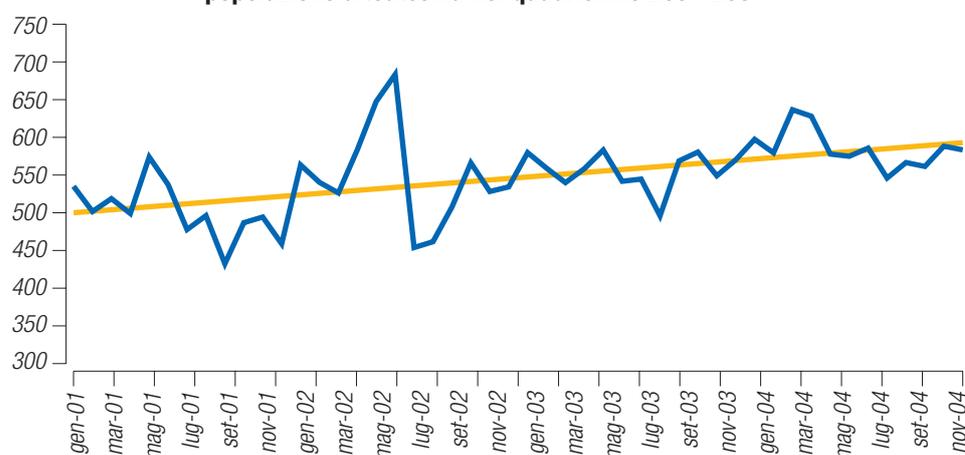
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
<b>Maschi</b>					
0-13 anni	30.989	14.876	10.493	10.771	67.129
14-60 anni	305.475	159.172	94.398	88.057	647.102
Oltre i 60 anni	720.288	364.467	174.617	185.749	1.445.121
<b>TOTALE</b>	<b>1.056.752</b>	<b>538.515</b>	<b>279.508</b>	<b>284.577</b>	<b>2.159.352</b>
<b>Femmine</b>					
0-13 anni	27.524	12.491	9.116	9.547	58.678
14-60 anni	383.396	217.985	126.870	127.331	855.582
Oltre i 60 anni	934.002	498.736	237.487	250.953	1.921.178
<b>TOTALE</b>	<b>1.344.922</b>	<b>729.212</b>	<b>373.473</b>	<b>387.831</b>	<b>2.835.438</b>
<b>Totale</b>					
0-13 anni	58.513	27.367	19.609	20.318	125.807
14-60 anni	688.871	377.157	221.268	215.388	1.502.684
Oltre i 60 anni	1.654.290	863.203	412.104	436.702	3.366.299
<b>TOTALE</b>	<b>2.401.674</b>	<b>1.267.727</b>	<b>652.981</b>	<b>672.408</b>	<b>4.994.790</b>

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano - ufficio Contabilizzazione Ricette

Forti risultano anche le differenze nei consumi secondo l'età: in età pediatrica il consumo medio nel 2004 è di circa 70 dosi giornaliere ogni 1.000 bambini (pari a circa 2 confezioni per bambino nell'intero anno), con un campo di variabilità tra 60 (Brunico) e 90 (Bressanone); in età adulta il consumo medio è di 290 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti (268 Brunico; 305 Bolzano), pari a circa 5 confezioni pro-capite per l'intero periodo; in età anziana il consumo cresce notevolmente, arrivando mediamente a circa 1.700 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti (1.600 Bressanone; 1.737 Bolzano), corrispondenti a circa 32 confezioni pro-capite nell'anno.

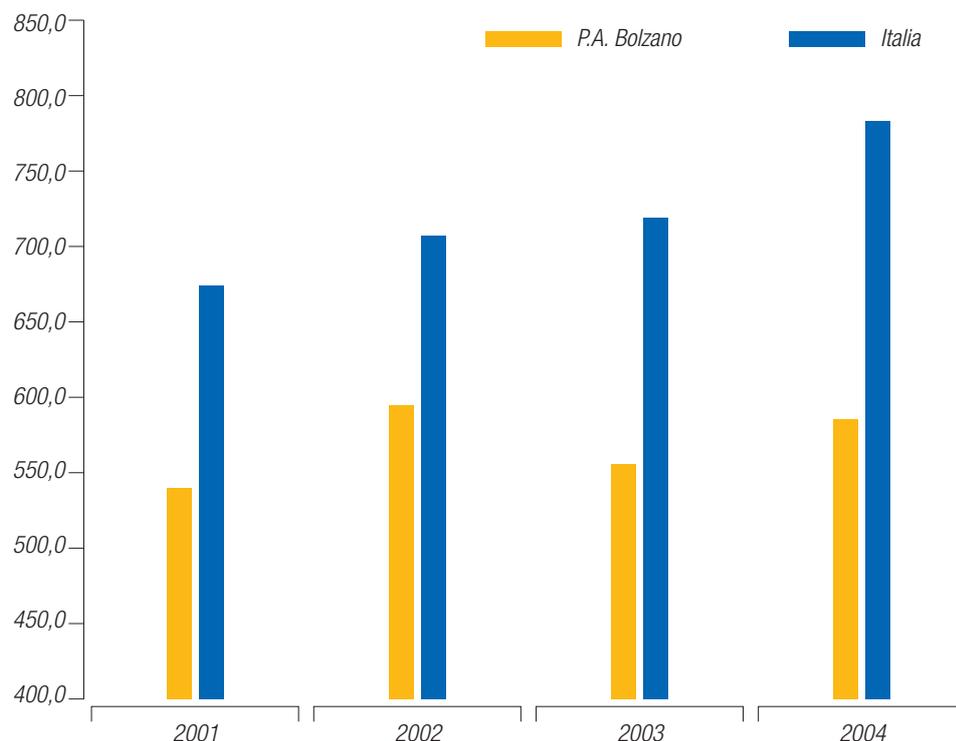
Si conferma la tendenza riscontrata negli anni nelle quattro aziende sanitarie, ovvero importanti differenze nei consumi distinti per età e sesso degli assistiti: dei circa 4.843.106 pezzi distribuiti nell'anno 2003 in provincia, il 57,5% era destinato a donne, nel 63,9% dei casi di età superiore ai 60 anni.

Figura 14: Numero medio di dosi giornaliere per 1.000 residenti distribuite alla popolazione altoatesina nel quadriennio 2001-2004



L'andamento del consumo medio giornaliero di medicinali ogni 1.000 residenti altoatesini nel quadriennio 2001 – 2004, evidenzia un trend crescente ed una elevata variabilità dei consumi mensili. Nel 2002, si osserva un picco massimo di distribuzione di farmaci nel mese di giugno seguito da un crollo dei consumi nel mese di luglio, in corrispondenza dell'entrata in vigore della delibera della G.P. n. 1862 del 27/05/02 relativa all'introduzione dei ticket sui farmaci.

Figura 15: Consumo medio di farmaci (DDD X 1.000 a.b. die) in P.A. di Bolzano e in Italia - Anni 2001-2004



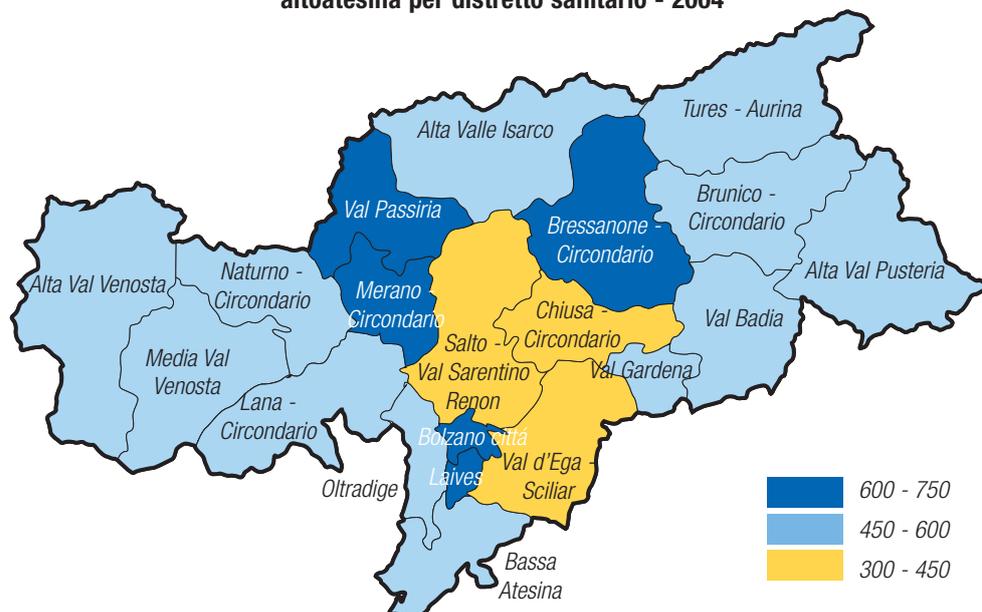
Rispetto alla tendenza media nazionale, la propensione ai consumi altoatesini nell'ultimo biennio evidenzia un incremento meno accentuato, ampliando la forbice tra consumi medi nazionali e provinciali (Figura 15).

Al fine di eliminare le differenze nel consumo di farmaci determinate dalle caratteristiche demografiche della popolazione (sesso ed età), di seguito, nel confronto tra distretti sanitari e aziende sanitarie, è stato adottato un sistema di pesi utilizzato dal Dipartimento della programmazione del Ministero della Salute per la ripartizione della quota capitaria del Fondo Sanitario Nazionale (FSN).

**CONSUMO DI FARMACI  
NEL QUADRIENNIO  
2001-2004**

**SISTEMA DI PESI PER  
EFFETTO DELLE  
CARATTERISTICHE  
DEMOGRAFICHE**

Figura 16: Numero medio di dosi giornaliere per 1.000 residenti distribuite alla popolazione altoatesina per distretto sanitario - 2004



Il consumo di farmaci a livello di distretto sanitario evidenzia un elevato ricorso alla terapia farmacologica presso i centri ad alta densità abitativa, ad eccezione di Brunico, mentre i distretti sanitari di Salto-Val Sarentino-Renon, Val d'Ega-Sciliar e Chiusa, si distinguono per il minor uso di medicinali rispetto alle altre realtà locali.

Per alcuni farmaci non sono state riportate nella banca dati le informazioni relative al tipo di medico prescrittore, comportando quindi una differenza nel totale confezioni rilevate dall'Ufficio Distretti Sanitari dell'Assessorato della Sanità e riportato in Tabella 48, rispetto al valore indicato in Tabella 50.

Tabella 50: Consumo di farmaci (n. di pezzi distribuiti) per ATC e azienda sanitaria – Anno 2004

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
	<b>Numero pezzi distribuiti</b>				
Sist. cardiovascolare	1.001.373	529.981	239.781	264.110	2.035.245
Apparato gastrointestinale	296.751	148.967	79.438	67.838	592.994
Sist. nervoso centrale	232.022	117.154	80.866	91.189	521.231
Sangue ed organi emopoietici	164.399	103.051	46.350	52.837	366.637
Sist. genito-urinario/ormoni s.	148.822	83.958	52.038	50.024	334.842
Antimicrob. gen. per uso sist.	157.650	78.695	47.310	46.849	330.504
Sist. muscolo-scheletrico	145.913	82.871	44.763	38.969	312.516
Sist. respiratorio	113.620	50.677	26.741	22.174	213.212
Preparati ormonali sistemici	76.895	47.803	22.005	26.809	173.512
Organi di senso	46.207	18.413	6.980	6.992	78.592
Farmaci antineopl. immunom.	30.425	13.748	6.525	7.527	58.225
Dermatologici	16.410	8.146	4.893	4.921	34.370
Farmaci antiparassitari	9.416	2.847	1.574	1.198	15.035
Vari	396	248	39	152	835
<b>TOTALE</b>	<b>2.440.299</b>	<b>1.286.559</b>	<b>659.303</b>	<b>681.589</b>	<b>5.067.750</b>

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano - ufficio Contabilizzazione Ricette

**CONSUMO DI FARMACI**  
**(DDD/1.000 AB. DIE)**

La distribuzione delle dosi medie giornaliere di farmaci per 1.000 residenti altoatesini, erogate nel 2004 secondo il gruppo terapeutico ATC, individua ai primi cinque posti i gruppi di farmaci prescritti per il sistema cardiovascolare, per l'apparato gastrointestinale ed il metabolismo, per il sistema genito-urinario e gli ormoni sessuali, per il sangue ed organi emopoietici e per il sistema nervoso centrale.

Tabella 51: **Consumo di farmaci (DDD/1.000 abitanti die) per ATC e azienda sanitaria – Anno 2004**

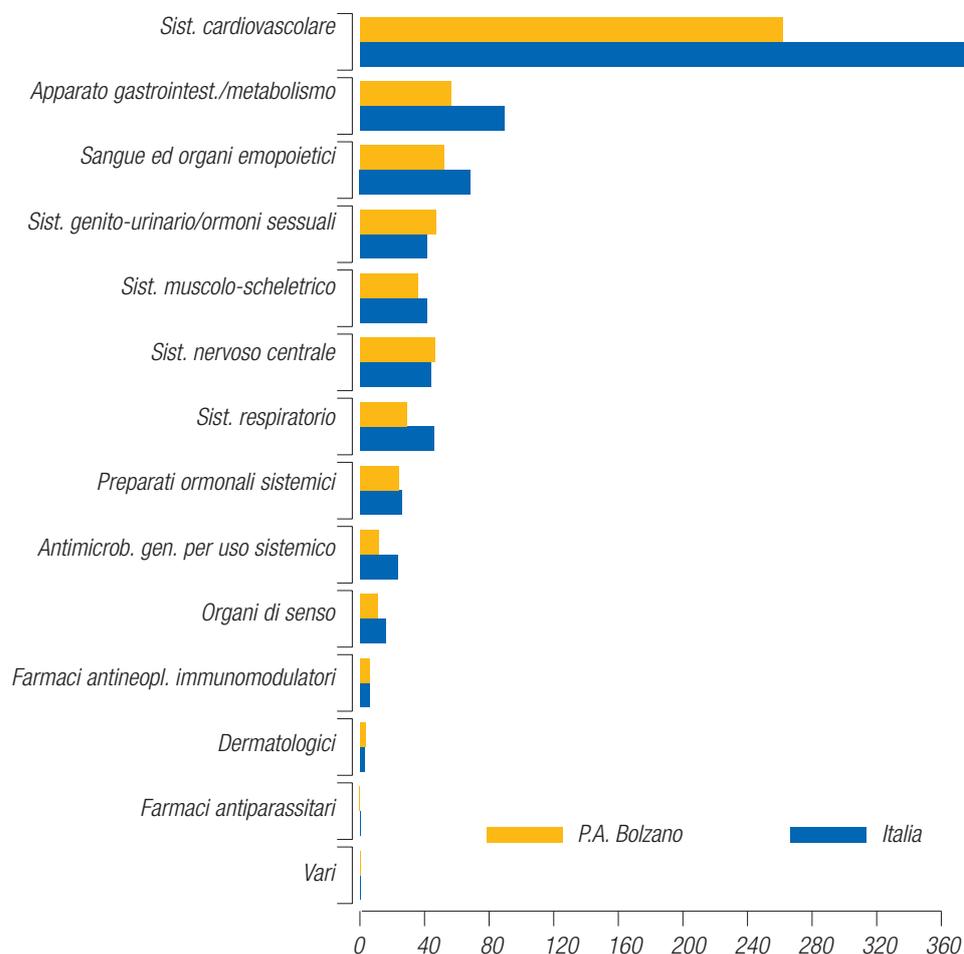
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
	<b>DDD/1.000 abitanti pro die</b>				
<i>Sist. cardiovascolare</i>	277,5	268,6	220,6	236,2	261,7
<i>Apparato gastrointestinale</i>	60,4	54,2	55,8	48,0	56,4
<i>Sangue ed organi emopoietici</i>	48,1	57,3	51,7	55,2	52,0
<i>Sist. genito-urinario/ormoni s.</i>	44,4	46,3	55,4	48,8	47,0
<i>Sist. nervoso centrale</i>	45,5	39,2	49,8	60,3	46,6
<i>Sist. muscolo-scheletrico</i>	35,4	36,9	38,7	31,5	35,7
<i>Sist. respiratorio</i>	33,5	27,4	26,2	20,6	29,1
<i>Preparati ormonali sistemici</i>	22,1	25,3	23,4	28,5	24,0
<i>Antimicrob. gen. per uso sist.</i>	12,2	10,5	12,4	11,7	11,7
<i>Organi di senso</i>	14,0	9,9	6,9	6,4	10,9
<i>Farmaci antineopl. immunom.</i>	7,2	5,1	4,5	4,6	5,9
<i>Dermatologici</i>	3,8	3,4	3,7	3,6	3,7
<i>Farmaci antiparassitari</i>	1,0	0,4	0,4	0,3	0,7
<i>Vari</i>	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
<b>TOTALE</b>	<b>605,3</b>	<b>584,7</b>	<b>549,6</b>	<b>556,0</b>	<b>585,5</b>

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano - ufficio Contabilizzazione Ricette

Tra le aziende sanitarie della provincia differenze emergono nei consumi di farmaci in particolare tra le aree geografiche sud-ovest (aziende sanitarie di Bolzano e Merano) e nord-est (aziende sanitarie di Bressanone e Brunico) della provincia. Nelle prime si osserva un maggior ricorso a terapie farmacologiche per il sistema cardiovascolare, gli organi di senso e per il sistema respiratorio, mentre nelle aziende sanitarie di Bressanone e Brunico la maggior prescrizione riguarda i farmaci per il sistema genito-urinario.

Differenze si osservano tra la popolazione italiana e quella altoatesina: a livello nazionale, il ricorso a farmaci per il sistema cardiovascolare, apparato gastrointestinale, sangue ed organi emopoietici e sistema respiratorio è sensibilmente superiore rispetto al consumo provinciale. Nel contesto nazionale si osserva inoltre un consumo omogeneo per i gruppi terapeutici del sistema muscolo scheletrico, sistema nervoso centrale e sistema respiratorio, a fronte di consumi molto diversificati tra questi gruppi a livello provinciale.

Figura 17: Distribuzione DDD/1.000 abitanti die - P.A. Bolzano e Italia - 2004



### 2.4.3. La spesa per farmaci

**SPESA LORDA PER  
L'ASSISTENZA  
FARMACEUTICA**

La spesa generale lorda per farmaci distribuiti attraverso le farmacie nel 2004 ha raggiunto il tetto di quasi 85 milioni di Euro, pari ad un incremento del 6,6% rispetto al 2003, a fronte di un aumento medio nazionale del 9,3%.

La spesa generale lorda per farmaci comprende solo le ricette spedite dalle farmacie convenzionate all'ufficio Contabilizzazione Ricette dell'Azienda Sanitaria di Bolzano. L'ammontare totale dei tickets esprime l'effettiva partecipazione degli assistiti alla spesa farmaceutica provinciale; rispetto al 2003 il contributo dei cittadini altoatesini alla spesa sanitaria farmaceutica è diminuito in misura pari all'1% a fronte di una riduzione media del 6,5% a livello nazionale.

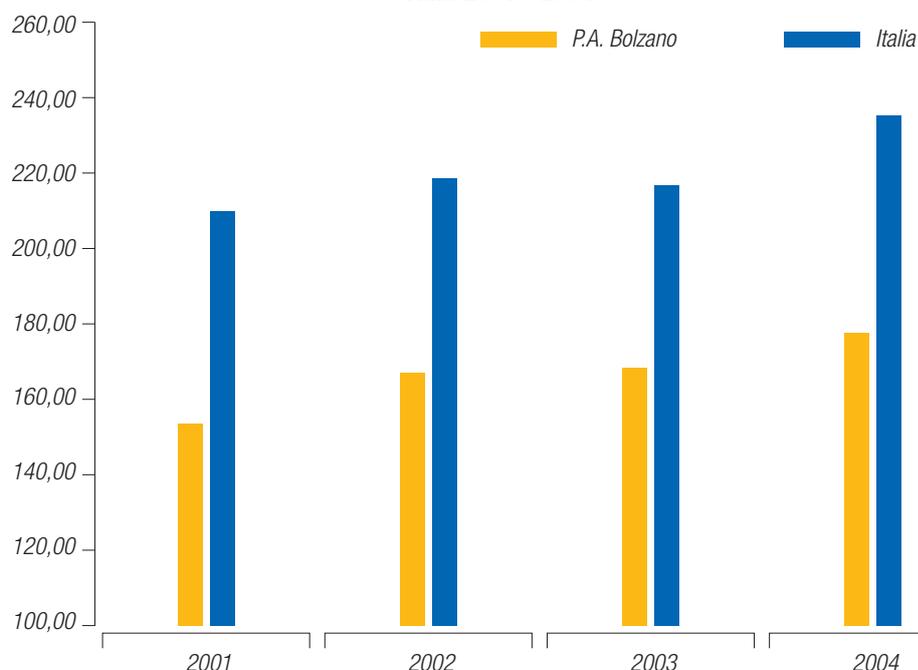
Tabella 52: Spesa farmaceutica in convenzione – P.A. di Bolzano e Italia – Anni 2003-2004

Migliaia di Euro	Anno 2003		Anno 2004		Differenze % 2003-2004	
	P.A. BZ	Italia	P.A. BZ	Italia	P.A. BZ	Italia
Spesa lorda	79.408,36	12.348.300,00	84.651,02	13.492.272,85	6,6	9,3
Ticket	4.550,88	641.400,00	4.506,98	600.017,19	-1,0	-6,5
Sconto farmacie	4.334,26	617.400,00	6.183,24	910.720,67	42,7	47,5
Spesa netta a carico SSN	70.523,22	11.089.200,00	73.960,80	11.981.534,99	4,9	8,0

Fonte: PAB - ufficio Distretti Sanitari; Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali

L'aumento della spesa farmaceutica è correlato ad un incremento del numero di ricette prescritte pari al 2,8% rispetto al 2003, ed al più alto costo medio per ricetta sostenuto dal SSP per erogare i medicinali prescritti nel 2004 rispetto all'anno precedente.

Figura 18: Spesa farmaceutica lorda procapite in P.A. di Bolzano e in Italia Anni 2001 - 2004



La normativa nazionale stabilisce che le farmacie applichino al Servizio Sanitario Nazionale/Provinciale uno sconto rispetto al prezzo dei farmaci riportato sulle confezioni; detraendo dalla spesa lorda l'ammontare dei ticket versato dai cittadini e lo sconto praticato dalle farmacie, si ottiene la spesa generale netta, corrispondente all'importo che la Provincia Autonoma di Bolzano rimborsa alle farmacie.

Nel 2004 la spesa netta a carico del SSP è aumentata del 4,9% rispetto all'anno precedente; gli aumenti più consistenti si osservano nelle aziende sanitarie di Merano e Brunico, rispettivamente pari al 5,6% ed al 5,8%, a fronte di un incremento molto più contenuto nell'Azienda Sanitaria di Bolzano (2,4%).

**SPESA FARMACEUTICA  
LORDA E NETTA**

Tabella 53: **Indicatori relativi alla spesa di farmaci in convenzione per azienda sanitaria – Anno 2004**

	<i>Bolzano</i>	<i>Merano</i>	<i>Bressanone</i>	<i>Brunico</i>	<i>Totale</i>
	<b>Indicatori di spesa farmaceutica</b>				
<i>Spesa lorda (migliaia Euro)</i>	42.082,18	20.898,80	10.189,02	11.481,01	84.651,02
<i>Ticket (migliaia Euro)</i>	2.170,49	1.134,66	600,06	601,77	4.506,98
<i>Sconto farmacie (migliaia Euro)</i>	3.189,02	1.495,12	722,04	777,07	6.183,24
<i>Spesa netta a carico SSN (migliaia Euro)</i>	36.722,67	18.269,03	8.866,93	10.102,17	73.960,80
<i>Spesa netta procapite al netto dell'età (Euro)</i>	166,37	147,49	138,16	149,65	155,29
<i>Spesa lorda media per DDD</i>	0,86	0,79	0,79	0,84	0,83
	<b>Variazione percentuale 2003-2004</b>				
<i>Spesa lorda</i>	5,1	8,2	7,6	8,3	6,6
<i>Ticket</i>	-1,1	-1,1	-0,1	-1,2	-1,0
<i>Sconto farmacie</i>	38,4	50,2	42,5	47,3	42,7
<i>Spesa netta a carico SSN</i>	3,4	6,4	6,0	6,7	4,9
<i>Spesa netta procapite al netto dell'età</i>	2,4	5,6	4,6	5,8	3,9
<i>Spesa lorda media per DDD</i>	-0,6	1,7	1,2	0,1	0,3

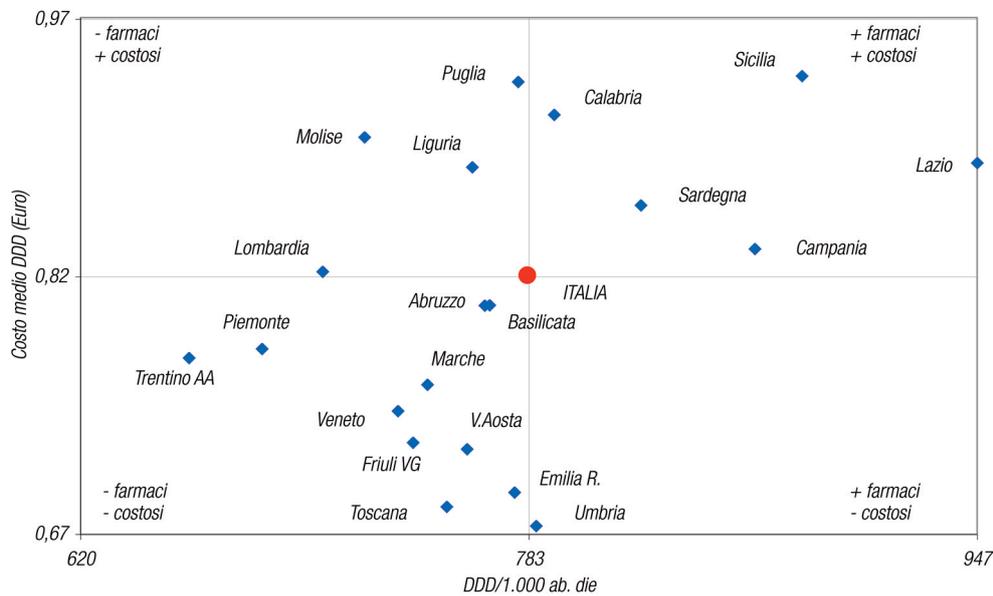
Fonte: elaborazione dati PAB - ufficio Distretti Sanitari

Il Servizio Sanitario Provinciale ha speso mediamente circa 155 Euro pro-capite per l'assistenza farmaceutica, pari al 34% in meno rispetto alla media nazionale (235 Euro). I livelli più alti di spesa pro-capite al netto dell'età, sono stati sostenuti dall'Azienda Sanitaria di Bolzano (166,37 Euro), mentre valori minimi si osservano nell'Azienda Sanitaria di Bressanone (138,16 Euro).

La distribuzione territoriale per regione e per azienda sanitaria del consumo medio giornaliero di farmaci (DDD/1.000 abitanti pro die), rapportata alla spesa media per unità di dose giornaliera DDD, consente alcune interessanti considerazioni sui consumi di farmaci, sia in termini quantitativi sia dal punto di vista economico.

I grafici delle figure riportate di seguito, rappresentano un'area suddivisa in quattro quadranti individuati dall'intersezione del consumo medio giornaliero a livello nazionale (provinciale) e della spesa media nazionale (provinciale) per unità di DDD. Le regioni (aziende sanitarie e distretti sanitari) si dispongono, quindi, all'interno dei quadranti in relazione alla quantità media giornaliera di farmaci assunti nel 2003, espressa in unità standard DDD, ed alla spesa unitaria per dose consumata.

Figura 19: Confronti nazionali spesa media DDD (Euro) e DDD/1.000 abitanti pro die - Anno 2004



Le regioni settentrionali e le regioni Marche, Abruzzo e Molise sono caratterizzate da consumi e costi unitari per dose giornaliera inferiori alla media nazionale. In particolare la Regione Trentino-Alto Adige presenta il livello di consumo minimo sul territorio nazionale, mentre la Regione Umbria vanta il costo unitario più basso. Le regioni del sud Italia sono caratterizzate da elevati consumi di farmaci e tra quelli più costosi.

A livello provinciale il maggior ricorso all'uso di farmaci, tra i più costosi, si osserva nell'Azienda Sanitaria di Bolzano, ed in particolare presso i centri ad elevata densità abitativa (distretti sanitari di Bolzano e Laives-Bronzolo-Vadena), mentre le aziende sanitarie di Merano e Bressanone si collocano a livelli inferiori alla media provinciale, ad eccezione dei distretti sanitari di Merano, Val Passiria e Bressanone, i quali si posizionano nella fascia a più elevato consumo di farmaci ed a minor costo.

**SPESA FARMACEUTICA IN  
RAPPORTO AI CONSUMI.  
CONFRONTI  
INTERREGIONALI**

237

**SPESA FARMACEUTICA IN  
RAPPORTO AI CONSUMI.  
CONFRONTI  
INTERAZIENDALI**

Figura 20: Confronti provinciali spesa media DDD (Euro) e DDD/1.000 abitanti pro die - Anno 2004

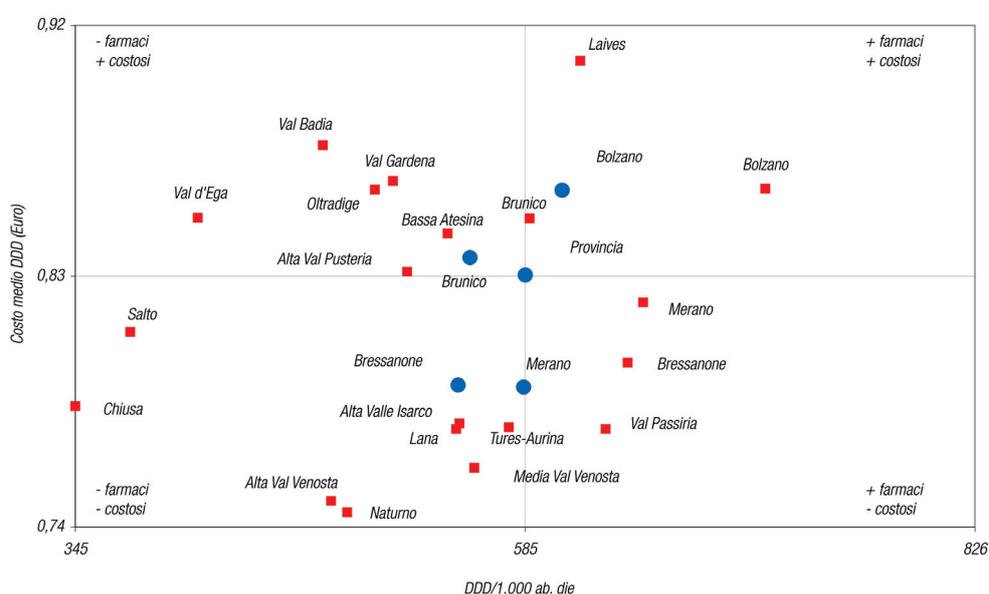


Tabella 54: Spesa lorda del consumo di farmaci per categoria ATC e per azienda sanitaria (valori assoluti e percentuali) – Anno 2004

(Euro)	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
	<b>Valori assoluti</b>				
Apparato gastrointestinale	4.562.103,96	2.447.096,27	1.307.101,01	1.114.214,24	9.430.515,48
Sangue e organi emopoietici	2.023.145,13	833.421,78	398.772,64	593.238,12	3.848.577,67
Sist. cardiovascolare	13.626.164,56	7.292.931,42	2.881.194,13	3.442.625,70	27.242.915,81
Dermatologici	175.849,69	105.772,15	64.560,16	73.632,07	419.814,07
Sist.genito-urinario/ormoni	2.314.263,29	1.196.318,59	720.024,35	778.539,49	5.009.145,72
Preparati ormonali sistemici	1.722.337,85	567.565,32	433.151,67	472.494,61	3.195.549,45
Antimicrob. gen. uso sist.	2.878.191,40	1.533.598,52	811.387,46	781.654,28	6.004.831,66
Farmaci antineopl. Immun.	3.619.523,18	1.364.205,21	674.114,30	805.311,20	6.463.153,89
Sist. muscolo-scheletrico	2.629.493,26	1.509.032,60	744.567,40	690.942,81	5.574.036,07
Sist. nervoso centrale	5.369.793,65	2.435.664,71	1.463.107,46	2.121.925,02	11.390.490,84
Farmaci antiparassitari	66.347,34	19.355,19	11.351,61	10.087,61	107.141,75
Sist. respiratorio	2.391.720,38	1.268.195,58	578.790,00	461.593,47	4.700.299,43
Organi di senso	580.461,41	256.518,38	79.366,74	92.015,72	1.008.362,25
Vari	83.489,29	49.991,15	9.623,50	27.000,56	170.104,50
<b>TOTALE</b>	<b>42.042.884,39</b>	<b>20.879.666,87</b>	<b>10.177.112,43</b>	<b>11.465.274,90</b>	<b>84.564.938,59</b>
	<b>Valori percentuali</b>				
Apparato gastrointestinale	10,9	11,7	12,8	9,7	11,2
Sangue e organi emopoietici	4,8	4,0	3,9	5,2	4,6
Sist. cardiovascolare	32,4	34,9	28,3	30,0	32,2
Dermatologici	0,4	0,5	0,6	0,6	0,5
Sist.genito-urinario/ormoni	5,5	5,7	7,1	6,8	5,9
Preparati ormonali sistemici	4,1	2,7	4,3	4,1	3,8
Antimicrob. gen. uso sist.	6,8	7,3	8,0	6,8	7,1
Farmaci antineopl. Immun.	8,6	6,5	6,6	7,0	7,6
Sist. muscolo-scheletrico	6,3	7,2	7,3	6,0	6,6
Sist. nervoso centrale	12,8	11,7	14,4	18,5	13,5
Farmaci antiparassitari	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Sist. respiratorio	5,7	6,1	5,7	4,0	5,6
Organi di senso	1,4	1,2	0,8	0,8	1,2
Vari	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

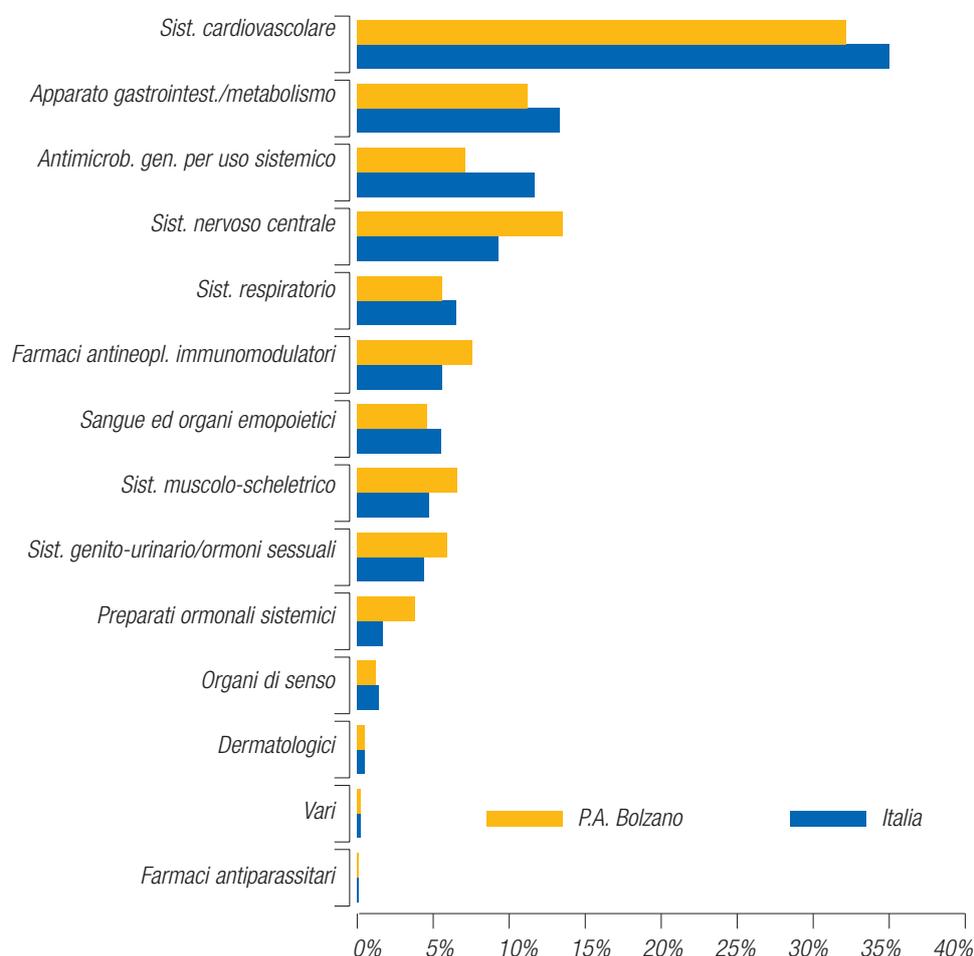
Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano - ufficio Contabilizzazione Ricette

La distribuzione percentuale della spesa lorda provinciale per l'assistenza farmaceutica secondo il gruppo anatomico principale (ATC), pone al primo posto la spesa per farmaci relativi al sistema cardiovascolare (32,2%) e al secondo quelli per il sistema nervoso centrale (13,5%); seguono i farmaci per l'apparato gastrointestinale (11,2%).

Per alcuni farmaci non sono state riportate nella banca dati le informazioni relative al tipo di farmaco prescritto, comportando quindi una differenza nella spesa lorda del consumo di farmaci riportata in Tabella 54 rispetto al valore indicato in Tabella 53.

Sensibili differenze emergono dal confronto tra la situazione provinciale e quella nazionale: la sanità altoatesina supporta una spesa maggiore in termini percentuali per le patologie del sistema nervoso centrale, per le malattie dei sistemi genito-urinario e muscolo-scheletrico, farmaci antineoplastici e per preparati ormonali sistemici, a fronte di una spesa percentualmente inferiore per antimicrobici per uso sistemico, patologie del sistema cardiovascolare, malattie del sistema respiratorio e del sangue ed organi emopoietici.

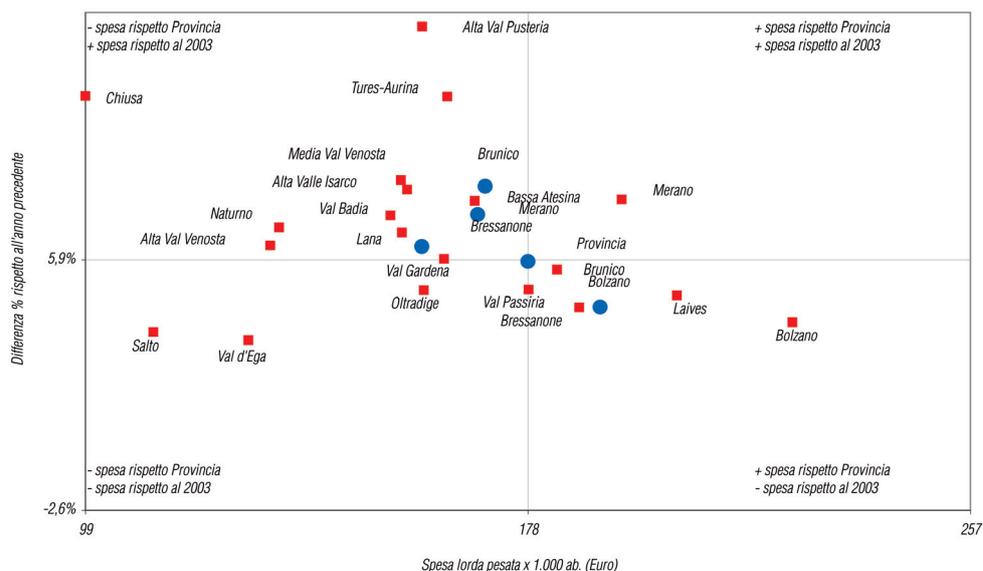
Figura 21: **Distribuzione % della spesa farmaceutica lorda per categoria ATC - P.A. di Bolzano e Italia - Anno 2004**



**SPESA FARMACEUTICA  
PER ATC**

Utilizzando il criterio di suddivisione di un grafico in quattro quadranti descritto in precedenza è possibile valutare l'andamento della spesa farmaceutica lorda 2004 per ambito territoriale e la variazione rispetto all'anno precedente.

Figura 22: **Confronti provinciali spesa lorda pesata per 1.000 abitanti e variazione % spesa lorda 2003-2004**



Il grafico riportato in Figura 22 evidenzia una maggiore spesa per consumo di farmaci nei centri urbani rispetto alle aree rurali ed un incremento di circa il 14% rispetto al 2003 nel distretto sanitario dell'Alta Val Pusteria, a fronte di un aumento della spesa lorda per 1.000 residenti di circa il 3% rispetto al 2003 nei distretti sanitari di Val d'Ega-Sciliar e Salto-Val Sarentino-Renon.

### 2.4.4. La prescrizione dei farmaci

I medici convenzionati, ovvero coloro che sono autorizzati a prescrivere i farmaci dispensati dal Servizio Sanitario Provinciale, possono essere medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici ospedalieri o specialisti.

La maggior parte delle prescrizioni farmaceutiche sono dovute ai medici di medicina generale, con un ammontare di farmaci prescritti pari all'84,5% dei medicinali prescritti a livello provinciale; seguono i medici ospedalieri con l'11,8%, gli specialisti (2,2%) ed i pediatri di libera scelta (1,4%).

**PRESCRIZIONE DI FARMACI**

Tabella 55: Consumo di farmaci (numero di pezzi distribuiti e DDD / 1.000 abitanti die) per categoria di medico prescrittore e per azienda sanitaria – Anno 2004

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
<b>Valori assoluti</b>					
Medici di base	2.083.811	1.101.487	528.130	529.811	4.243.239
Pediatrati di base	34.329	17.668	9.723	8.492	70.212
Ospedalieri	243.078	137.393	98.200	116.031	594.702
Specialisti	54.015	17.352	16.886	23.938	112.191
<b>TOTALE</b>	<b>2.415.233</b>	<b>1.273.900</b>	<b>652.939</b>	<b>678.272</b>	<b>5.020.344</b>
<b>DDD / 1.000 abitanti die</b>					
Medici di base	523,8	505,3	446,3	436,6	496,2
Pediatrati di base	4,4	4,2	4,2	3,7	4,2
Ospedalieri	57,1	61,7	82,3	94,2	67,0
Specialisti	13,4	7,6	11,5	18,6	12,3
<b>TOTALE</b>	<b>598,7</b>	<b>578,8</b>	<b>544,2</b>	<b>553,1</b>	<b>579,7</b>

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano - ufficio Contabilizzazione Ricette

Anche in questo caso l'assenza in taluni casi del soggetto prescrittore comporta una differenza nel totale confezioni prescritte e riportato in Tabella 55, rispetto al valore indicato in Tabella 48.

Tabella 56: Consumo di farmaci (DDD / 1.000 abitanti die) per medico prescrittore e gruppo anatomico principale – Anno 2004

	Medici di base	Pediatrati di base	Ospedalieri	Specialisti	Totale
Apparato gastrointestinale	45,6	0,1	9,9	0,4	55,9
Sangue ed organi emopoietici	42,1	0,1	9,0	0,3	51,5
Sist. cardiovascolare	241,7	0,1	17,5	0,8	260,2
Dermatologici	2,2	0,1	1,3	0,0	3,5
Sist. genito-urinario/ormoni s.	38,4	0,1	6,6	1,0	46,1
Preparati ormonali sistemici	19,7	0,3	3,5	0,3	23,8
Antimicrob. gen. per uso sist.	7,6	1,2	2,5	0,2	11,6
Farmaci antineopl. Immunom.	4,1	0,0	1,7	0,1	5,9
Sist. muscolo-scheletrico	29,3	0,0	5,3	0,4	35,1
Sist. nervoso centrale	34,2	0,1	4,0	7,4	45,7
Farmaci antiparassitari	0,5	0,0	0,1	0,0	0,6
Sist. respiratorio	22,8	2,1	2,6	1,4	29,0
Organi di senso	7,8	0,0	2,9	0,0	10,8
Vari	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
<b>TOTALE</b>	<b>496,2</b>	<b>4,2</b>	<b>67,0</b>	<b>12,3</b>	<b>579,7</b>

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano - ufficio Contabilizzazione Ricette

Mentre la maggior parte delle prescrizioni farmaceutiche effettuate dai medici di medicina generale e dai medici ospedalieri riguardano il sistema cardiovascolare e l'apparato gastrointestinale, i pediatri prescrivono soprattutto antimicrobici e farmaci per il sistema respiratorio; gli specialisti prescrivono per lo più farmaci per il sistema nervoso centrale.



## 3. ASSISTENZA OSPEDALIERA

### 3.1. ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO

Gli accessi ai servizi di Pronto Soccorso sono stati complessivamente 211.141 durante il 2004, il 16,2% dei quali è esitato in ricovero.

Il numero di accessi al pronto soccorso per 1.000 residenti è per il 2004 pari a 443,3 evidenziando una situazione provinciale in linea con la media nazionale.

Tutti gli ospedali pubblici della Provincia Autonoma di Bolzano sono dotati di un servizio di pronto soccorso. I servizi di pronto soccorso, insieme al sistema di allarme sanitario, al servizio medico territoriale di soccorso ed alla rete dei dipartimenti di emergenza-urgenza (DEU), formano il Sistema provinciale dell'emergenza sanitaria, finalizzato alla gestione interdisciplinare coordinata delle urgenze ed emergenze sanitarie su tutto il territorio provinciale.

Il pronto soccorso dell'ospedale di Bolzano è dotato di un organico medico autonomo, diretto da un medico dirigente di secondo livello. Nell'ospedale di Merano è attivo un Dipartimento di pronto soccorso ed accettazione sanitaria diretto da un medico di primo livello dirigenziale specializzato in anestesia e rianimazione. Negli altri ospedali il Pronto Soccorso non è dotato di un organico medico proprio, ma è organizzato in forma interdisciplinare, coordinato dal punto di vista organizzativo dal dirigente medico del presidio ospedaliero.

Tutti i servizi di pronto soccorso attivi in Provincia presentano comunque una dotazione infermieristica specifica, che viene integrata all'occorrenza da altro personale infermieristico messo a disposizione a rotazione dai vari reparti.

Nel corso del 2004, sono stati rilevati complessivamente 211.141 accessi ai servizi di pronto soccorso degli ospedali pubblici provinciali.

Si fa presente che, non esistendo delle linee guida definite a livello provinciale, per la diversa organizzazione interna e per il diverso sistema informativo adottato, la rilevazione degli accessi può differire anche sostanzialmente nelle diverse strutture di pronto soccorso ospedaliero.

Nel Pronto Soccorso di Bolzano, ad esempio, fra gli accessi sono conteggiati tutti i pazienti per i quali è stata aperta una pratica di Pronto Soccorso e sono stati visitati da un medico del servizio; nell'ammontare degli accessi del Pronto Soccorso di Brunico sono inclusi, invece, anche gli accessi non urgenti.

Il 16,2% dei 211.141 accessi ha comportato il successivo ricovero nella struttura ospedaliera. Confrontando i diversi ospedali si evidenzia una importante variabilità: si passa, infatti, dal 29,4% osservato presso l'Ospedale di Silandro, al 5,6% di soggetti entrati in Pronto Soccorso a Brunico (sia traumatologico che chirurgico) e successivamente ospedalizzati. Tali differenze sono imputabili in parte

**PERSONALE DEI SERVIZI  
DI PRONTO SOCCORSO**

**ACCESSI AL PRONTO  
SOCCORSO**

anche alle diverse modalità di conteggio degli accessi e della completezza dei dati relativi agli accessi che sono esitati in ricovero.

Tabella 1: **Numero di accessi ai servizi di pronto soccorso degli ospedali pubblici provinciali - Anno 2004**

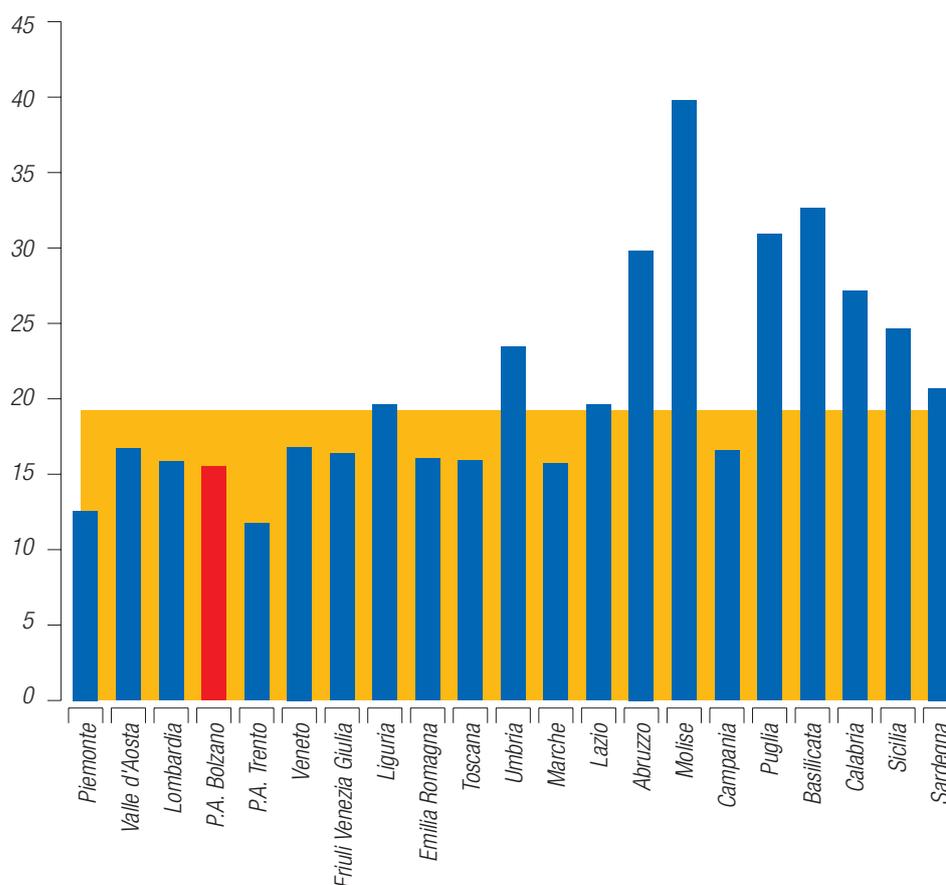
	Ospedale di Bolzano	Ospedale di Merano	Ospedale di Silandro	Ospedale di Bressanone	Ospedale di Vipiteno	Ospedale di Brunico	Ospedale di S. Candido
Numero totale di accessi al pronto soccorso	77.105*	54.052	12.349	23.871	6.919**	29.058**	7.787
Numero totale di accessi che hanno dato luogo a ricovero in ospedale	15.747	6.599	3.633	3.885	690	1.618	2.005
Percentuale di pazienti ospedalizzati dal pronto soccorso rispetto al totale degli accessi	20,4%	12,2%	29,4%	16,3%	10,0%	5,6%	25,7%

\* Il numero totale di pazienti per i quali è stata aperta una pratica di PS e che sono stati visitati almeno una volta dai medici di PS

\*\* Inclusi gli accessi non urgenti

Fonte: servizi di pronto soccorso delle aziende sanitarie

Figura 1: **Percentuale di pazienti ricoverati provenienti dal pronto soccorso nelle regioni italiane - Anno 2003**



Fonte: dati 2003 Ministero della Salute

Rapportando gli accessi di pronto soccorso di persone residenti agli abitanti della provincia si ottiene un indicatore che permette di confrontare tra le quattro aziende sanitarie la richiesta di prestazioni sanitarie di urgenza/emergenza proveniente dalla popolazione residente. Non disponendo dell'informazione relativa agli accessi per area di residenza per tutte le aziende sanitarie, l'indicatore viene calcolato considerando gli accessi nel complesso. Valori elevati, quindi, riflettono anche il ricorso ai servizi di pronto soccorso da parte dei turisti.

Tale indicatore, a livello provinciale, ha assunto nel 2004 un valore pari a 443,3 accessi ogni 1.000 residenti, che risulta superiore rispetto a quanto osservato nell'anno 2003. Nei confronti con le altre regioni italiane (dati 2003 del Ministero della Salute) la Provincia risulta comunque in linea con la media nazionale.

Figura 2: **Numero di accessi al pronto soccorso per 1.000 residenti nelle aziende sanitarie - Anno 2004**

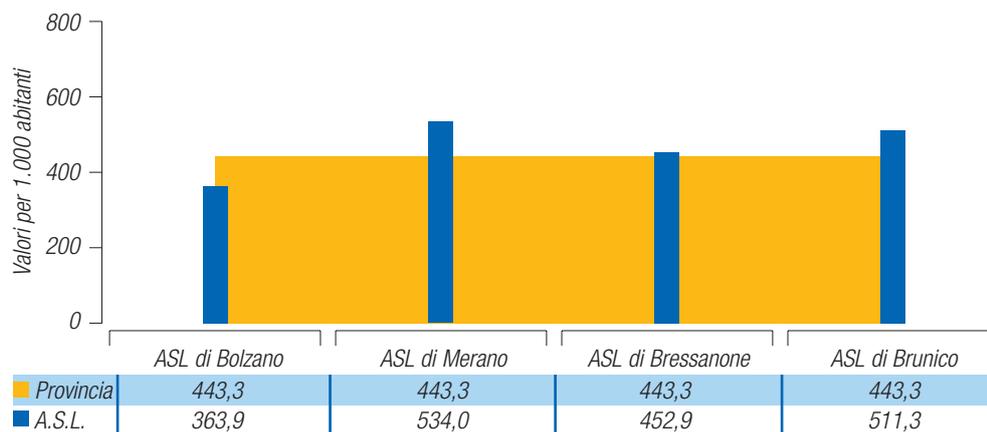
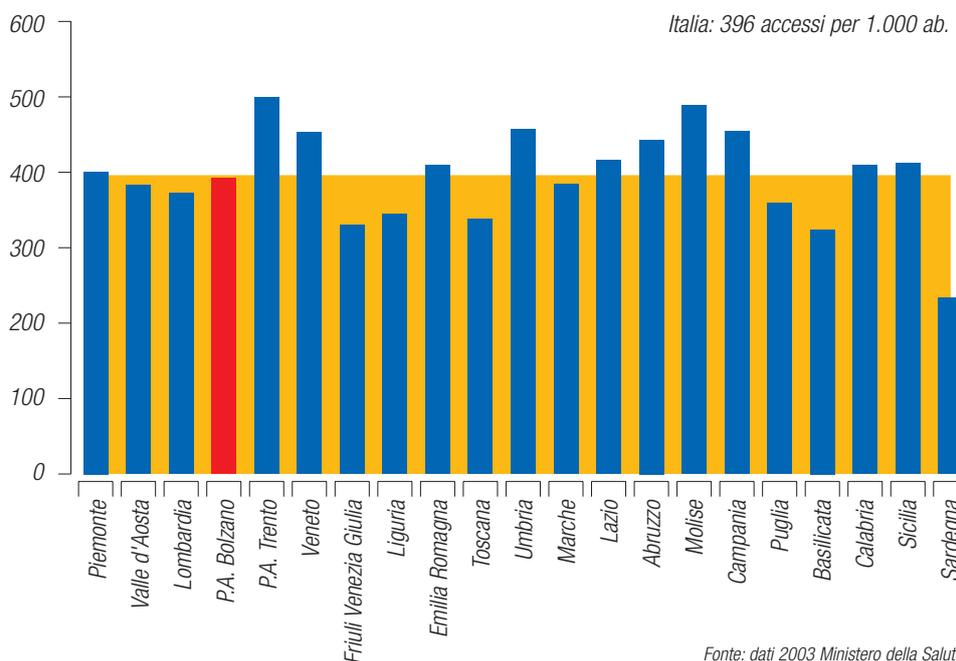


Figura 3: **Numero di accessi al pronto soccorso per 1.000 residenti nelle regioni italiane - Anno 2003**



Fonte: dati 2003 Ministero della Salute

**RICOVERI DI TIPO  
MEDICO PROVENIENTI  
DAL PRONTO SOCCORSO**

Nel 2004 sono stati rilevati 15.531 ricoveri di tipo medico urgenti e dimessi con durata della degenza inferiore o uguale a 3 giorni. Se si considera l'urgenza del ricovero come indicativa della provenienza dal pronto soccorso, la quota di questo tipo di ricoveri rispetto al totale degli accessi rappresenta, secondo il Ministero della Salute, un indice adatto ad analizzare e misurare la capacità di filtro del pronto soccorso verso i ricoveri. Tale indicatore, che a livello provinciale risulta pari a 73,6 per 1.000 accessi, presenta il valore più basso nell'Ospedale di Merano, con circa 43 ricoveri medici da pronto soccorso con durata 0-3 giorni ogni 1.000 accessi allo stesso pronto soccorso. I valori più elevati di questo indice si registrano, invece, negli ospedali di Brunico, San Candido e Silandro (rispettivamente 97,8, 96,7 e 96,0 ricoveri per 1.000 accessi).

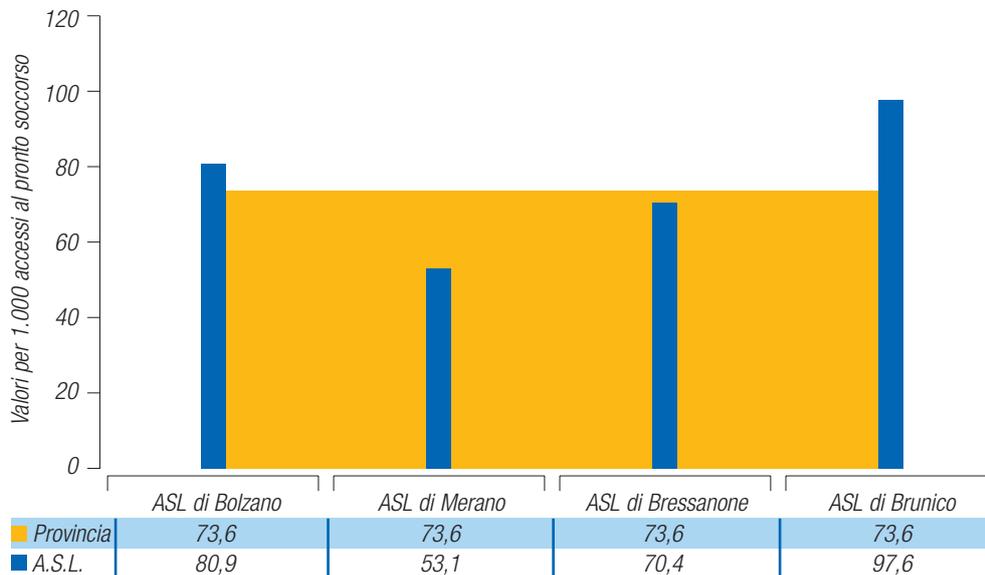
*Tabella 2: Ricoveri medici provenienti dal pronto soccorso e dimessi con durata della degenza di 0-3 giorni\* - Anno 2004*

	<i>Ospedale di Bolzano</i>	<i>Ospedale di Merano</i>	<i>Ospedale di Silandro</i>	<i>Ospedale di Bressanone</i>	<i>Ospedale di Vipiteno</i>	<i>Ospedale di Brunico</i>	<i>Ospedale di S. Candido</i>
<i>Ricoveri medici provenienti dal pronto soccorso e dimessi con durata della degenza di 0-3 giorni</i>	6.240	2.342	1.186	1.675	493	2.842	753
<i>Percentuale di ricoveri medici provenienti dal pronto soccorso e dimessi con durata della degenza di 0-3 giorni sul totale dei ricoveri con DRG medico provenienti dal pronto soccorso</i>	41,2%	37,9%	38,8%	48,7%	50,3%	47,5%	48,1%
<i>Ricoveri con DRG medico provenienti dal pronto soccorso e dimessi con durata della degenza di 0-3 giorni sul totale di accessi al pronto soccorso (per 1.000)</i>	80,9	43,3	96,0	70,2	71,3	97,8	96,7

\* L'indicatore è stato calcolato utilizzando le informazioni contenute nella banca dati dei ricoveri (SDO), come proxy della provenienza dal pronto soccorso è stata utilizzata la variabile che identifica "l'urgenza" del ricovero

Fonte: aziende sanitarie – archivio SDO

Figura 4: Ricoveri medici provenienti dal pronto soccorso e dimessi con degenze di 0-3 giorni per 1.000 accessi allo stesso pronto soccorso - Anno 2004



Nella Tabella seguente viene presentata infine una sintesi quantitativa relativa ad alcune prestazioni erogate dai servizi di pronto soccorso nell'anno 2004. Altre prestazioni, anche se molto frequenti, non vengono riportate perché non rilevabili in maniera uniforme dai vari servizi provinciali (ad esempio prelievo di sangue arterioso, terapia farmacologia ambulatoriale delle aritmie, terapia elettrica delle aritmie, fasciature semplici, iniezioni o infusioni, ecc.).

**PRESTAZIONI EROGATE  
DAL PRONTO SOCCORSO**

Tabella 3: Alcune prestazioni erogate dai servizi di pronto soccorso degli ospedali pubblici provinciali – Anno 2004

	Ospedale di Bolzano	Ospedale di Merano	Ospedale di Silandro	Ospedale di Bressanone	Ospedale di Vipiteno	Ospedale di Brunico	Ospedale di S. Candido
Effettuazione visita medica	77.105	54.052	12.349	23.871	6.919*	38.982*	7.787
Effettuazione trattamento anestetico periferico	3.972	5.303	474	4.762	1.046	2.394	838
Applicazione di apparecchi docce gessate	8.700	5.828	1.097	2.919	1.226	6.567	1.256
Effettuazione suture	4.041	2.444	850	4.432	815	1.799	615
Effettuazione piccoli interventi chirurgici	381	2.305	1.478	329	305	187	348
Effettuazione indagini diagnostiche strumentali:							
ECO	1.930	2.542	149	65	701	1.191	-
ECG	11.953	6.076	1.025	4.107	1.460	2.662	-
SCOPIE	122	783	19	-	52	25	-
Effettuazione manovre rianimatorie di base e defibrillazione	83	30	5	11	9	25	11
Vaccinazioni, profilassi anti-tetanica con immunoglobuline	2.372	1.302	483	1.199	815	780	158
Artrocentesi	423	226	50	33	85	806	115
Drenaggio toracico intercostale	15	11	1	12	12	62	-

\* Inclusi gli accessi non urgenti

Fonte: servizi di pronto soccorso delle aziende sanitarie

### 3.2. ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI IN REGIME DI RICOVERO

Nel 2004 sono stati effettuati 104.135 ricoveri per acuti dei quali 80.474 in regime ordinario e 23.661 (22,7%) in regime diurno.

Il 94,4% dei ricoveri per acuti è avvenuto negli ospedali pubblici.

Le strutture provinciali hanno fatto fronte alla domanda di ricovero con una dotazione complessiva di 2.128 posti letto per acuti (89,4% pubblici), pari al 4,5 per mille abitanti superiore allo standard di 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza postacuzie. All'attività in day hospital sono riservati 179 posti letto. Nelle strutture ospedaliere sono, inoltre, disponibili 86 culle, 10 delle quali presenti nelle strutture private.

Il tasso di ospedalizzazione dei residenti in Provincia Autonoma di Bolzano nel 2004 è stato di 209,3 ricoveri acuti per 1.000 abitanti (161,9 per il regime ordinario e 47,3 per il day hospital). Pur osservando una diminuzione rispetto al 2003 di 2,2 punti, il valore del tasso di ospedalizzazione rimane ancora molto al di sopra del livello di 180 ricoveri per 1.000 abitanti indicato come obiettivo per l'anno 2007 dalla programmazione nazionale.

Il saldo della mobilità attiva e passiva, cioè la differenza tra la quantità di rico-

veri acuti prodotti sul territorio della Provincia di Bolzano e numero di ricoveri di residenti effettuati fuori provincia, risulta, nel 2004, come anche negli anni precedenti, positivo e pari a 4.473 (ricoveri prodotti= 104.135 e consumo di ricoveri da parte dei residenti= 99.662).

Rispetto ai parametri di efficienza ed appropriatezza si segnalano i seguenti aspetti problematici:

- un tasso di utilizzo dei posti letto provinciale (pari a 75,5% istituti di cura pubblici e privati, 78,9% ospedali pubblici) inferiore al parametro stabilito dal piano sanitario dell'80%. In alcuni istituti il valore di tale indicatore denota una sovra dimensionalità dei posti letto;
- un indice di case-mix, nel complesso (0,89) e singolarmente, più basso rispetto allo standard nazionale (1,0);
- una elevata quota di inappropriatazza del setting assistenziale, anche se si evidenzia un miglioramento rispetto al 2003;
- una bassa incidenza dei ricoveri "appropriati" (secondo DGP. 3878 del 4/11/2003) in regime diurno.

Considerando congiuntamente i precedenti punti, emerge una situazione di possibile miglioramento adottando provvedimenti già prescritti dal Piano Sanitario Provinciale 2000-2002 per:

- adeguare coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri diminuendo i posti letto,
- promuovere il passaggio da ricovero ordinario al ricovero diurno e il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero,
- ridurre le quote di inappropriatazza anche attraverso controlli sempre più rigorosi,
- aumentare il tasso di utilizzo dei posti letto,
- ridurre la mobilità passiva attraverso l'adeguamento delle prestazioni rese e il miglioramento della qualità tecnico professionale e percepita,
- riorganizzare la produzione ospedaliera attraverso l'estensione della dipartimentalizzazione.

L'assistenza ospedaliera per acuti viene erogata nel territorio della Provincia Autonoma di Bolzano dalle quattro aziende sanitarie provinciali attraverso gli istituti di cura pubblici e privati.

La tipologia degli istituti di cura provinciali è articolata in ospedali pubblici, case di cura private alle quali va ad aggiungersi una infermeria.

Gli ospedali pubblici sono finanziati dal fondo sanitario provinciale, e sono ad accesso gratuito per tutti gli aventi diritto all'assistenza.

**OSPEDALI PUBBLICI**

Gli ospedali pubblici sono distribuiti tra le aziende sanitarie come segue:

Azienda Sanitaria di Bolzano:

- Ospedale Centrale di Bolzano

Azienda Sanitaria di Merano:

- Ospedale Aziendale di Merano

- Ospedale di Base di Silandro

Azienda Sanitaria di Bressanone:

- Ospedale Aziendale di Bressanone

- Ospedale di Base di Vipiteno

Azienda Sanitaria di Brunico:

- Ospedale Aziendale di Brunico

- Ospedale di Base di San Candido.

**CASE DI CURA PRIVATE**

Le case di cura private sono, di norma, gestite da privati. Alcune sono state provvisoriamente accreditate e sono inserite nel piano preventivo annuale della produzione sanitaria con oneri a carico del Servizio Sanitario Provinciale. In queste il degente ottiene le cure ospedaliere senza sostenere alcun onere, mentre la casa di cura viene compensata in base alla tariffa corrispondente al gruppo DRG di appartenenza del ricovero.

L'Infermeria Sarentino è una struttura di ricovero accreditata, nella quale i ricoveri sono per l'utente a titolo gratuito.

Nelle case di cura non accreditate i degenti pagano direttamente il costo del ricovero, ma è previsto un rimborso a tariffa che, secondo i casi, può essere totale o parziale (assistenza indiretta).

Attualmente le strutture private operanti nel territorio provinciale sono:

Azienda Sanitaria di Bolzano:

- Casa di Cura "S. Maria"

- Casa di Cura "L. Bonvicini" (provvisoriamente accreditata per la Riabilitazione e la Lungodegenza post-acuzie)

- Casa di Cura "Villa Melitta" (provvisoriamente accreditata per la Riabilitazione e la Lungodegenza post-acuzie)

- Infermeria Sarentino

Azienda Sanitaria di Merano:

- Casa di Cura "Villa S. Anna" (provvisoriamente accreditata per acuti nel reparto di Medicina)

- Casa di Cura "Fonte San Martino".

**RICOVERI PER ACUTI**

Sono stati considerati ricoveri acuti, in sintonia con la definizione adottata a livello ministeriale<sup>1</sup>, i casi dimessi da reparti diversi dalle unità di Recupero e Riabilitazione funzionale e Lungodegenza, esclusi i neonati sani, cioè i neonati presenti in ospedale afferenti al DRG 391 "Neonato normale".

<sup>1</sup> Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – Ministero della Salute

I dati presentati sono il risultato delle elaborazioni effettuate sull'archivio dei ricoveri provinciale aggiornato al 11/05/2005.

### 3.2.1. Posti letto per acuti

Nelle strutture provinciali sono presenti complessivamente 2.128 posti letto per acuti, pari a 4,5 per 1.000 abitanti e 86 culle.

Tabella 4: Posti letto per acuti in regime ordinario e diurno negli istituti di cura per tipo, culle nido incluse – Anno 2004

Istituti di ricovero	Posti letto in regime ordinario			Posti letto in regime diurno	Totale
	pubblici*	privati accreditati	privati non accreditati		
Ospedale di Bolzano	782	-	-	75**	857
Ospedale di Merano	337	-	-	26	363
Ospedale di Bressanone	228	-	-	20	248
Ospedale di Brunico	208	-	-	24	232
Ospedale di Silandro	120	-	-	6	126
Ospedale di Vipiteno	73	-	-	7	80
Ospedale di San Candido	66°	-	-	7	73
<b>TOTALE OSPEDALI PUBBLICI</b>	<b>1.814</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>165</b>	<b>1.979</b>
Casa di C. S. Maria	-	-	127*	14	141
Casa di C. Villa S. Anna	-	45	11	-	56
Casa di C. Fonte S. Martino	-	-	18	-	18
Infermeria Sarentino	-	20	-	-	20
<b>TOTALE ISTITUTI PRIVATI</b>	<b>-</b>	<b>65</b>	<b>156</b>	<b>14</b>	<b>235</b>
<b>TOTALE ISTITUTI DI CURA</b>	<b>1.814</b>	<b>65</b>	<b>156</b>	<b>179</b>	<b>2.214</b>

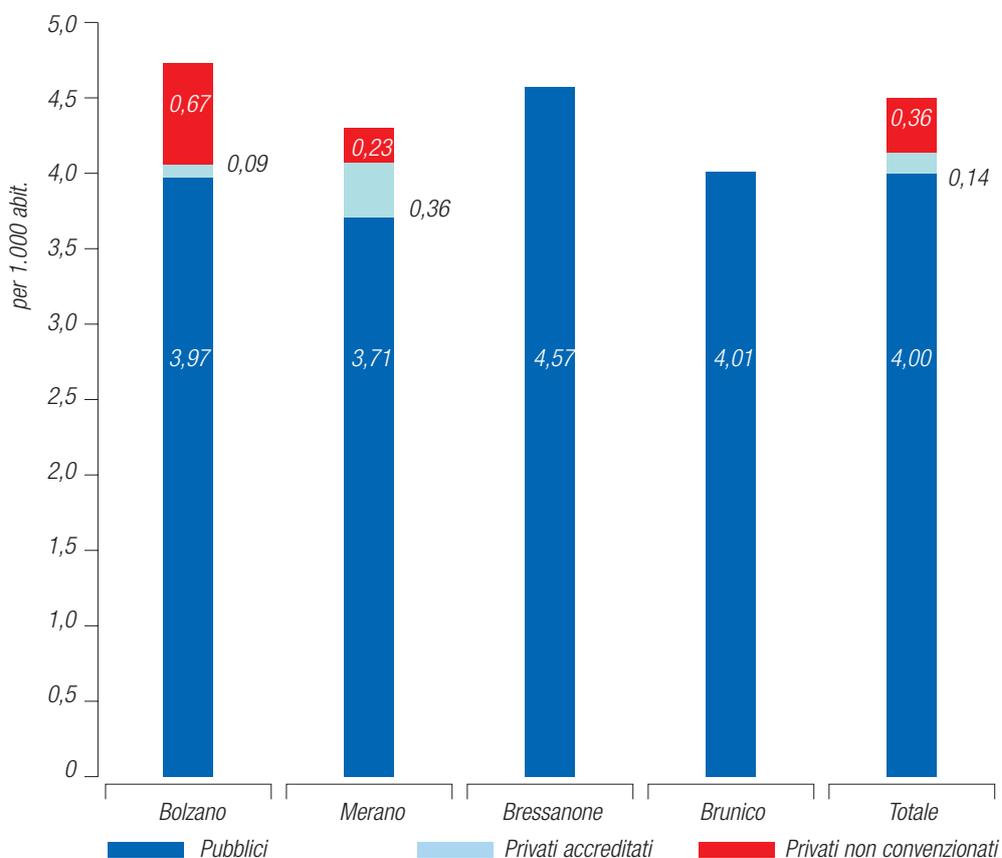
\* Inclusive le culle nido pari a 15 a Bolzano, 20 a Merano, 10 a Bressanone, 10 a Brunico, 8 a Silandro, 7 a Vipiteno, 6 a S. Candido e 10 a CC S. Maria

\*\* 1 posto letto del reparto di Malattie infettive e tropicali è stato attivato nel mese di novembre 2004

° Il reparto di Pediatria è rimasto chiuso dal 05/06/04 al 27/06/04

Fonte: aziende sanitarie

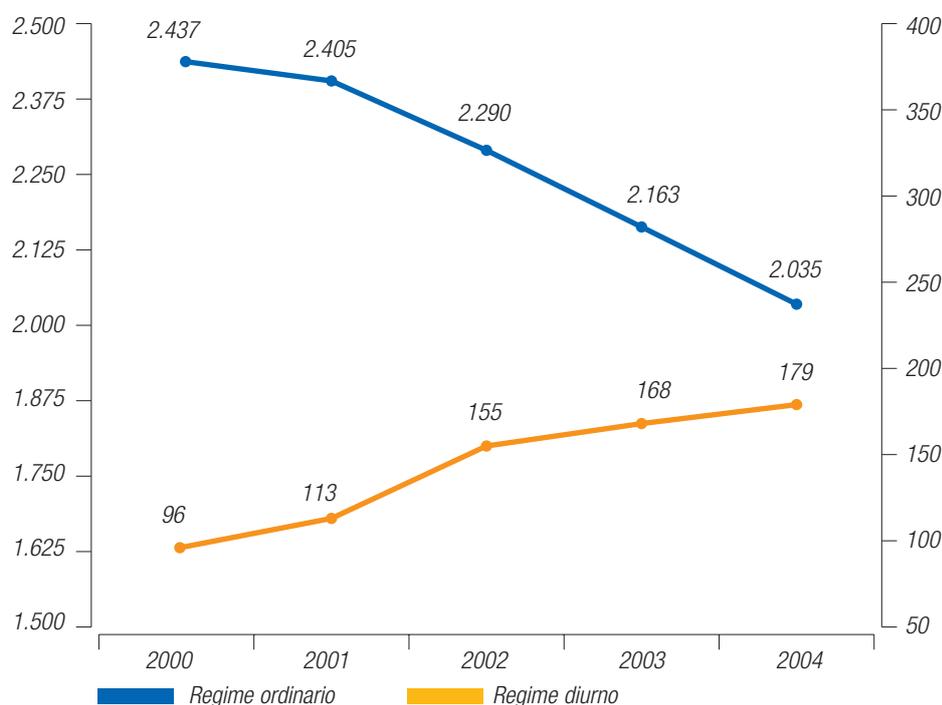
Figura 5: Posti letto per acuti (escluse le culle) in regime ordinario e diurno per mille abitanti nelle aziende sanitarie - Anno 2004



La dotazione dei posti letto in Provincia di Bolzano appare ancora superiore allo standard di 4,5 posti per 1.000 abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie, per il quale si raccomanda il raggiungimento entro l'anno 2007<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano – Marzo 2005

Figura 6: Posti letto per acuti (incluse le culle) in regime ordinario e diurno per mille abitanti negli istituti di cura - Anni 2000-2004



I posti letto per acuti in regime ordinario (comprese le culle) sono 2.035, 89,4% dei quali sono in strutture pubbliche. I posti letto per acuti (comprese le culle) in strutture private sono complessivamente 235, pari al 10,6% del totale, e dislocati esclusivamente nelle aziende sanitarie di Bolzano e Merano. Nelle strutture pubbliche e private sono disponibili complessivamente 179 posti letto per acuti per l'attività diurna, corrispondenti al 8,1% del totale dei letti per acuti in Provincia Autonoma di Bolzano e pari a 0,38 ogni 1.000 abitanti.

Escludendo le culle, ogni 1.000 abitanti sono disponibili 4,00 letti per acuti in strutture pubbliche e 0,5 letti in strutture private.

Tabella 5: Posti letto per acuti in regime ordinario nei reparti degli ospedali pubblici, culle nido incluse – Anno 2004

Cod.	Reparto	Bolzano	Merano	Bressa- none	Brunico	Silandro	Vipiteno	San Candido	Totale
5100	Astanteria	18	-	-	-	-	-	-	18
0800	Cardiologia	24	10	-	-	-	-	-	34
0900	Chirurgia generale	-	37	12	38	28	27	24	166
0901	Chirurgia 1	36	-	-	-	-	-	-	36
0902	Chirurgia 2	35	-	-	-	-	-	-	35
1100	Chirurgia pediatrica	12	-	-	-	-	-	-	12
1400	Chirurgia vascolare	31	-	9	-	-	-	-	40
5200	Dermatologia	14	3	-	4	-	-	-	21
1800	Ematologia	18	-	-	-	-	-	-	18
5800	Gastroenterologia	22	-	-	-	-	-	-	22
2100	Geriatria	62	37	-	-	-	-	-	99
2400	Malattie infettive e tropicali	18	-	-	-	-	-	-	18
2600	Medicina generale	-	54	-	47	59	22	20	202
2601	Medicina 1	70	-	42	-	-	-	-	112
2602	Medicina 2	61	-	19	-	-	-	-	80
2900	Nefrologia	15	-	-	-	-	-	-	15
3000	Neurochirurgia	21	-	-	-	-	-	-	21
3200	Neurologia	30	14	-	-	-	-	-	44
3100	Nido	15	20	10	10	8	7	6	76
3400	Oculistica	8	6	-	9	-	-	-	23
3600	Ortopedia e Traumatologia	62	52	51	47	-	-	-	212
3700	Ostetricia e Ginecologia	40	37	23	22	18	12	11	163
3800	Otorinolaringoiatria	24	12	16	-	-	-	-	52
3900	Pediatria	23	16	13	12	7	5	5*	81
6800	Pneumologia	25	-	-	-	-	-	-	25
4000	Psichiatria	24	9	15	13	-	-	-	61
4900	Terapia intensiva	17	8	6	6	-	-	-	37
7300	Terapia intensiva neonatale	24	-	-	-	-	-	-	24
5000	Unità coronarica	8	6	-	-	-	-	-	14
4300	Urologia	25	16	12	-	-	-	-	53
<b>TOTALE LETTI PER ACUTI</b>		<b>782</b>	<b>337</b>	<b>228</b>	<b>208</b>	<b>120</b>	<b>73</b>	<b>66</b>	<b>1.814</b>

\* Il reparto di Pediatria è rimasto chiuso dal 05/06/04 al 27/06/04

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 6: Posti letto per acuti in regime diurno nei reparti degli ospedali pubblici – Anno 2004

Cod.	Reparto	Bolzano	Merano	Bressa- none	Brunico	Silandro	Vipiteno	San Candido	Totale
0900	Chirurgia generale	-	4	3	2	2	2	3	16
0901	Chirurgia 1	1	-	-	-	-	-	-	1
0902	Chirurgia 2	2	-	-	-	-	-	-	2
1100	Chirurgia pediatrica	2	-	-	-	-	-	-	2
1400	Chirurgia vascolare	2	-	1	-	-	-	-	3
5200	Dermatologia	2	1	-	1	-	-	-	4
1800	Ematologia	1	-	-	-	-	-	-	1
5800	Gastroenterologia	4	-	-	-	-	-	-	4
2100	Geriatrics	15	-	-	-	-	-	-	15
1900	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	3	-	-	-	-	-	-	3
2400	Malattie infettive e tropicali	1*	-	-	-	-	-	-	1
2600	Medicina generale	-	2	-	5	1	2	2	12
2601	Medicina 1	1	-	4	-	-	-	-	5
2602	Medicina 2	1	-	-	-	-	-	-	1
2900	Nefrologia	1	-	-	-	-	-	-	1
3200	Neurologia	5	1	-	-	-	-	-	6
3400	Oculistica	6	4	-	4	-	-	-	14
6400	Oncologia	4	-	-	-	-	-	-	4
3600	Ortopedia e Traumatologia	1	4	4	2	-	-	-	11
3700	Ostetricia e Ginecologia	4	3	2	7	2	1	1	20
3800	Otorinolaringoiatria	2	2	1	-	-	-	-	5
3900	Pediatria	7	2	1	2	1	2	1	16
6800	Pneumologia	1	-	-	-	-	-	-	1
4000	Psichiatria	7	1	2	1	-	-	-	11
5000	Unita' coronarica	-	1	-	-	-	-	-	1
4300	Urologia	2	1	2	-	-	-	-	5
<b>TOTALE LETTI PER ACUTI</b>		<b>75</b>	<b>26</b>	<b>20</b>	<b>24</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>165</b>

\* Attivato nel mese di novembre 2004

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 7: Posti letto per acuti in regime ordinario e diurno nei reparti delle case di cura private – Anno 2004

Cod.	Reparto	Infermeria Sarentino accreditati	Casa di C. S. Maria non accreditati		Casa di C. Villa S. Anna		Casa di C. Fonte S. Martino non accr	Totale	
			ordinario	diurno	accr	non accr		accr	non accr
0900	Chirurgia generale	-	16	1	-	11	-	-	28
1400	Chirurgia vascolare	-	11	2	-	-	-	-	13
2600	Medicina generale	20	29	1	45	-	18	65	48
3100	Nido	-	10	-	-	-	-	-	10
3400	Oculistica	-	6	5	-	-	-	-	11
3500	Odontoiatria e Stomatologia	-	3	-	-	-	-	-	3
3600	Ortopedia e Traumatologia	-	28	1	-	-	-	-	29
3700	Ostetricia e Ginecologia	-	13	2	-	-	-	-	15
3800	Otorinolaringoiatria	-	4	1	-	-	-	-	5
4300	Urologia	-	7	1	-	-	-	-	8
<b>TOTALE LETTI PER ACUTI</b>		<b>20</b>	<b>127</b>	<b>14</b>	<b>45</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>65</b>	<b>170</b>

Fonte: istituti di cura privati

## RICOVERI NEONATALI

**3.2.2. Ricoveri di neonati sani**

La rilevazione dei neonati ricoverati in ospedale avviene fin dall'inizio attraverso la SDO, tuttavia dall'obbligo furono esclusi i neonati sani ospitati nel nido. Con il d.m. 30/06/1997 è stata stabilita l'estensione dell'obbligo di rilevazione anche ai neonati sani ospitati nel nido. L'analisi dei ricoveri dei neonati fornisce elementi utili sia a livello epidemiologico sia a livello di programmazione sanitaria.

Sono considerati neonati sani, i neonati presenti in ospedale ed afferenti al DRG 391 "Neonato normale". Inoltre, sono stati identificati i nati sani ospitati nei nidi, come sottogruppo dei neonati sani, di età 0 giorni (data di nascita uguale alla data di ricovero) e nati nell'istituto di ricovero.

Tabella 8: Neonati sani (età 0-28 giorni) nelle strutture pubbliche e private della Provincia Autonoma di Bolzano – Anno 2004

Istituti di cura	Nati 0 giorni	Neonati 1-28 g.	Giornate di degenza
Ospedale di Bolzano	1.183	7	3.923
Ospedale di Merano	552	5	2.085
Ospedale di Bressanone	414	17	1.683
Ospedale di Brunico	468	2	2.356
Ospedale di Silandro	318	6	1.577
Ospedale di Vipiteno	490	3	2.020
Ospedale di San Candido	190	1	950
<b>TOTALE OSPEDALI PUBBLICI</b>	<b>3.615</b>	<b>41</b>	<b>14.594</b>
Casa di Cura S. Maria	222	6	1.176
Casa di Cura Villa S. Anna	-	-	-
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-
Infermeria Sarentino	-	-	-
<b>TOTALE ISTITUTI PRIVATI</b>	<b>222</b>	<b>6</b>	<b>1.176</b>
<b>TOTALE ISTITUTI DI CURA</b>	<b>3.837</b>	<b>47</b>	<b>15.770</b>

Fonte: aziende sanitarie

Nelle strutture della Provincia Autonoma di Bolzano nel 2004 sono nati complessivamente 5.591 bambini, 3.837 (68,6%) sono nati sani o sono stati sottoposti ad indagini diagnostiche che hanno comunque portato ad una diagnosi di neonato normale e l'attribuzione al DRG 391 "Neonato normale". I ricoveri di neonati sani in età 1-28 giorni sono stati, invece, 47.

**3.2.3. Ricoveri per acuti in regime ordinario**

In questo capitolo viene descritta l'attività assistenziale degli ospedali pubblici e delle case di cura private della Provincia Autonoma di Bolzano, rivolta ad acuti in regime ordinario.

Vengono utilizzati sia indicatori classici (degenza media, tasso di utilizzo dei posti letto, intervallo di turnover, indice di rotazione dei posti letto), che fanno riferimento solo alla numerosità degli eventi considerati, sia indicatori basati sul criterio di classificazione dei ricoveri DRG (degenza media per unità DRG equivalente di ricovero, peso medio DRG per ricovero, tariffa media provinciale per ricovero, indice di case mix e indice comparativo di performance), che tengono conto anche del-

la complessità della casistica trattata, valutata secondo il criterio DRG.

Le unità di rilevazione utilizzate sono:

- a) **ricovero ospedale** (o dimissione), definito come evento complessivo di ricovero, dal momento della accettazione del soggetto alla sua dimissione dall'istituto di cura.
- b) **ricovero reparto**, definito come evento di ricovero specifico ad un reparto, dal momento dell'entrata del soggetto nel reparto per accettazione o per trasferimento da altro reparto all'uscita dal reparto per trasferimento ad altro reparto o per dimissione.

Nel caso di ricoveri senza trasferimento interno le due unità coincidono; se si verificano trasferimenti interni per lo stesso evento di ricovero ospedale, all'unità ricovero ospedale corrispondono due o più unità di ricovero reparto, a seconda del numero di trasferimenti effettuati. L'utilità del ricorso all'unità ricovero reparto è legata alle applicazioni interne dell'azienda, ai fini della programmazione operativa delle attività e al controllo di gestione (applicazione della metodica del budget).

Nelle tabelle che seguono nelle quali sono riportati i dati sui ricoveri, è specificato nel titolo o nel campo della tabella se si tratta di unità ricoveri ospedale (o dimissioni) oppure di ricoveri reparto.

Il calcolo di indicatori di tipo classico in base ai dati sui ricoveri definiti secondo le due unità di rilevazione non comporta problemi. L'interpretazione dei risultati va naturalmente collegata con il tipo di unità considerata.

La degenza media esprime il tempo di permanenza media di un paziente nel reparto o nella struttura di riferimento, ottenuta dividendo i giorni di permanenza dei pazienti per il numero di ricoveri.

Il tasso di utilizzo dei posti letto rappresenta su base annua la quota di tempo durante il quale in media un posto letto è stato utilizzato nel corso dell'anno.

L'intervallo di turn-over esprime l'intervallo di tempo medio tra la dimissione di un paziente da un posto letto e l'accoglimento di quello successivo.

L'indice di rotazione dei posti letto rappresenta il numero medio di ricoveri per posto letto nel corso dell'anno.

Gli indicatori basati sulla classificazione DRG dei ricoveri utilizzano sistemi di pesi e tariffari definiti per l'unità ricovero ospedale (dimissione). Tali indicatori sono perciò sempre riferiti ai ricoveri ospedale.

Pesando i ricoveri ospedale prodotti ciascuno con il peso corrispondente al DRG<sup>3</sup> di appartenenza si ottiene la produzione DRG equivalente ai ricoveri ospedale.

**RICOVERO OSPEDALE E  
RICOVERO REPARTO**

**DEGENZA MEDIA**

**TASSO DI UTILIZZO DEI  
POSTI LETTO**

**INTERVALLO DI TURN-  
OVER**

**INDICE DI ROTAZIONE**

**PRODUZIONE DRG  
EQUIVALENTE DEI  
RICOVERI OSPEDALE**

<sup>3</sup> Il sistema dei pesi è quello adottato ufficialmente dal tariffario provinciale (deliberazione della G.P. n. 2797 del 27.08.01)

**DEGENZA MEDIA PER  
RICOVERO OSPEDALE  
DRG EQUIVALENTE  
PESO MEDIO DRG PER  
UNITÀ DI RICOVERO**

**TARIFFA MEDIA  
PROVINCIALE PER  
RICOVERO OSPEDALE  
INDICE DI CASE-MIX**

**INDICE COMPARATIVO DI  
PERFORMANCE**

**RICOVERI OSPEDALE DI  
ACUTI IN REGIME  
ORDINARIO**

Dividendo il numero totale di giornate di degenza per la produzione DRG equivalente di ricoveri ospedale si ottiene la degenza media per ricovero DRG equivalente.

Dividendo la produzione DRG equivalente di ricoveri per il numero effettivo di ricoveri prodotti si ottiene il peso medio DRG per ricovero ospedale.

Applicando ai singoli ricoveri ospedale la tariffa corrispondente al DRG di appartenenza del ricovero in base al tariffario provinciale, si ottiene il valore tariffario complessivo della produzione di ricoveri ospedale effettuata.

Dividendo il valore tariffario della produzione per il numero di ricoveri ospedale effettuati si perviene al valore della tariffa media provinciale per ricovero ospedale.

L'indice di case-mix si ottiene dividendo il peso medio DRG equivalente del ricovero ospedale dell'unità operativa considerata per il peso medio equivalente del ricovero ospedale di una popolazione tipo di ricoveri, ad esempio quella nazionale<sup>4</sup>.

L'indice comparativo di performance è definito come rapporto tra degenza media DRG equivalente di una unità produttiva e il corrispondente valore di degenza media DRG equivalente di una popolazione tipo di ricoveri, ad esempio quella nazionale.

Nel corso del 2004 sono stati effettuati 80.474 ricoveri ospedale di acuti in regime ordinario dagli istituti di cura della Provincia Autonoma di Bolzano, per un consumo complessivo di 545.018 giornate di degenza. Il 94,5% dei ricoveri è avvenuto in ospedali pubblici, per un consumo di giornate di degenza pari al 93,2% del totale. Il 39,8% dei ricoveri ospedale complessivi è avvenuto in istituti di cura presenti nel territorio dell'Azienda Sanitaria di Bolzano, ed in particolare il 36,1% dei ricoveri ospedale complessivi è stato effettuato presso l'Ospedale Centrale di Bolzano.

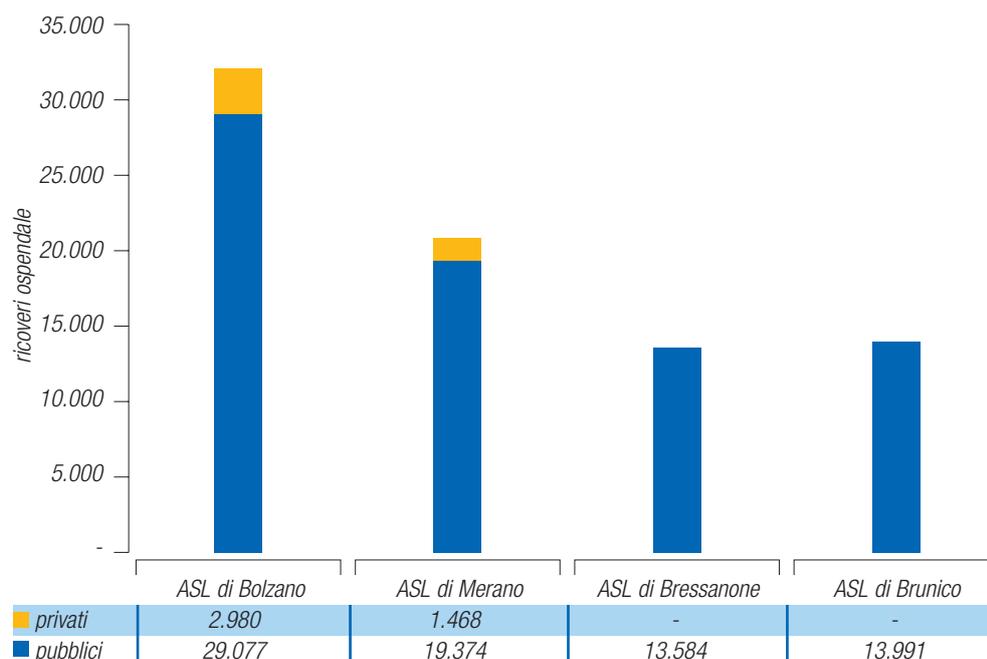
<sup>4</sup> I sistemi di pesi DRG adottato dalla provincia e quello nazionale non corrispondono. Tuttavia, è possibile confrontare l'indice di case mix della produzione di ricoveri ospedale di una unità produttiva provinciale delle diverse strutture ospedaliere, ottenuto dividendo il peso medio DRG dell'unità produttiva per il peso medio della produzione nazionale, considerata come popolazione tipo.

Tabella 9: Ricoveri ospedale (esclusi neonati sani) e giornate di degenza in regime ordinario per istituto di cura provinciale – Anno 2004

Istituti di cura	Ricoveri ospedale	Giornate di degenza
Ospedale di Bolzano	29.077	220.286
Ospedale di Merano	14.899	97.563
Ospedale di Bressanone	10.337	64.666
Ospedale di Brunico	11.271	64.207
Ospedale di Silandro	4.475	28.505
Ospedale di Vipiteno	3.247	17.310
Ospedale di San Candido	2.720	15.157
<b>TOTALE OSPEDALI PUBBLICI</b>	<b>76.026</b>	<b>507.694</b>
Casa di Cura S. Maria	2.930	18.955
Casa di Cura Villa S. Anna	1.324	14.584
Casa di Cura Fonte S. Martino	144	2.328
Infermeria Sarentino	50	1.457
<b>TOTALE ISTITUTI PRIVATI</b>	<b>4.448</b>	<b>37.324</b>
<b>TOTALE ISTITUTI DI CURA</b>	<b>80.474</b>	<b>545.018</b>

Fonte: aziende sanitarie

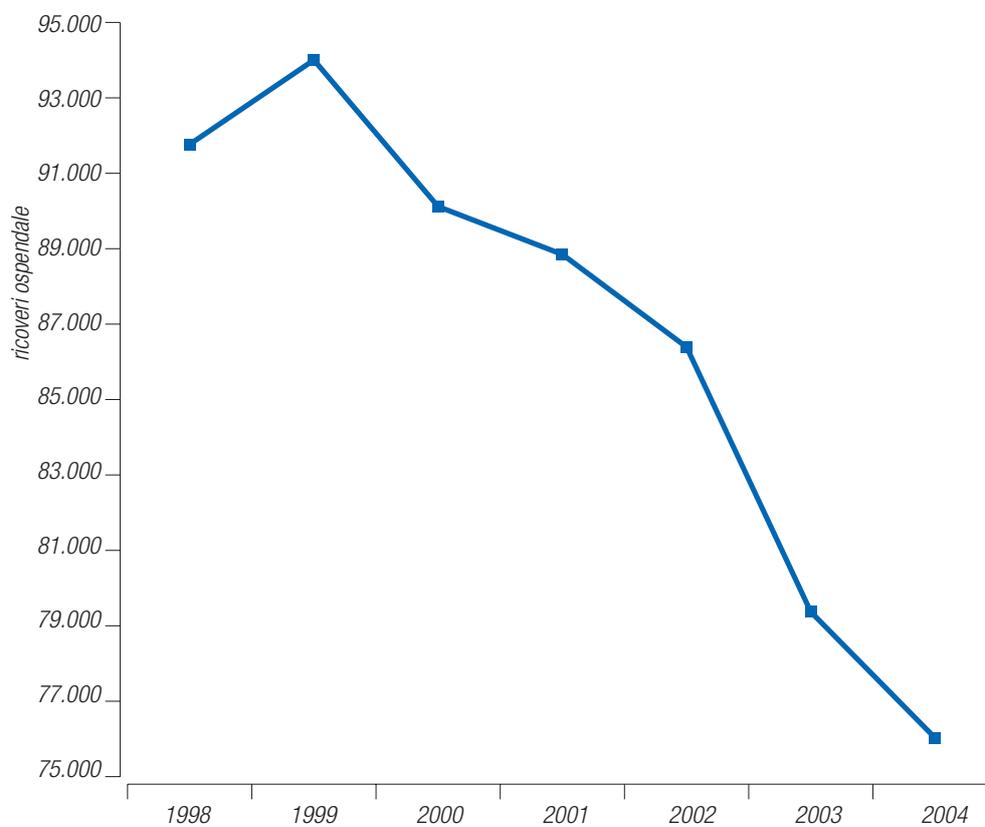
Figura 7: Ricoveri ospedale in regime ordinario in istituti di cura pubblici e privati per azienda sanitaria - Anno 2004



L'attività di ricovero in regime ordinario per acuti degli ospedali pubblici è risultata in crescita fino al 1999 (anno in cui sono stati registrati 94.004 ricoveri ospedaliere), dal 2000 il numero di ricoveri ospedale nelle strutture pubbliche si è progressivamente ridotto (-4,1% tra il 1999 e il 2000, -1,4% tra il 2000 e il 2001, -2,8% tra il 2001 e il 2002, -4,0% tra il 2002 e il 2003<sup>5</sup> e -4,2% tra il 2003 e il 2004<sup>5</sup>).

<sup>5</sup> Nel calcolo della variazione del numero di ricoveri tra il 2002 e il 2003 e tra il 2003 e il 2004, sono stati esclusi i neonati sani

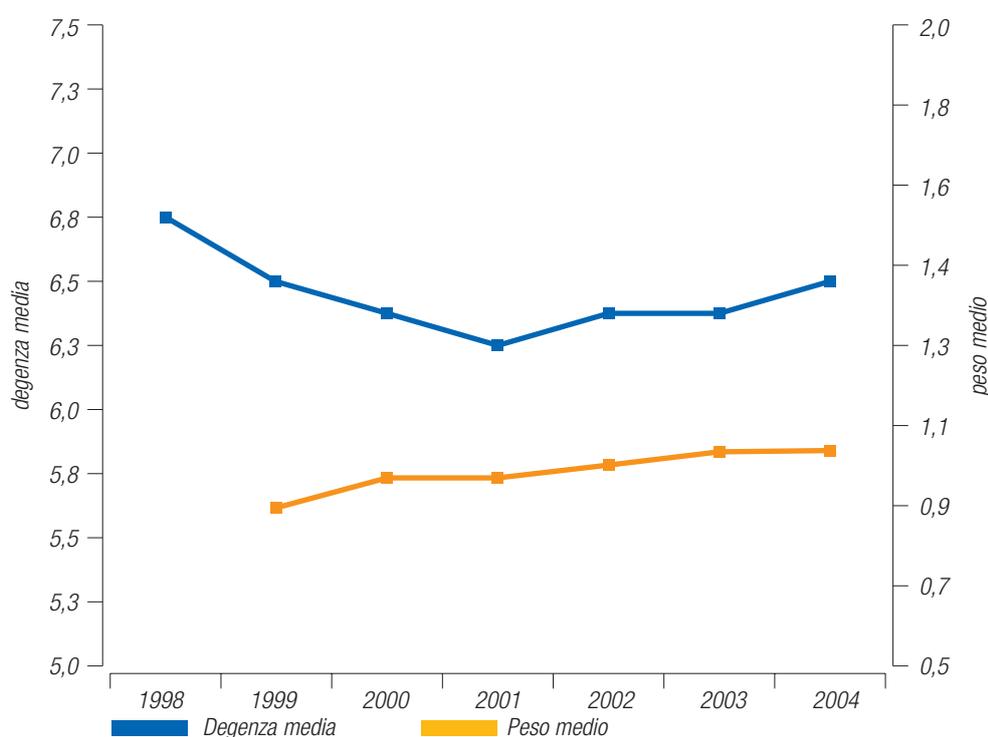
Figura 8: Ricoveri ospedale in regime ordinario negli istituti di cura pubblici, Anni 1998-2004



*Negli anni 2003-2004 non sono inclusi i neonati sani*

La degenza media, calcolata considerando anche i neonati sani per permettere i confronti, negli istituti pubblici provinciali risulta sempre in diminuzione, passando dai 6,8 giorni del 1998 ai 6,4 del 2003, e rimanendo pressoché invariata nel 2004.

Figura 9: Degenza media e peso medio in regime ordinario negli istituti di cura pubblici, Anni 1998-2004



Si osserva che la degenza media, calcolata non considerando i neonati sani, risulta nel 2004 pari a 6,7 giorni evidenziando un leggero aumento rispetto all'analogo valore del 2003 (6,5).

Complessivamente sono stati utilizzati posti letto per il 75,5% del tempo disponibile; ciascun letto, infatti, nel corso dell'anno è stato occupato da 41,5 pazienti diversi, mediamente quindi sono passati 2,2 giorni durante i quali il singolo letto è rimasto libero tra la dimissione di un paziente ed il ricovero del successivo.

Tabella 10: Indicatori di efficienza dell'attività in regime ordinario degli istituti di cura provinciali, ricoveri ospedale – Anno 2004

Istituti di cura	Degenza media	Tasso di utilizzo%*	Intervallo di turn over*	Indice di rotazione*
Ospedale di Bolzano	7,6	78,6	2,0	38,7
Ospedale di Merano	6,5	81,0	1,5	45,9
Ospedale di Bressanone	6,3	79,7	1,6	47,2
Ospedale di Brunico	5,7	87,7	0,8	56,4
Ospedale di Silandro	6,4	68,7	2,9	40,0
Ospedale di Vipiteno	5,3	72,5	2,0	51,2
Ospedale di San Candido	5,6	67,2	2,7	44,3
<b>TOTALE OSPEDALI PUBBLICI</b>	<b>6,7</b>	<b>78,9</b>	<b>1,8</b>	<b>43,9</b>
Casa di Cura S. Maria	6,5	43,4	8,3	24,9
Casa di Cura Villa S. Anna	11,0	71,4	4,4	23,6
Casa di Cura Fonte S. Martino	16,2	35,4	29,5	8,0
Infermeria Sarentino	29,1	20,0	116,9	2,5
<b>TOTALE ISTITUTI PRIVATI</b>	<b>8,4</b>	<b>47,7</b>	<b>9,0</b>	<b>21,2</b>
<b>TOTALE ISTITUTI DI CURA</b>	<b>6,8</b>	<b>75,5</b>	<b>2,2</b>	<b>41,5</b>

\* Calcolati considerando i ricoveri e le giornate di degenza inclusi quelli dei neonati sani e i posti letto utilizzati per il periodo effettivo di attività incluse le culle nido; i neonati sani ammontano a 3.884

Fonte: aziende sanitarie

**TRASFERIMENTI DI  
REPARTO**

Agli 80.474 ricoveri ospedale corrispondono 85.943 ricoveri reparto in regime ordinario, dei quali il 94,8% avviene negli ospedali pubblici. La differenza è costituita dai 5.469 trasferimenti di reparto effettuati negli istituti di cura della provincia (riferibili a 3.831 ricoveri ospedale).

Tabella 11: **Trasferimenti di reparto e numero di ricoveri in regime ordinario interessati negli istituti di cura provinciali – Anno 2004**

Numero di trasferimenti	Numero di ricoveri	Numero complessivo di trasferimenti	% di trasferimenti
1	2.649	2.649	3,48
2	929	1.858	1,22
3	143	429	0,18
4	62	248	0,08
5	28	140	0,04
6	9	54	0,01
7	3	21	-
8	5	40	-
9	-	-	-
10	3	30	-
<b>TOTALE</b>	<b>3.831</b>	<b>5.469</b>	<b>5,04</b>

Fonte: aziende sanitarie

In base al sistema DRG che classifica i ricoveri in gruppi isorisorse è possibile valutare e confrontare la produzione ospedaliera di ricoveri in unità equivalenti, associando a ciascun ricovero il relativo peso.

Tabella 12: **Indicatori basati sul criterio DRG di classificazione dei ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) degli ospedali pubblici provinciali – Anno 2004**

Ospedali	Ricoveri DRG equivalenti	Degenza media equivalente	Peso medio per ricovero	Tariffa media provinciale (Euro)	Indice di case mix	Indice comparativo di performance
Ospedale di Bolzano	35.379	6,2	1,22	3.311,39	0,997	1,13
Ospedale di Merano	15.978	6,1	1,07	2.676,98	0,879	1,11
Ospedale di Bressanone	11.441	5,7	1,11	2.752,19	0,907	1,03
Ospedale di Brunico	10.683	6,0	0,95	2.345,92	0,777	1,09
Ospedale di Silandro	3.996	7,1	0,89	2.082,95	0,732	1,30
Ospedale di Vipiteno	2.707	6,4	0,83	1.944,69	0,683	1,16
Ospedale di San Candido	2.333	6,5	0,86	2.000,78	0,703	1,18
<b>TOTALE OSPEDALI PUBBLICI</b>	<b>82.517</b>	<b>6,2</b>	<b>1,09</b>	<b>2.790,33</b>	<b>0,890</b>	<b>1,12</b>

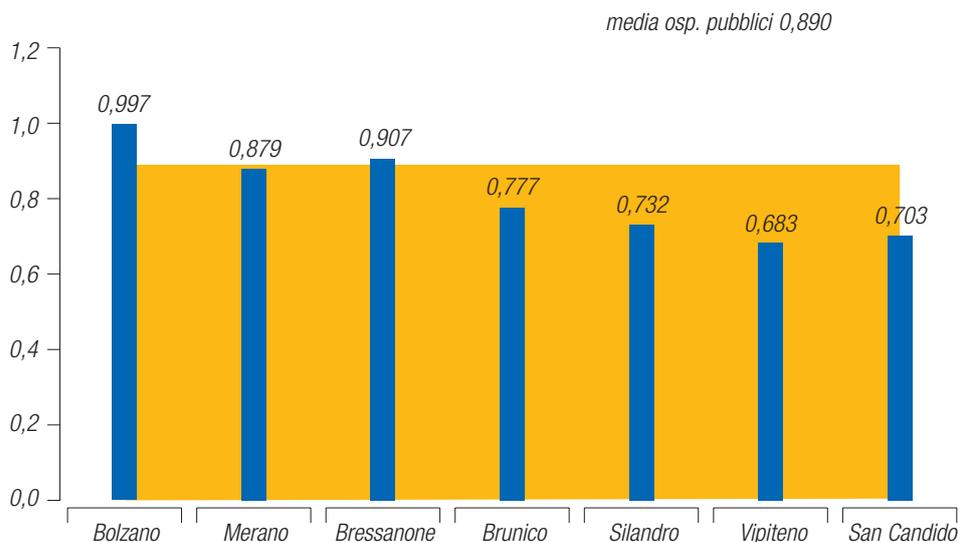
Fonte: aziende sanitarie

**INDICE DI CASE-MIX**

L'indice di case-mix esprime la complessità della casistica trattata da un determinato ospedale rispetto allo standard di riferimento.

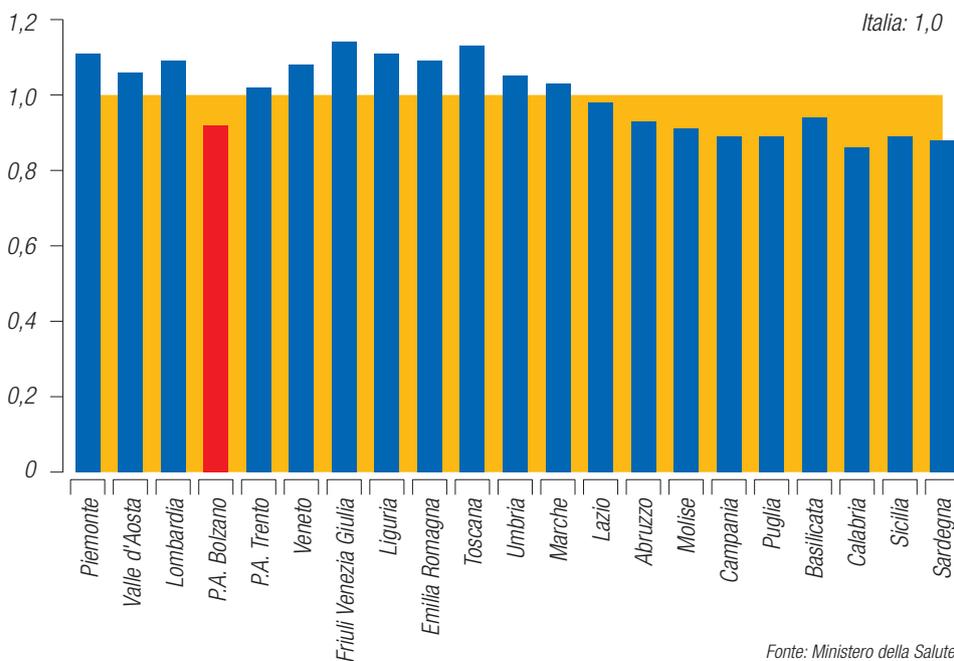
Un valore superiore all'unità è indicativo di una casistica più complessa rispetto allo standard di riferimento, mentre viceversa valori inferiori implicano un livello più basso di complessità.

Figura 10: Indice di case-mix per gli ospedali pubblici in regime ordinario - Anno 2004



Gli ospedali pubblici provinciali, nel complesso e singolarmente, hanno un grado di complessità calcolato con il sistema di pesi DRG (peso medio degli ospedali pubblici della provincia pari a 1,09) più basso rispetto allo standard nazionale<sup>6</sup>; infatti in tutti gli ospedali pubblici provinciali l'indice di case-mix assume valori inferiori all'unità, variando tra 0,683 per l'Ospedale di Vipiteno e 0,997 per quello di Bolzano.

Figura 11: Indice di case-mix nelle regioni italiane - Anno 2003



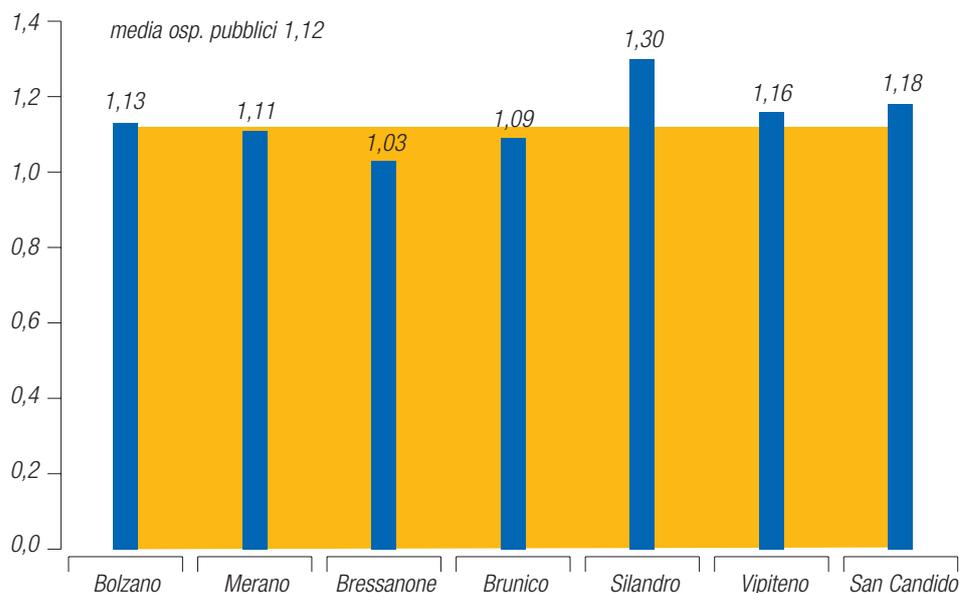
<sup>6</sup> Il peso medio della Provincia Autonoma di Bolzano calcolato con i pesi ex d.m. 30/06/1997 nel 2004 è pari a 1,17; nel 2003, secondo quanto pubblicato nel Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - Ministero della Salute, era pari a 1,11. Sempre nel 2003 il peso medio nazionale (tutti gli istituti di ricovero) era pari a 1,22

**INDICE COMPARATIVO DI  
PERFORMANCE**

Sempre attraverso il sistema di classificazione DRG è possibile calcolare i valori dell'indice comparativo di performance, che esprime l'efficienza, in termini di degenza media, di un ospedale in rapporto all'efficienza media di un insieme di ospedali di riferimento. Anche in questo caso, lo standard di riferimento adottato è costituito dall'insieme delle dimissioni da tutti gli istituti nazionali nel 2003 (degenza media per unità di peso pari a 5,5 giorni).

Valori dell'indice comparativo di performance inferiori all'unità indicano che, a parità di casistica, l'efficienza di un ospedale (in termini di degenza media) è superiore a quella media nazionale, ovvero che per una unità equivalente di ricovero è stato impiegato per l'assistenza un numero minore di giornate di degenza. Nel complesso gli ospedali pubblici della provincia mostrano una performance più bassa rispetto allo standard nazionale, in particolare nell'Ospedale di Silandro (indice comparativo di performance = 1,30), di San Candido (indice comparativo di performance = 1,18) e di Vipiteno (indice comparativo di performance = 1,16).

Figura 12: **Indice comparativo di performance per gli ospedali pubblici in regime ordinario - Anno 2004**

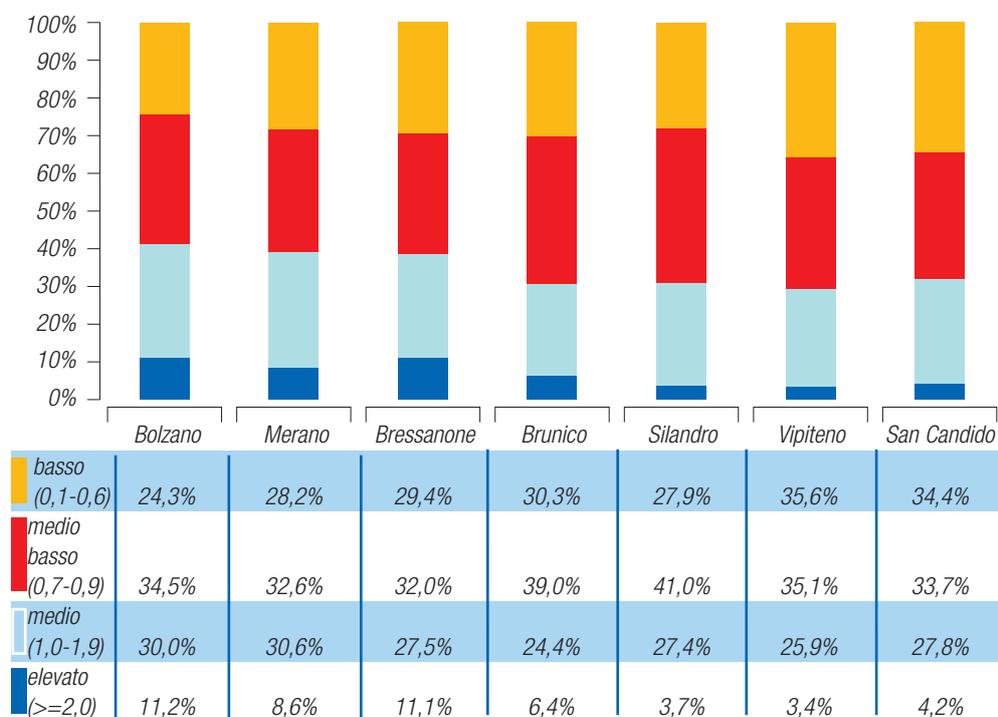

**DRG PER CLASSE DI  
PESO**

I ricoveri ai quali viene attribuito un DRG con peso medio basso (maggiore o uguale a 0,7 ed inferiore a 1,0) sono quelli maggiormente frequenti, e rappresentano il 34,8% del totale di ricoveri negli istituti di cura. Il 27,7% dei ricoveri sono caratterizzati da un peso del DRG basso (inferiore a 0,7) e il 28,5% hanno invece un peso medio (compreso tra 1,0 e 1,9). Solo l'8,9% ha un peso elevato (maggiore o uguale a 2,0).

Il confronto tra gli ospedali pubblici rispetto alla composizione dei ricoveri per complessità della casistica evidenzia la maggior quota di ricoveri con DRG di peso basso per l'Ospedale di Vipiteno (circa 35,6% dei casi), e di DRG con peso eleva-

to per l'Ospedale di Bolzano e Bressanone (rispettivamente 11,2% e 11,1% dei casi).

Figura 13: Ricoveri per classe di peso DRG negli ospedali pubblici in regime ordinario - Anno 2004



Al 62,6% dei ricoveri negli istituti di cura provinciali è stato attribuito un DRG medico, al 33,9% un DRG di tipo chirurgico ed al rimanente 3,5% uno dei DRG non classificabili<sup>7</sup>.

DRG MEDICI E  
CHIRURGICI

Tabella 13: Ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) negli istituti di cura provinciali per tipo di DRG – Anno 2004

Istituti di cura	DRG medico	DRG chirurgico	DRG non classificabile	Totale
Ospedale di Bolzano	19.225	9.257	595	29.077
Ospedale di Merano	8.646	5.514	739	14.899
Ospedale di Bressanone	5.724	4.054	559	10.337
Ospedale di Brunico	6.779	4.155	337	11.271
Ospedale di Silandro	3.374	973	128	4.475
Ospedale di Vipiteno	2.008	1.061	178	3.247
Ospedale di San Candido	1.821	777	122	2.720
<b>TOTALE OSPEDALI PUBBLICI</b>	<b>47.577</b>	<b>25.791</b>	<b>2.658</b>	<b>76.026</b>
Casa di Cura S. Maria	1.422	1.484	24	2.930
Casa di Cura Villa S. Anna	933	286	105	1.324
Casa di Cura Fonte S. Martino	137	2	5	144
Infermeria Sarentino	49	-	1	50
<b>TOTALE ISTITUTI PRIVATI</b>	<b>2.541</b>	<b>1.772</b>	<b>135</b>	<b>4.448</b>
<b>TOTALE ISTITUTI DI CURA</b>	<b>50.118</b>	<b>27.563</b>	<b>2.793</b>	<b>80.474</b>

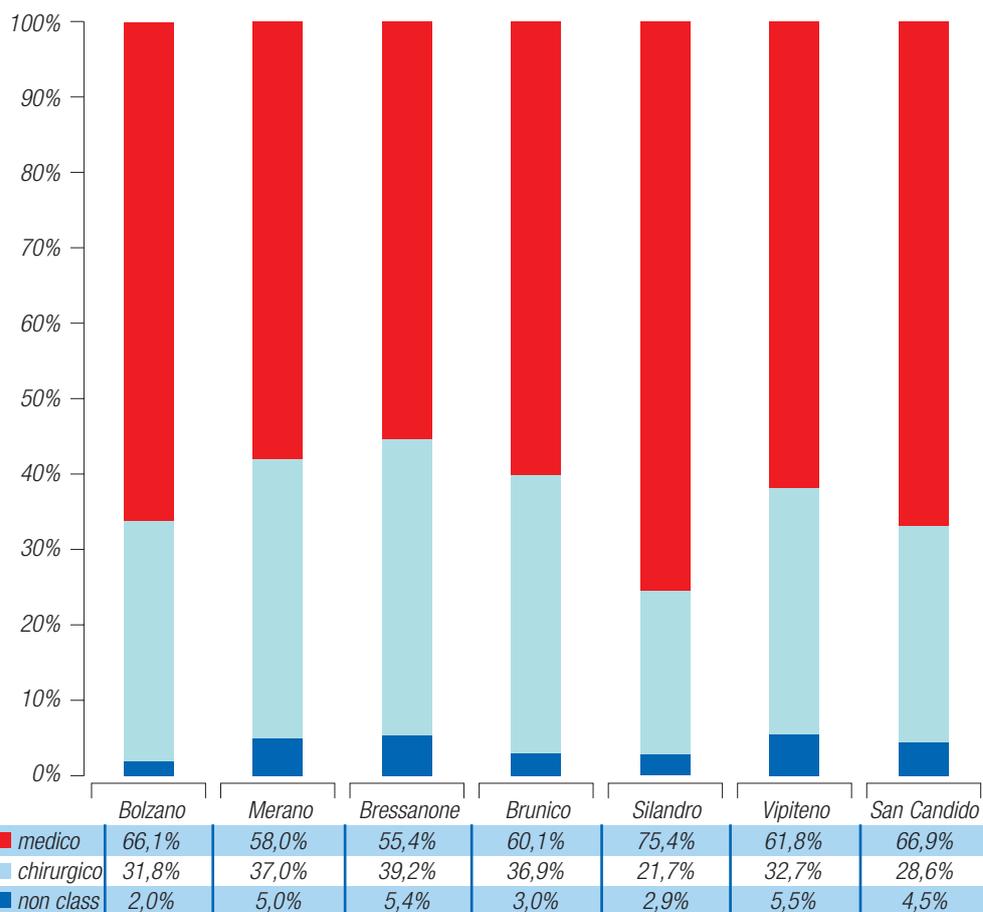
Fonte: aziende sanitarie

<sup>7</sup> I DRG non classificabili corrispondono ai DRG appartenenti alla categoria diagnostica principale MDC 15 "Malattie e disturbi del periodo neonatale" (DRG da 385 a 391), alla categoria diagnostica principale MDC 20 "Abuso di alcol/droghe" (DRG da 433 a 438) e ai DRG anomali (DRG 469 e 470).

Negli ospedali pubblici i ricoveri ordinari con DRG medico rappresentano una quota tra il 55,4% ed il 75,4% di tutti i ricoveri, mentre la quota di DRG chirurgici varia tra il 21,7% e il 39,2%.

Nella Casa di Cura S. Maria il 50,6% dei ricoveri è di tipo chirurgico, mentre nella Casa di Cura S. Anna il 70,5% è di tipo medico.

Figura 14: Ricoveri per per tipo di DRG negli ospedali pubblici in regime ordinario - Anno 2004



Le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di degenza ordinaria possono essere suddivise in:

#### RICOVERI 1 GIORNO

- episodi di ricovero di una sola giornata: ricoveri con durata della degenza inferiore a due giornate, e quindi, sia i casi di pazienti entrati ed usciti nella stessa giornata, sia i casi con una notte trascorsa in ospedale;

#### RICOVERI ORDINARI

- episodi di ricovero ordinari normali: ricoveri la cui durata di degenza è comunque superiore o uguale a due giornate ed allo stesso tempo inferiore o uguale alla soglia specifica per il DRG del ricovero;

#### RICOVERI ANOMALI

- episodi di ricovero anomali: ricoveri la cui durata di degenza risulta superiore al valore della soglia stabilita nel tariffario.

Complessivamente la quota di ricoveri ordinari di 1 giorno è pari al 13,9% di tutti i ricoveri ordinari (percentuale leggermente diminuita rispetto al 2003) con pun-

te massime del 20,1% nell'Ospedale di San Candido e del 18,1% nell'Ospedale di Brunico. Per quanto riguarda l'incidenza di ricoveri con durata superiore alla soglia dello specifico DRG, si evidenzia una lieve differenza tra ospedali pubblici (con quota pari al 1,4%) e istituti privati con quota pari al 1,6% (elevata è la quota dell'Infermeria Sarentino).

Tabella 14: Ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) di 1 giorno e ricoveri ospedale oltre soglia negli istituti di cura provinciali – Anno 2004

Istituti di cura	Ricoveri di 1 giorno	% ricoveri di 1 giorno sul totale	Ricoveri oltre soglia	% ricoveri oltre soglia sul totale
Ospedale di Bolzano	3.879	13,3	559	1,9
Ospedale di Merano	1.711	11,5	148	1,0
Ospedale di Bressanone	1.300	12,6	98	0,9
Ospedale di Brunico	2.044	18,1	121	1,1
Ospedale di Silandro	631	14,1	51	1,1
Ospedale di Vipiteno	508	15,6	34	1,0
Ospedale di San Candido	546	20,1	34	1,3
<b>TOTALE OSPEDALI PUBBLICI</b>	<b>10.619</b>	<b>14,0</b>	<b>1.045</b>	<b>1,4</b>
Casa di Cura S. Maria	344	11,7	27	0,9
Casa di Cura Villa S. Anna	190	14,4	21	1,6
Casa di Cura Fonte S. Martino	3	2,1	5	3,5
Infermeria Sarentino	1	2,0	17	34,0
<b>TOTALE ISTITUTI PRIVATI</b>	<b>538</b>	<b>12,1</b>	<b>70</b>	<b>1,6</b>
<b>TOTALE ISTITUTI DI CURA</b>	<b>11.157</b>	<b>13,9</b>	<b>1.115</b>	<b>1,4</b>

Fonte: aziende sanitarie

La degenza media entro soglia si riferisce alla durata media degli episodi di ricovero ordinari di tipo normale, e può essere interpretata come la degenza media in assenza di episodi anomali di ricovero (ricoveri di 1 giorno e ricoveri oltre la soglia) che incidono, abbassando od innalzando la degenza media complessiva.

Tabella 15: Degenza media dei ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) entro soglia e degenza media complessiva negli istituti di cura provinciali – Anno 2004

Istituti di cura	DM ricoveri entro soglia	DM complessiva
Ospedale di Bolzano	7,8	7,6
Ospedale di Merano	6,8	6,5
Ospedale di Bressanone	6,7	6,3
Ospedale di Brunico	6,4	5,7
Ospedale di Silandro	7,0	6,4
Ospedale di Vipiteno	5,9	5,3
Ospedale di San Candido	6,5	5,6
<b>TOTALE OSPEDALI PUBBLICI</b>	<b>7,1</b>	<b>6,7</b>
Casa di Cura S. Maria	7,0	6,5
Casa di Cura Villa S. Anna	12,3	11,0
Casa di Cura Fonte S. Martino	15,3	16,2
Infermeria Sarentino	14,8	29,1
<b>TOTALE ISTITUTI PRIVATI</b>	<b>8,9</b>	<b>8,4</b>
<b>TOTALE ISTITUTI DI CURA</b>	<b>7,2</b>	<b>6,8</b>

Fonte: aziende sanitarie

Nonostante la minor incidenza in termini percentuali, i ricoveri con durata oltre soglia consumano un numero di giornate di degenza superiore rispetto ai ricoveri di 1 giorno, soprattutto nel caso degli istituti privati. L'effetto combinato determinato dalle giornate di degenza dei ricoveri oltre soglia e dai ricoveri di 1 giorno, è quello di ridurre, la degenza media rispetto alla situazione teorica (costituita da soli ricoveri ordinari normali) per quanto riguarda sia gli ospedali pubblici (0,4 giorni in meno) sia gli istituti privati (0,5 giorni in meno), situazione pressoché invariata rispetto all'anno precedente.

Tabella 16: **Ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) per DRG più frequenti, % cumulata di ricoveri e % di ricoveri oltre soglia negli istituti di cura provinciali – Anno 2004**

DRG	Descrizione DRG	Ricoveri	% cum. ricoveri	% ricoveri oltre soglia
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	3.896	4,8	2,4
243	Affezioni mediche del dorso	1.853	7,1	0,5
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 senza cc	1.576	9,1	0,3
127	Insufficienza cardiaca e shock	1.464	10,9	1,3
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	1.402	12,7	0,7
430	Psicosi	1.373	14,4	2,5
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	1.327	16,0	0,3
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18	1.238	17,6	0,7
222	Interventi sul ginocchio, senza cc	1.161	19,0	0,2
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 senza cc	1.112	20,4	0,2
371	Parto cesareo senza cc	1.022	21,7	1,3
112	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea	977	22,9	1,6
14	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	963	24,1	1,8
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	951	25,2	0,2
139	Aritmia e alterazione della conduzione cardiaca, senza cc	911	26,4	0,3
390	Neonati con altre affezioni significative	831	27,4	1,3
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	807	28,4	8,2
15	Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	757	29,4	1,8
89	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 con cc	706	30,2	1,3
<b>TOTALE RICOVERI</b>		<b>80.474</b>		<b>1,4</b>

Fonte: aziende sanitarie

#### DRG PIÙ FREQUENTI

Sono sufficienti 19 DRG per spiegare il 30,2% dei ricoveri ospedale effettuati in provincia, il DRG più frequente è rappresentato dal DRG 373 "Parto vaginale senza diagnosi complicanti" (4,8% del totale dei ricoveri).

#### RICOVERI ENTRO SOGLIA

La frequenza di episodi di ricovero oltre soglia è molto elevata per i DRG 467, 430, e 373 con quote rispettivamente del 8,2%, 2,5 e del 2,4%.

#### DRG CHIRURGICI

I ricoveri con DRG chirurgico e intervento chirurgico (codice ICD9CM versione '97 di almeno un intervento in qualunque posizione inferiore a '8700'), ammontano complessivamente a 27.448 (pari al 34,1% di tutti i ricoveri ospedale). Il 93,5% dei ricoveri con DRG chirurgico e almeno un intervento chirurgico è stato effettuato in ospedali pubblici.

I ricoveri con DRG chirurgico e sole procedure diagnostiche e terapeutiche (codice ICD9CM versione '97 di tutti gli interventi superiore a '8700'), sono pari a 115.

Tabella 17: **Ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) con DRG chirurgico ed almeno un intervento chirurgico\* o solo procedure diagnostiche negli istituti di cura provinciali – Anno 2004**

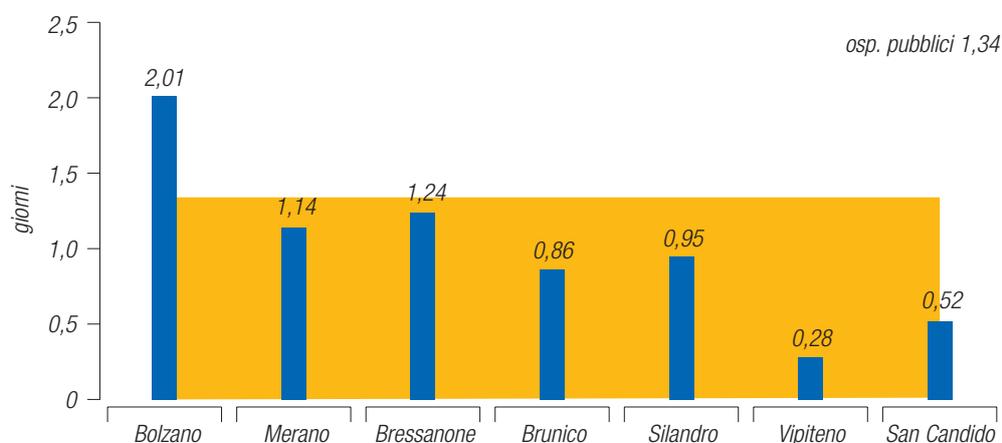
Istituti di cura	Interventi chirurgici	Procedure diagnostiche
Ospedale di Bolzano	9.202	55
Ospedale di Merano	5.501	13
Ospedale di Bressanone	4.026	28
Ospedale di Brunico	4.140	15
Ospedale di Silandro	973	-
Ospedale di Vipiteno	1.061	-
Ospedale di San Candido	773	4
<b>TOTALE OSPEDALI PUBBLICI</b>	<b>25.676</b>	<b>115</b>
Casa di Cura S. Maria	1.484	-
Casa di Cura Villa S. Anna	286	-
Casa di Cura Fonte S. Martino	2	-
Infermeria Sarentino	-	-
<b>TOTALE ISTITUTI PRIVATI</b>	<b>1.772</b>	<b>-</b>
<b>TOTALE ISTITUTI DI CURA</b>	<b>27.448</b>	<b>115</b>

\* Interventi chirurgici = interventi con codice ICD9CM (versione 1997) < '8700'; procedure diagnostiche = interventi e procedure con codice ICD9CM (versione 1997) > '8700'

Fonte: aziende sanitarie

La degenza media pre operatoria dei ricoveri (non urgenti) con DRG chirurgico e almeno un intervento chirurgico, effettuati negli istituti di cura provinciali è pari a 1,24 giorni (negli ospedali pubblici: 1,34 giorni; negli istituti di cura privati: 0,19 giorni). Soltanto per l'Ospedale di Bolzano si registra una degenza media preoperatoria di 2 giorni.

Figura 15: **Degenza media pre operatoria (non urgenti) negli ospedali pubblici in regime ordinario - Anno 2004**



**Tabella 18: Ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) con DRG chirurgico e intervento chirurgico (codice ICD9CM versione '97 di almeno un intervento inferiore a '8700') più frequenti, % cumulata di ricoveri, degenza media e degenza media preoperatoria – Anno 2004**

DRG	Descrizione DRG	Ricoveri <sup>o</sup>	% cum. ricoveri	Degenza media	Degenza media preop.*
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	1.401	5,1	13,5	2,0
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	1.327	9,9	2,2	0,5
222	Interventi sul ginocchio, senza cc	1.161	14,2	3,7	0,7
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 senza cc	1.112	18,2	6,8	1,0
371	Parto cesareo senza cc	1.022	21,9	6,4	0,8
112	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea	959	25,4	6,9	2,4
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	951	28,9	5,3	0,9
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18	676	31,4	2,6	0,8
231	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore	620	33,6	3,6	0,9
167	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata, senza cc	601	35,8	3,9	0,4
225	Interventi sul piede	559	37,8	4,5	0,9
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	504	39,7	3,3	0,9
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc	494	41,5	3,0	0,8
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto comune senza cc	476	43,2	4,4	1,1
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc	462	44,9	2,9	0,8
215	Interventi su dorso e collo, senza cc	416	46,4	6,4	2,1
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni, senza cc	402	47,9	4,4	1,2
119	Legatura e stripping di vene	392	49,3	2,5	0,5
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17, senza cc	380	50,7	10,2	1,2
<b>TOTALE RICOVERI</b>		<b>27.448</b>		<b>6,8</b>	<b>1,6</b>

\* Nel calcolo della degenza media preoperatoria per i DRG, sono stati considerati i ricoveri non urgenti e urgenti

<sup>o</sup> Sono esclusi i trasferimenti interni

Fonte: aziende sanitarie

Occorrono 19 DRG per spiegare il 50,7% dell'attività complessiva chirurgica a livello provinciale. Il DRG chirurgico con intervento chirurgico (codice ICD9CM versione '97 di almeno un intervento inferiore a '8700') più frequente è stato il DRG 209 "Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori", attribuito in 1.401 casi, con degenza media di 13,5 giorni e degenza media in attesa dell'operazione di 2,0 giorni.

Tra i DRG chirurgici con intervento chirurgico più frequenti, la degenza media del ricovero più bassa è pari a 2,2 giorni per il DRG 039 "Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia". L'attesa dell'intervento chirurgico dal momento del ricovero è più elevata per il DRG 112 "Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea" (2,4 giorni) e più bassa per il DRG 167 "Appendicectomia con diagnosi principale non complicata, senza cc" (pari a 0,4 giorni).

Sono considerati trasferimenti tra ospedali provinciali i casi nei quali il paziente è stato dimesso da un ospedale e riammesso in un altro diverso dal primo non oltre il giorno successivo a quello della sua dimissione. I dati riportati fanno riferimento all'insieme degli eventi costituito dalle coppie di ricoveri di ordine  $n$  e  $n+1$  di pazienti trasferiti.

Sono 1.513 gli eventi che nel 2004 risultano come trasferimenti di ospedale in Provincia Autonoma di Bolzano. Nel 95,4% di casi l'ammissione presso il secondo ospedale è stata registrata nella giornata di dimissione dal primo ospedale, mentre nel rimanente 4,6% (pari a 69 casi) il ricovero è avvenuto il giorno successivo.

Dall'Ospedale centrale di Bolzano il 70,0% dei trasferimenti è avvenuto verso un ospedale aziendale; verso l'Ospedale di Bolzano, invece, sono stati indirizzati il 66,9% dei trasferimenti effettuati da ospedali aziendali, il 21,9% di quelli da ospedali di base e l'11,2% dei trasferimenti da istituti privati.

Tabella 19: **Trasferimenti di ospedale per tipo di ospedale di destinazione e provenienza del paziente – Anno 2004**

Tipo ospedale di provenienza	Tipo ospedale di destinazione				Totale
	Ospedale centrale	Ospedale aziendale	Ospedale di base	Casa di Cura privata	
Ospedale centrale	-	333	70	73	476
Ospedale aziendale	340	76	147	52	615
Ospedale base	111	189	1	3	304
Casa di Cura privata	57	53	-	8	118
<b>TOTALE</b>	<b>508</b>	<b>651</b>	<b>218</b>	<b>136</b>	<b>1.513</b>

Fonte: aziende sanitarie

### 3.2.4. Ricoveri per acuti in regime diurno

In questo capitolo viene descritta l'attività assistenziale degli ospedali pubblici e delle case di cura private della Provincia Autonoma di Bolzano, rivolta ad acuti in regime diurno, mediante l'utilizzo di indicatori classici che fanno riferimento alla numerosità degli eventi considerati (numero medio di accessi, tasso di utilizzo e indice di rotazione dei posti letto). Per il calcolo del tasso di utilizzo dei posti letto in regime diurno, i giorni di apertura dei reparti sono stati posti convenzionalmente pari a 250.

I ricoveri effettuati in regime diurno (con DRG medico, DRG chirurgico o DRG non classificabile) possono essere classificati in singoli accessi o in cicli programmati di ricoveri (ossia più accessi dello stesso paziente per la stessa patologia). Nel caso del singolo accesso viene conteggiata una giornata di assistenza, nel caso di ciclo viene conteggiato un numero di giornate di degenza pari al numero complessivo degli accessi programmati ed erogati.

Nel 2004 la produzione dei ricoveri in regime diurno è stata di 23.661, 22.260 (94,1%) dei quali sono stati effettuati negli ospedali pubblici provinciali. Rispetto

**TRASFERIMENTI TRA  
OSPEDALI**

**RICOVERI ED ACCESSI IN  
REGIME DIURNO**

al 2003 il numero di ricoveri in regime diurno è aumentato in tutti gli ospedali pubblici (+ 15,9%) e anche nella Casa di Cura S.Maria (+ 19,6%); in particolare negli ospedali pubblici sono aumentati i ricoveri dell'Ospedale di Vipiteno (da 1.032 a 1.446 pari al 40,1%) e dell'Ospedale di Merano (da 3.258 a 4.112 pari al 26,2%).

Figura 16: Ricoveri in regime diurno negli istituti di cura provinciali - Anni 2000-2004

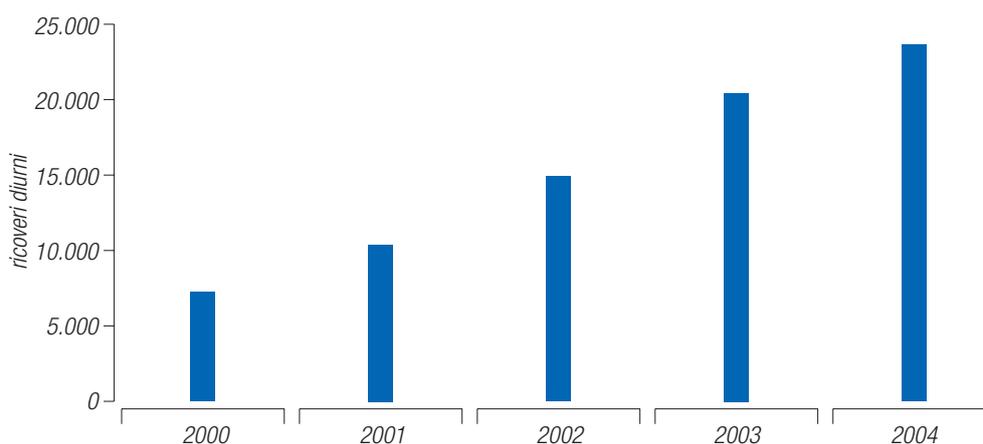


Tabella 20: Ricoveri, giornate, numero medio di accessi ed indicatori classici dell'attività in regime diurno degli istituti di cura provinciali - Anno 2004

Istituti di cura	Posti letto	Ricoveri	Giornate complessive	N. medio accessi	Tasso di utilizzo%**	Indice di rotazione
Ospedale di Bolzano	75*	8.831	23.086	2,6	124,5	119,1
Ospedale di Merano	26	4.112	8.551	2,1	131,6	158,2
Ospedale di Bressanone	20	3.070	5.328	1,7	106,6	153,5
Ospedale di Brunico	24	3.164	5.597	1,8	93,3	131,8
Ospedale di Silandro	6	819	1.346	1,6	89,7	136,5
Ospedale di Vipiteno	7	1.446	1.981	1,4	113,2	206,6
Ospedale di San Candido	7	818	2.193	2,7	125,3	116,9
<b>TOTALE OSPEDALI PUBBLICI</b>	<b>165</b>	<b>22.260</b>	<b>48.082</b>	<b>2,2</b>	<b>117,2</b>	<b>135,6</b>
Casa di Cura S. Maria	14	1.236	1.236	1,0	35,3	88,3
Casa di Cura Villa S. Anna	-	165	166	1,0	-	-
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-	-	-	-
Infermeria Sarentino	-	-	-	-	-	-
<b>TOTALE ISTITUTI PRIVATI</b>	<b>14</b>	<b>1.401</b>	<b>1.402</b>	<b>1,0</b>	<b>40,1</b>	<b>100,1</b>
<b>TOTALE ISTITUTI DI CURA</b>	<b>179</b>	<b>23.661</b>	<b>49.484</b>	<b>2,1</b>	<b>111,1</b>	<b>132,8</b>

\* 1 posto letto del reparto di Malattie infettive e tropicali attivato nel mese di novembre 2004

\*\* I giorni di apertura su base annua sono stati convenzionalmente posti pari a 250

Fonte: aziende sanitarie

Del totale dei ricoveri in regime diurno, 11.202 presentano un DRG medico o non classificabile per un numero complessivo di 36.579 accessi.

Il numero medio di accessi per ricovero in regime diurno con DRG medico varia da 1,8 dell'Ospedale di Vipiteno a 3,7 dell'Ospedale di Merano.

I ricoveri in regime diurno con DRG chirurgico, invece, sono stati 12.459 per 12.905 giornate complessive.

Tabella 21: **Ricoveri e giornate in regime diurno (DRG medico o non classificabile e DRG chirurgico) degli istituti di cura provinciali – Anno 2004**

Istituti di cura	DRG medico o non classificabile		DRG chirurgico	
	Ricoveri	Giornate complessive	Ricoveri	Giornate complessive
Ospedale di Bolzano	5.787	19.689	3.044	3.397
Ospedale di Merano	1.639	6.052	2.473	2.499
Ospedale di Bressanone	1.037	3.295	2.033	2.033
Ospedale di Brunico	1.418	3.840	1.746	1.757
Ospedale di Silandro	219	738	600	608
Ospedale di Vipiteno	638	1.170	808	811
Ospedale di San Candido	341	1.672	477	521
<b>TOTALE OSPEDALI PUBBLICI</b>	<b>11.079</b>	<b>36.456</b>	<b>11.181</b>	<b>11.626</b>
Casa di Cura S. Maria	122	122	1.114	1.114
Casa di Cura Villa S. Anna	1	1	164	165
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-	-
Infermeria Sarentino	-	-	-	-
<b>TOTALE ISTITUTI PRIVATI</b>	<b>123</b>	<b>123</b>	<b>1.278</b>	<b>1.279</b>
<b>TOTALE ISTITUTI DI CURA</b>	<b>11.202</b>	<b>36.579</b>	<b>12.459</b>	<b>12.905</b>

Fonte: aziende sanitarie

Nel 2004, tra i DRG medici e non classificabili, il gruppo DRG più frequente è stato il DRG 410 "Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta", con il 10,0% dei ricoveri. La diagnosi di dimissione più frequente è stata, invece, "Altri e non specificati procedimenti e trattamenti ulteriori" (10,8%).

Tabella 22: **DRG più frequenti nei ricoveri in regime diurno con DRG medico o non classificabile degli istituti di cura provinciali – Anno 2004**

DRG	Descrizione DRG	Ricoveri	% cumulata
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.121	10,0
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	698	16,2
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	571	21,3
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	563	26,4
012	Malattie degenerative del sistema nervoso	413	30,0
187	Estrazioni e riparazioni dentali	292	32,7
243	Affezioni mediche del dorso	270	35,1
301	Malattie endocrine, senza cc	249	37,3
035	Altre malattie del sistema nervoso, senza cc	245	39,5
026	Convulsioni e cefalea età < 18	237	41,6
139	Aritmia e alterazione della conduzione cardiaca, senza cc	207	43,4
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	200	45,2
429	Disturbi organici e ritardo mentale	187	46,9
184	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18	183	48,5
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	181	50,1
<b>TOTALE RICOVERI CON DRG MEDICO O NON CLASSIFICABILE</b>		<b>11.202</b>	

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 23: **Diagnosi principali di dimissione più frequenti nei ricoveri in regime diurno con DRG medico o non classificabile degli istituti di cura provinciali – Anno 2004**

Codice ICD9CM	Descrizione diagnosi	Ricoveri	% cumulata
V58	Altri e non specificati procedimenti e trattamenti ulteriori	1.215	10,8
628	Infertilità femminile	483	15,2
659	Altre indicazioni per l'assistenza o l'intervento relative al travaglio e al parto, non classificate altrove	454	19,2
521	Malattie dei tessuti duri dei denti	276	21,7
331	Altre degenerazioni cerebrali	254	23,9
427	Aritmie cardiache	231	26,0
345	Epilessie	209	27,9
340	Sclerosi multipla	193	29,6
780	Sintomi generali	183	31,2
V10	Anamnesi personale di tumore maligno	176	32,8
724	Altri e non specificati disturbi del dorso	162	34,2
290	Stati psicotici organici senili e presenili	153	35,6
333	Altre malattie extrapiramidali e altri disturbi del movimento	153	37,0
300	Disturbi nevrotici	122	38,1
440	Aterosclerosi	119	39,1
278	Obesità e altri stati di iperalimentazione	116	40,2
<b>TOTALE RICOVERI CON DRG MEDICO O NON CLASSIFICABILE</b>		<b>11.202</b>	

Fonte: aziende sanitarie

Il DRG chirurgico maggiormente rilevato è stato il DRG 039 “Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia” (19,1%).

La diagnosi di dimissione più frequente è stata, invece, “Cataratta” (19,0%).

Tabella 24: **DRG più frequenti nei ricoveri in regime diurno con DRG chirurgico degli istituti di cura provinciali – Anno 2004**

DRG	Descrizione DRG	Ricoveri	% cumulata
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	2.385	19,1
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1.103	28,0
119	Legatura e stripping di vene	1.031	36,3
222	Interventi sul ginocchio, senza cc	987	44,2
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	853	51,0
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	753	57,1
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc	583	61,8
006	Decompressione del tunnel carpale	466	65,5
231	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore	425	68,9
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc	327	71,5
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella, senza cc	250	73,5
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18	196	75,1
<b>TOTALE RICOVERI CON DRG CHIRURGICO</b>		<b>12.459</b>	

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 25: **Diagnosi principali di dimissione più frequenti nei ricoveri in regime diurno con DRG chirurgico degli istituti di cura provinciali – Anno 2004**

Codice ICD9CM	Descrizione diagnosi	Ricoveri	% cumulata
366	Cataratta	2.366	19,0
454	Varici degli arti inferiori	1.041	27,3
717	Lesioni interne del ginocchio	1.023	35,6
628	Infertilità femminile	721	41,3
550	Ernia inguinale	624	46,4
635	Aborto indotto legalmente	566	50,9
354	Mononeuriti dell'arto superiore e mononeuriti multiple	473	54,7
V54	Altro trattamento ortopedico ulteriore	425	58,1
605	Prepuzio esuberante e fimosi	340	60,8
727	Altri disturbi delle membrane sinoviali, dei tendini e delle borse	316	63,4
621	Patologie dell'utero non classificate altrove	301	65,8
626	Disordini mestruali ed altri sanguinamenti anomali del tratto genitale femminile	300	68,2
634	Aborto spontaneo	273	70,4
<b>TOTALE RICOVERI CON DRG CHIRURGICO</b>		<b>12.459</b>	

Fonte: aziende sanitarie

### 3.2.5. Indicatori di qualità ed appropriatezza

#### 3.2.5.1. Ricoveri ripetuti

Sono stati considerati ricoveri ripetuti i casi nei quali il paziente ha subito nell'anno almeno due ricoveri in strutture provinciali, eccetto i trasferimenti di ospedale. Per ricoveri ripetuti si intendono tutti i ricoveri successivi al primo, esclusi i ricoveri effettuati in regime diurno, i ricoveri nelle unità operative di Riabilitazione e Recupero Funzionale, Lungodegenza post-acuzie e Psichiatria e i ricoveri per i DRG 409 "Radioterapia", DRG 410 "Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta" e DRG 492 "Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta".

Tabella 26: **Ricoveri ripetuti in regime ordinario per tipo di ospedale di destinazione e di provenienza del paziente – Anno 2004**

Tipo ospedale di provenienza	Tipo ospedale di destinazione				Totale
	Ospedale centrale	Ospedale aziendale	Ospedale di base	Casa di Cura privata	
Ospedale centrale	6.273	296	72	220	6.861
Ospedale aziendale	358	6.284	231	171	7.044
Ospedale base	90	277	1.717	24	2.108
Casa di Cura privata	240	180	27	493	940
<b>TOTALE</b>	<b>6.961</b>	<b>7.037</b>	<b>2.047</b>	<b>908</b>	<b>16.953</b>

Fonte: aziende sanitarie

Dei 16.953 ricoveri ripetuti rilevati nel 2004, il 40,5% ha come ospedale di provenienza l'Ospedale di Bolzano, il 41,6% un ospedale aziendale, il 12,4% un ospedale di base ed il 5,5% una casa di cura privata. Il tipo di ospedale di provenienza e di destinazione coincidono nell'87,1% dei casi: nel 91,4% dei casi per l'Ospedale di Bolzano, nell'89,2% per gli ospedali aziendali, nell'81,5% per quelli di base e nel 52,4% per gli istituti privati.

RICOVERI RIPETUTI

### 3.2.5.1.1. Ricoveri ripetuti nello stesso istituto di cura e per lo stesso DRG

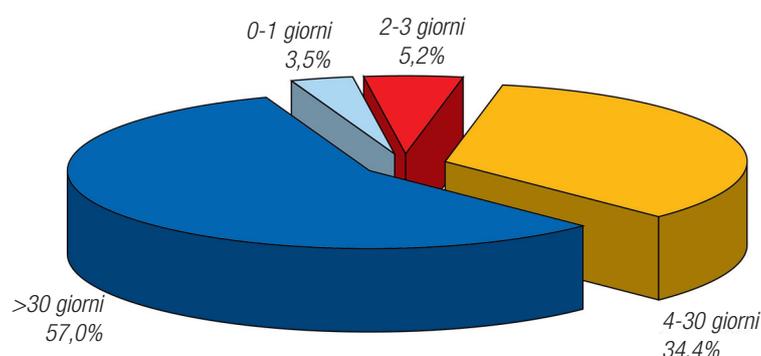
Nel 2004 nelle unità operative degli istituti di cura della provincia (escluse le unità operative di Riabilitazione e Recupero Funzionale, Lungodegenza post-acuzie e Psichiatria) sono stati effettuati 3.204 ricoveri ripetuti nello stesso istituto di cura e con lo stesso DRG (esclusi i DRG 409 “Radioterapia”, DRG 410 “Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta” e DRG 492 “Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta”). L’87,5% dei ricoveri ripetuti nello stesso istituto e per lo stesso DRG si sono conclusi con la dimissione del paziente a domicilio.

Tabella 27: Ricoveri ripetuti in regime ordinario nello stesso istituto e per lo stesso DRG per modalità di dimissione e intervallo di tempo trascorso tra i ricoveri negli istituti di cura provinciali – Anno 2004

Intervallo di tempo tra i ricoveri	Dimissione a domicilio del paziente	Altra modalità di dimissione	Totale
0-1 giorni	98	13	111
2-3 giorni	151	16	167
4-30 giorni	937	164	1.101
>30 giorni	1.616	209	1.825
<b>TOTALE</b>	<b>2.802</b>	<b>402</b>	<b>3.204</b>

Fonte: aziende sanitarie

Figura 17: Ricoveri ripetuti in regime ordinario nello stesso istituto e per lo stesso DRG per intervallo di tempo trascorso tra i ricoveri - Anno 2004



#### INTERVALLO DI TEMPO TRA I RICOVERI

L’intervallo di tempo trascorso tra un ricovero e il successivo nel 57,0% dei casi è risultato superiore ai 30 giorni, nel 34,4% è risultato compreso tra i 4 e i 30 giorni, nel 5,2% è risultato compreso tra 2 e 3 giorni e nel 3,5% dei casi il paziente è stato dimesso e poi riammesso nello stesso giorno o nel giorno successivo, nello stesso ospedale e per lo stesso DRG.

#### RICOVERI RIPETUTI CON INTERVALLO DI TEMPO DI 0-1 GIORNI

Dei 249 ricoveri ripetuti con intervallo di tempo compreso tra 0 e 3 giorni e con dimissione a domicilio del paziente, il 38,6% sono ricoveri effettuati presso l’Ospedale di Bolzano, il 16,1% presso l’Ospedale di Merano, il 13,3% presso l’Ospedale di Brunico e il 12,9% presso l’Ospedale di Bressanone. I ricoveri ripetuti di pazienti non residenti in provincia sono stati 14.

L’importo complessivo di questi 249 ricoveri ripetuti è risultato di 588.051,73

Euro. L'importo dei 14 ricoveri ripetuti di pazienti non residenti in provincia è risultato pari a 39.816,77 Euro.

**Tabella 28: Ricoveri ripetuti in regime ordinario effettuati nello stesso istituto, con lo stesso DRG, con dimissione a domicilio e con intervallo di tempo trascorso tra i ricoveri di 0-3 giorni per istituto di cura e residenza del paziente – Anno 2004**

Istituto di cura	Azienda sanitaria di residenza				Extraprov.	Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico		
Ospedale di Bolzano	84	5	3	-	4	96
Ospedale di Merano	1	35	-	1	3	40
Ospedale di Bressanone	5	-	24	1	2	32
Ospedale di Brunico	2	-	2	28	1	33
Ospedale di Silandro	-	12	-	-	1	13
Ospedale di Vipiteno	4	-	13	-	1	18
Ospedale di San Candido	-	-	-	7	2	9
<b>TOTALE OSPEDALI PUBBLICI</b>	<b>96</b>	<b>52</b>	<b>42</b>	<b>37</b>	<b>14</b>	<b>241</b>
Casa di Cura S. Maria	6	2	-	-	-	8
Casa di Cura Villa S. Anna	-	-	-	-	-	-
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-	-	-	-
Infermeria Sarentino	-	-	-	-	-	-
<b>TOTALE ISTITUTI PRIVATI</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>8</b>
<b>TOTALE ISTITUTI DI CURA</b>	<b>102</b>	<b>54</b>	<b>42</b>	<b>37</b>	<b>14</b>	<b>249</b>

Fonte: aziende sanitarie

Dei 937 ricoveri ripetuti con intervallo di tempo compreso tra 4 e 30 giorni e con dimissione a domicilio del paziente, il 40,6% sono ricoveri effettuati presso l'Ospedale di Bolzano, il 20,3% presso l'Ospedale di Merano, il 9,6% presso l'Ospedale di Bressanone, il 11,1% presso quello di Brunico, il 6,5% presso quello di Silandro, il 6,0% presso quello di Vipiteno, il 3,1% presso quello di San Candido e il rimanente 3,3% presso gli istituti privati.

**Tabella 29: Ricoveri ripetuti in regime ordinario effettuati nello stesso istituto, con lo stesso DRG, con dimissione a domicilio e con intervallo di tempo trascorso tra i ricoveri compreso tra 4 e 30 giorni per istituto di cura e residenza del paziente – Anno 2004**

Istituto di cura	Azienda sanitaria di residenza				Extraprov.	Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico		
Ospedale di Bolzano	306	24	9	6	35	380
Ospedale di Merano	8	172	1	3	6	190
Ospedale di Bressanone	11	2	65	10	2	90
Ospedale di Brunico	2	3	7	87	5	104
Ospedale di Silandro	-	60	-	-	1	61
Ospedale di Vipiteno	8	5	40	1	2	56
Ospedale di San Candido	-	1	-	21	7	29
<b>TOTALE OSPEDALI PUBBLICI</b>	<b>335</b>	<b>267</b>	<b>122</b>	<b>128</b>	<b>58</b>	<b>910</b>
Casa di Cura S. Maria	16	4	-	-	-	20
Casa di Cura Villa S. Anna	3	4	-	-	-	7
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-	-	-	-
Infermeria Sarentino	-	-	-	-	-	-
<b>TOTALE ISTITUTI PRIVATI</b>	<b>19</b>	<b>8</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>27</b>
<b>TOTALE ISTITUTI DI CURA</b>	<b>354</b>	<b>275</b>	<b>122</b>	<b>128</b>	<b>58</b>	<b>937</b>

Fonte: aziende sanitarie

**RICOVERI BREVI PER  
MODALITÀ DI DIMISSIONE  
E TIPO DI DRG**

I ricoveri ripetuti con differenza tra data di dimissione e data di riammissione compresa tra i 4 e i 30 giorni di pazienti non residenti in Provincia Autonoma di Bolzano sono stati 58.

L'importo complessivo di questi 937 ricoveri ripetuti è risultato di 2.516.412,99 Euro. L'importo dei 58 ricoveri ripetuti di pazienti non residenti in Provincia è risultato pari a 308.893,63 Euro.

### 3.2.5.2. Ricoveri brevi di durata 2 o 3 giorni

Nel 2004 nelle unità operative degli istituti di cura della provincia (escluse le unità operative di riabilitazione e recupero funzionale, lungodegenza post acuzie e psichiatria) sono stati effettuati 22.705 ricoveri ordinari di durata di 2 o 3 giorni, pari al 28,8% dei 78.809 ricoveri ordinari effettuati.

Tabella 30: **Ricoveri di durata 2 o 3 giorni in regime ordinario per modalità di dimissione e tipo di DRG negli istituti di cura provinciali – Anno 2004**

Modalità di dimissione	DRG medico	DRG chirurgico	DRG non classificabile	Totale	%
Dimissione a domicilio	12.043	9.221	410	21.674	95,5
Deceduto	225	24	3	252	1,1
Altra modalità di dimissione	607	149	23	779	3,4
<b>TOTALE</b>	<b>12.875</b>	<b>9.394</b>	<b>436</b>	<b>22.705</b>	<b>100,0</b>

Fonte: aziende sanitarie

Nel 95,5% dei casi (21.674 ricoveri) il paziente è stato dimesso al proprio domicilio. Al 56,7% dei ricoveri brevi è stato attribuito un DRG di tipo medico, al 41,4% un DRG di tipo chirurgico e al rimanente 1,9% un DRG non classificabile.

I ricoveri brevi con modalità di dimissione a domicilio del paziente e con DRG di tipo medico sono risultati 12.043 (53,0% del totale). Il 97,7% di essi sono stati effettuati negli ospedali pubblici (il 39,8% nell'Ospedale di Bolzano), il rimanente 2,3% presso gli istituti privati, in particolare nella Casa di Cura Santa Maria.

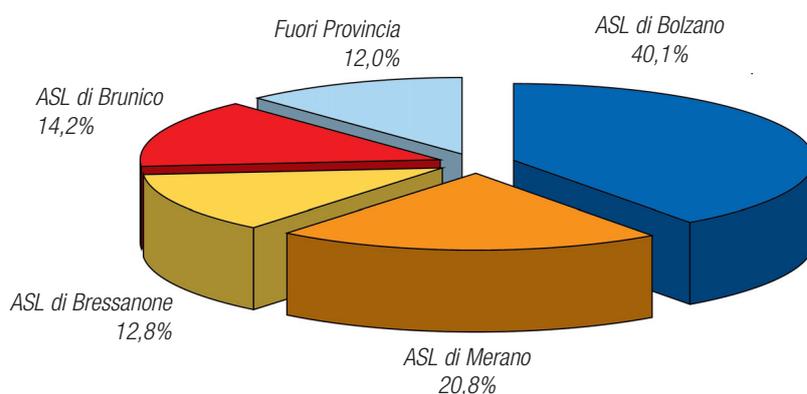
**RICOVERI BREVI CON  
DIMISSIONE A DOMICILIO  
E DRG DI TIPO MEDICO**

Tabella 31: Ricoveri di durata 2 o 3 giorni in regime ordinario con modalità di dimissione a domicilio e DRG di tipo medico per istituto di cura provinciale e per residenza del paziente – Anno 2004

Istituto di cura	Azienda sanitaria di residenza				Extraprov.	Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico		
Ospedale di Bolzano	4.048	154	40	37	509	4.788
Ospedale di Merano	179	1.607	5	9	209	2.009
Ospedale di Bressanone	269	10	1.077	114	180	1.650
Ospedale di Brunico	38	9	85	1.274	252	1.658
Ospedale di Silandro	3	652	-	-	94	749
Ospedale di Vipiteno	66	31	327	5	71	500
Ospedale di San Candido	1	4	1	269	133	408
<b>TOTALE OSPEDALI PUBBLICI</b>	<b>4.604</b>	<b>2.467</b>	<b>1.535</b>	<b>1.708</b>	<b>1.448</b>	<b>11.762</b>
Casa di Cura S. Maria	200	25	11	2	2	240
Casa di Cura Villa S. Anna	18	16	1	1	1	37
Casa di Cura Fonte S. Martino	1	2	-	-	-	3
Infermeria Sarentino	1	-	-	-	-	1
<b>TOTALE ISTITUTI PRIVATI</b>	<b>220</b>	<b>43</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>281</b>
<b>TOTALE ISTITUTI DI CURA</b>	<b>4.824</b>	<b>2.510</b>	<b>1.547</b>	<b>1.711</b>	<b>1.451</b>	<b>12.043</b>

Fonte: aziende sanitarie

Figura 18: Ricoveri brevi in regime ordinario di dimessi a domicilio con DRG medico effettuati negli istituti di cura provinciali per residenza del paziente - Anno 2004



Il 12,0% dei 12.043 ricoveri brevi con dimissione a domicilio del paziente e DRG di tipo medico è stato effettuato da pazienti non residenti in provincia (ossia 1.451 ricoveri), il 35,1% dei quali è stato ricoverato presso l'Ospedale di Bolzano e il 17,4% presso l'Ospedale di Brunico.

Relativamente ai ricoveri di altoatesini effettuati in altre regioni italiane, la durata della degenza è risultata di 2 o 3 giorni in 1.034 casi, pari al 33,1% dei ricoveri effettuati fuori provincia. Si rinvia al paragrafo dei ricoveri di acuti in strutture nazionali per l'analisi in dettaglio.

### 3.2.5.3. Indicatori di appropriatezza

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29/11/01 (supplemento ordinario n. 26 della G.U. 08/02/02) "Definizione dei livelli assistenziali di assistenza", oltre a definire le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal Servi-

zio Sanitario Nazionale, individua un set di indicatori e le “aree critiche” riguardanti i livelli attualmente erogati.

Gli indicatori proposti rappresentano misure dell’appropriatezza raccomandate nell’ambito dell’implementazione di un sistema informativo finalizzato all’incremento non solo dell’efficienza ma anche della qualità. Tale prescrizione si inserisce in un quadro di rimodulazione dell’area prestazionale garantita dall’assistenza ospedaliera e di promozione di una nuova fisionomia dell’ospedale attuabile attraverso programmi di riassetto strutturale, di riqualificazione tecnologica e di sviluppo della rete dei servizi territoriali.

Sempre nell’ottica della verifica della qualità dei livelli assistenziali forniti relativamente all’assistenza ospedaliera, il riferimento ad aree critiche riguarda prestazioni che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione. Vengono così definiti potenzialmente “inappropriati” i ricoveri in regime ordinario e diurno che le strutture possono trattare in un diverso assetto organizzativo ed assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse. Il controllo deve essere effettuato principalmente su un elenco di 43 DRG “ad alto rischio di inappropriatezza” se erogati in regime di degenza ordinaria riportato dal d.P.C.M.

Di seguito vengono presentati i valori assunti per la Provincia Autonoma di Bolzano dagli indicatori “di appropriatezza” che possono essere calcolati dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera.

Nei confronti tra la situazione della Provincia Autonoma di Bolzano e le altre regioni italiane (illustrati nei grafici) viene riportato il valore provinciale sia per l’anno 2003 sia per l’anno 2004; bisogna tenere presente però che vengono utilizzate due fonti diverse: per il 2003 i dati sono tratti dalla relazione annuale ministeriale e per il 2004 la fonte considerata è l’archivio SDO dei dimessi nel 2004. Le differenze, pertanto vanno interpretate con cautela.

Tabella 32: **Indicatori di appropriatezza per il complesso degli istituti (pubblici e privati) della Provincia Autonoma di Bolzano – Anni 2003-2004**

Indicatori di appropriatezza	Anno 2003	Anno 2004
Percentuale di parti cesarei sul totale dei parti <sup>(1)</sup>	19,6	23,0
Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dimessi da reparti chirurgici <sup>(2)</sup>	41,9	41,5
Tasso di ospedalizzazione x 100.000 ab. per diabete <sup>(3)</sup>	138,6	137,3
Tasso di ospedalizzazione x 100.000 ab. per asma <sup>(4)</sup>	53,8	42,0
Tasso di ospedalizzazione x 100.000 ab. per scompenso cardiaco <sup>(5)</sup>	270,0	287,2
Tasso di ospedalizzazione x 100.000 ab. per prostatectomia turp, maschi >49 anni <sup>(6)</sup>	368,7	419,4
Tasso di ospedalizzazione x 100.000 ab. per appendicectomia <sup>(7)</sup>	168,3	170,1
Tasso di ospedalizzazione x 100.000 ab. per isterectomia, femmine >45 anni <sup>(8)</sup>	487,8	423,6
Tasso di ospedalizzazione x 100.000 ab. per tonsillectomia <sup>(9)</sup>	264,9	267,3
Tasso di ospedalizzazione x 100.000 ab. per gastroenterite in età pediatrica	508,2	503,1
Interventi sul cristallino in day hospital	54,7	64,3
Legatura e stripping di vene in day hospital	40,6	72,5

(1) Il calcolo è stato effettuato considerando i DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375

(2) Il calcolo è stato effettuato considerando i ricoveri in regime ordinario dei reparti chirurgici

(3) Diagnosi principale corrispondente al codice ICD9CM 250.xx

(4) Diagnosi principale corrispondente al codice ICD9CM 493.xx

(5) Diagnosi principale corrispondente al codice ICD9CM 428.xx

(6) Intervento principale corrispondente al codice ICD9CM 60.2 per ricoveri con iperplasia della prostata

(7) Intervento principale corrispondente ai codici ICD9CM 47.0 e 47.1

(8) Intervento principale corrispondente ai codici ICD9CM 68.3, 68.4, 68.5, 68.6, 68.7 e 68.9

(9) Intervento principale corrispondente ai codici ICD9CM 28.2, 28.3, 28.6 e 28.7 dei ricoveri in regime ordinario e diurno

Fonte: aziende sanitarie

Uno degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 è quello di diminuire la frequenza dei parti per taglio cesareo, e arrivare ad un valore nazionale pari al 20%, in linea con i valori medi degli altri paesi europei.

## PARTI CESAREI

Tabella 33: **Ricoveri ospedale per parto per istituto di cura provinciale – Anno 2004**

Istituto di cura	Ricoveri per parto cesareo	Totale ricoveri per parto	% parti cesarei su tot. parti
Ospedale di Bolzano	343	1.453	23,6
Ospedale di Merano	277	1.207	22,9
Ospedale di Bressanone	152	755	20,1
Ospedale di Brunico	179	614	29,2
Ospedale di Silandro	72	358	20,1
Ospedale di Vipiteno	74*	518*	14,3*
Ospedale di San Candido	71	270	26,3
<b>TOTALE OSPEDALI PUBBLICI</b>	<b>1.168</b>	<b>5.175</b>	<b>22,8</b>
Casa di Cura S. Maria	79	240	32,9
Casa di Cura Villa S. Anna	-	-	-
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-
Infermeria Sarentino	-	-	-
<b>TOTALE ISTITUTI PRIVATI</b>	<b>79</b>	<b>240</b>	<b>32,9</b>
<b>TOTALE ISTITUTI DI CURA</b>	<b>1.247</b>	<b>5.415</b>	<b>23,0</b>

\* Nell'analisi dei casi con DRG anomalo, si sono evidenziati errori di codifica nella diagnosi di parto e/o di intervento di parto cesareo, dopo la chiusura della banca dati provinciale. Il numero di parti complessivi dichiarato dalla Direzione Sanitaria ammonta a 545 di cui 127 parti cesarei, pari al 23,3% del totale dei parti

Fonte: aziende sanitarie

Nell'anno 2004 la percentuale di parti cesarei rispetto al totale dei parti è stata pari a 23,0%. Rispetto a tale indicatore la provincia si posiziona al di sotto della

media nazionale del 2003 (36,4%), in linea con l'obiettivo del Piano Sanitario Nazionale, anche se si evidenzia un trend in leggero aumento.

Figura 19: Quota di ricoveri per parto cesareo rispetto al totale di ricoveri per parto negli ospedali pubblici - Anni 2000-2004

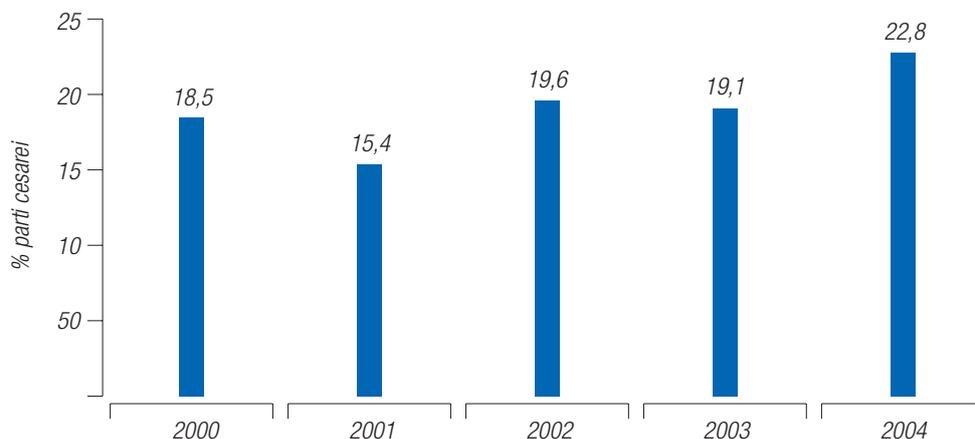
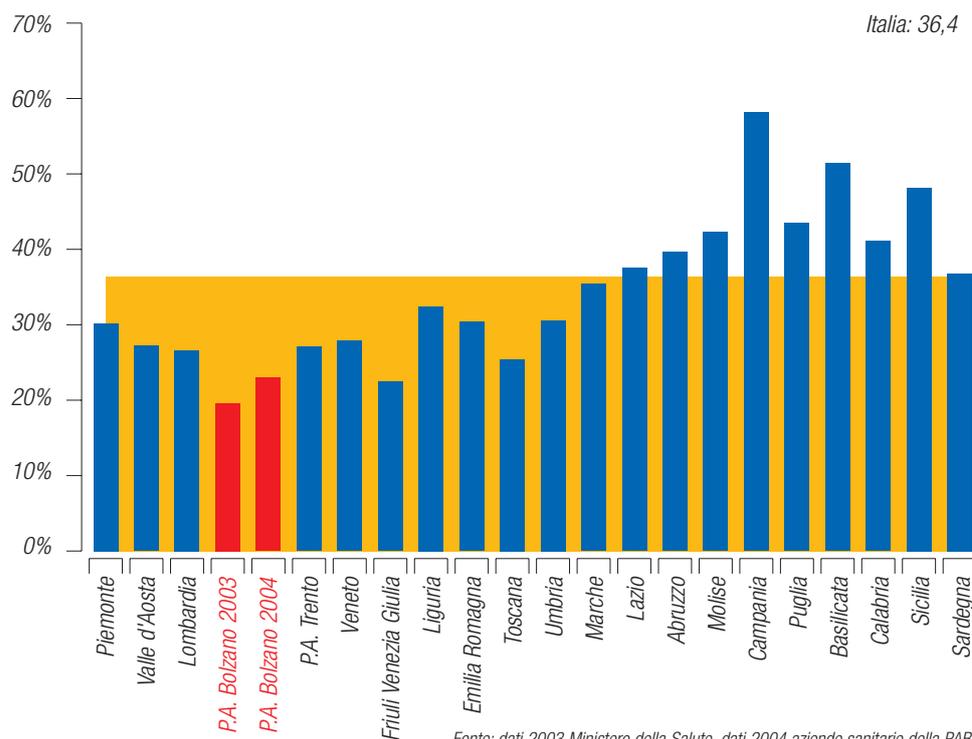


Figura 20: % di parti cesarei sul totale dei parti - Italia Anno 2003, PA BZ Anno 2004



Fonte: dati 2003 Ministero della Salute, dati 2004 aziende sanitarie della PAB

Analizzando i dati del 2004, si osserva che la quota di parti cesarei rispetto al numero complessivo dei parti in ospedale è molto variabile nei diversi istituti; il valore molto basso registrato per l'Ospedale di Vipiteno è determinato da problemi di codifica<sup>8</sup>. Non si sono rilevati nel corso dell'anno eventi di mortalità materna.

<sup>8</sup> Nell'analisi dei casi con DRG anomalo, si sono evidenziati errori di codifica nella diagnosi di parto e/o di intervento di parto cesareo, dopo la chiusura della banca dati provinciale. Il numero di parti complessivi dichiarato dalla Direzione Sanitaria ammonta a 545 di cui 127 parti cesarei, pari al 23,3% del totale dei parti

La situazione del 2004 relativamente all'indicatore "DRG medici nelle unità operative chirurgiche" che rappresenta un indicatore "proxy" dell'inappropriato ricorso al ricovero in ambiente specialistico, rimane in linea con quella dell'anno precedente.

Tabella 34: **Dimissioni da unità operative chirurgiche\* con DRG medico e totale dimissioni da unità operative chirurgiche per istituto di cura provinciale – Anno 2004**

Istituto di cura	Dimissioni con DRG medico	Totale ricoveri nei reparti chirurgici	% dimissioni da U.O. chirurgiche con DRG medico
Ospedale di Bolzano	5.659	13.514	41,9
Ospedale di Merano	3.120	8.076	38,6
Ospedale di Bressanone	2.859	6.666	42,9
Ospedale di Brunico	2.768	6.623	41,8
Ospedale di Silandro	1.009	1.831	55,1
Ospedale di Vipiteno	947	1.987	47,7
Ospedale di San Candido	767	1.493	51,4
<b>TOTALE OSPEDALI PUBBLICI</b>	<b>17.129</b>	<b>40.190</b>	<b>42,6</b>
Casa di Cura S. Maria	495	1.972	25,1
Casa di Cura Villa S. Anna	12	289	4,2
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-
Infermeria Sarentino	-	-	-
<b>TOTALE ISTITUTI PRIVATI</b>	<b>507</b>	<b>2.261</b>	<b>22,4</b>
<b>TOTALE ISTITUTI DI CURA</b>	<b>17.636</b>	<b>42.451</b>	<b>41,5</b>

\* Chirurgia generale, Chirurgia pediatrica, Chirurgia vascolare e toracica, Neurochirurgia, Oculistica, Odontoiatria e Stomatologia, Ortopedia e

Traumatologia, Otorinolaringoiatria, Ostetricia e Ginecologia e Urologia

Fonte: aziende sanitarie

Tale indicatore assume valore pari a 41,5% nel 2004, superiore al valore nazionale pari a 38,5% nel 2003.

Figura 21: **Quota di dimissioni da unità operative chirurgiche con DRG medico negli ospedali pubblici - Anni 2001-2004**

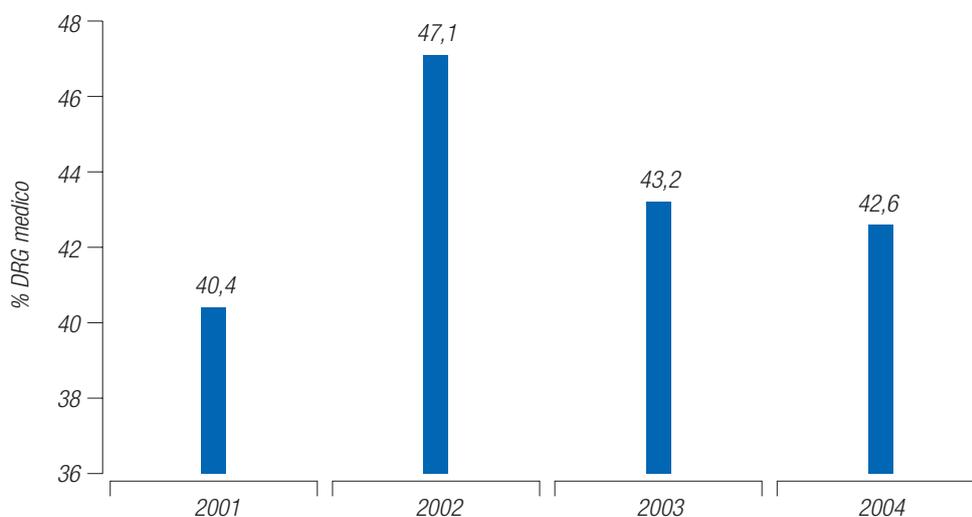
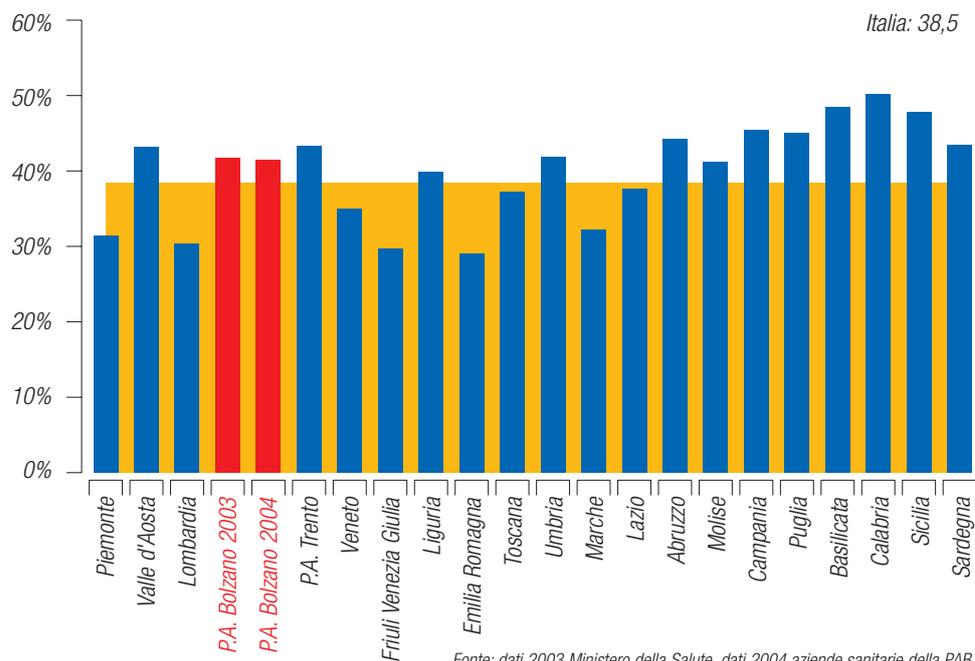


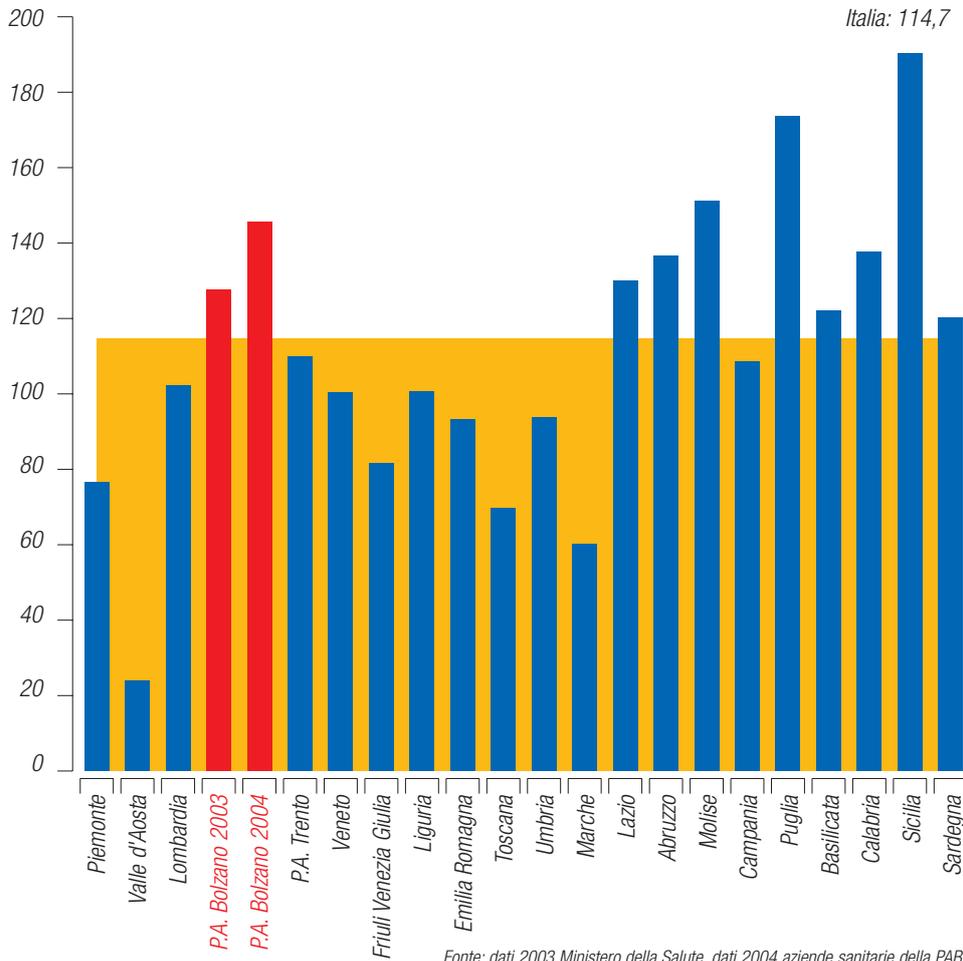
Figura 22: % di dimessi da u.o. chirurgiche con DRG medico sul totale dimessi in u.o. chirurgiche - Italia Anno 2003, PA BZ Anno 2004



**TASSO DI  
OSPEDALIZZAZIONE  
PER DIABETE**

Nel 2004, il tasso di ospedalizzazione per diabete nelle provincia è pari a 137,3 ricoveri per 100mila abitanti. I ricoveri per diabete per 100mila abitanti, invece, pari a 145,5, sono leggermente diminuiti rispetto all'anno precedente, ma rimangono superiori rispetto alla media nazionale del 2003 (Italia 114,7), che risulta più bassa rispetto all'anno precedente.

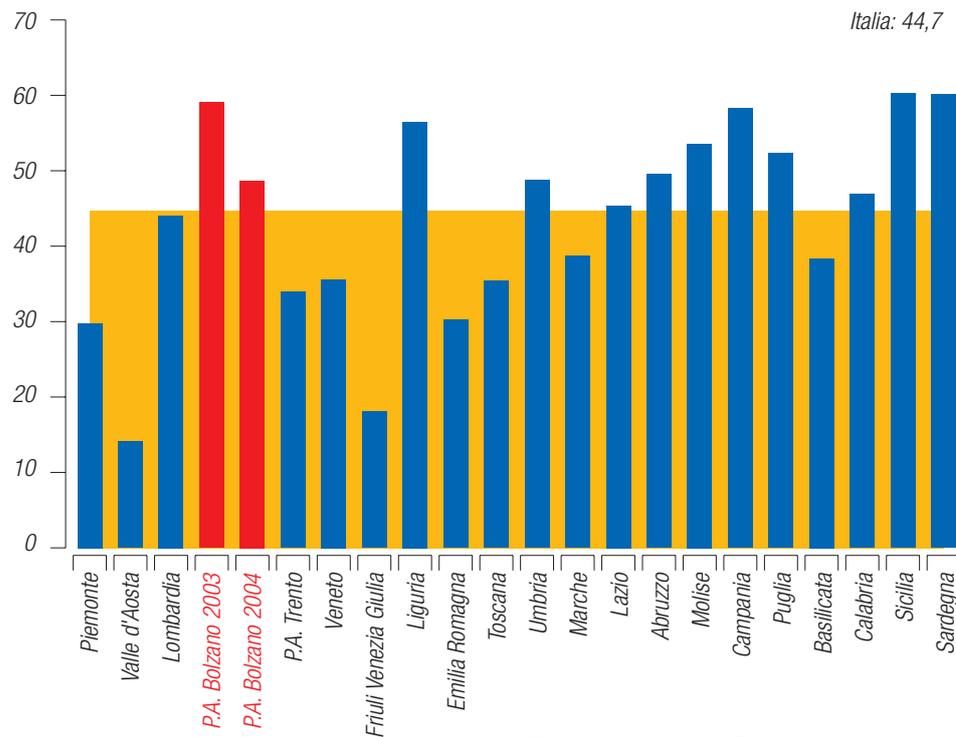
Figura 23: Ricoveri per diabete per 100mila abitanti - Italia Anno 2003, PA BZ Anno 2004



Il tasso di ospedalizzazione per asma, nel 2004, è pari a 42,0 ricoveri per 100mila abitanti. Il numero di ricoveri per asma per 100mila abitanti, pari a 48,7 è, invece, diminuito rispetto al 2003 ed è ora leggermente superiore ai valori nazionali del 2003 (Italia 44,7).

**TASSO DI  
OSPEDALIZZAZIONE PER  
ASMA**

Figura 24: Ricoveri per asma per 100mila abitanti - Italia Anno 2003, PA BZ Anno 2004

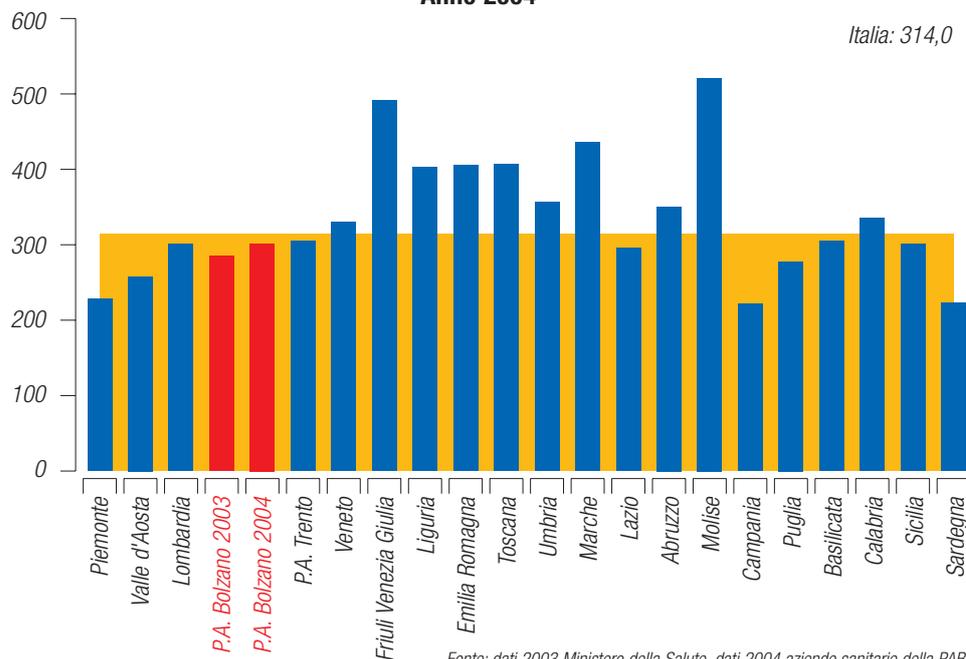


Fonte: dati 2003 Ministero della Salute, dati 2004 aziende sanitarie della PAB

**TASSO DI  
OSPEDALIZZAZIONE PER  
SCOMPENSO CARDIACO**

Il tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco è pari a 287,2 ricoveri per 100mila abitanti. La Provincia si pone al di sotto dei livelli nazionali (Italia 314,0 nel 2003) per quanto riguarda, invece, i ricoveri per scompenso cardiaco per 100mila abitanti per i quali si registra un valore pari a 301,5 nel 2004, in aumento rispetto al 2003.

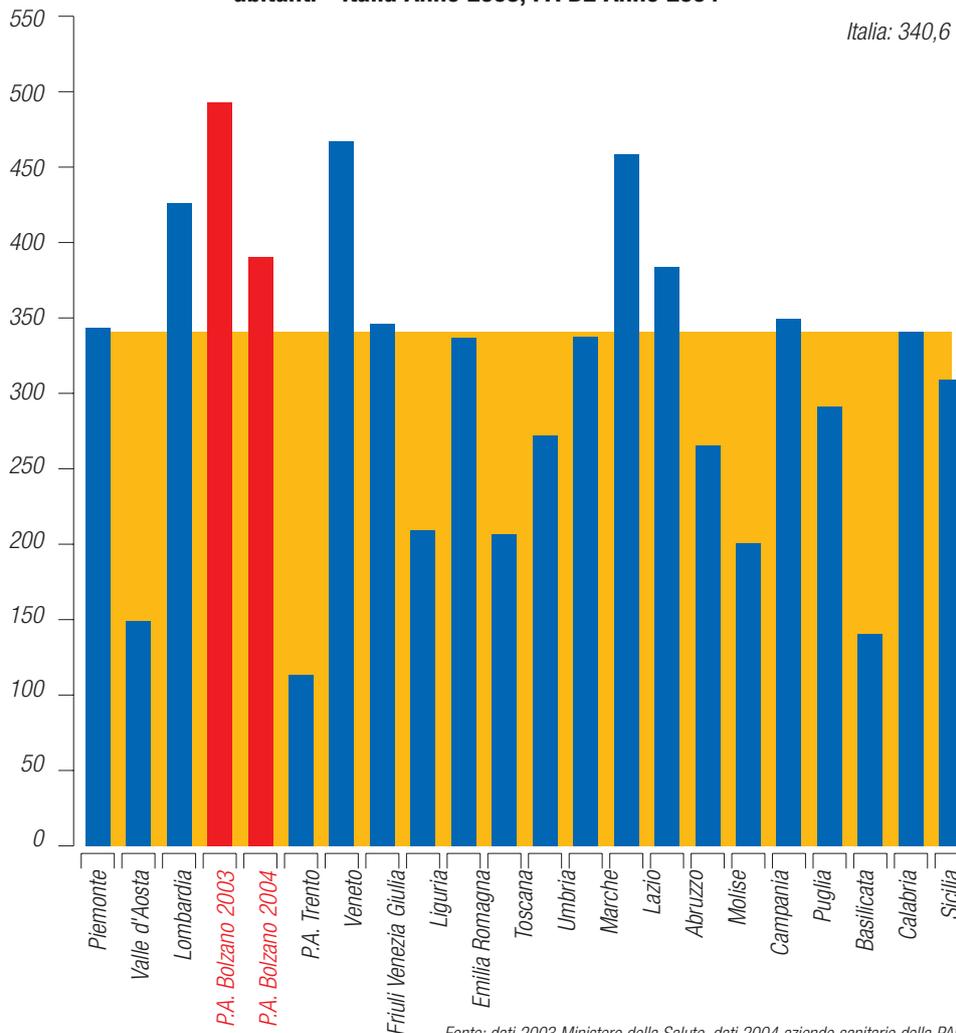
Figura 25: Ricoveri per scompenso cardiaco per 100mila abitanti - Italia Anno 2003, PA BZ Anno 2004



Fonte: dati 2003 Ministero della Salute, dati 2004 aziende sanitarie della PAB

Il monitoraggio nelle prostatectomie dell'uso dell'inappropriata indicazione ad una tecnica superata (per via laparotomica) viene effettuato esaminando la quota di prostatectomia turp.

Figura 26: Tasso di ospedalizzazione per prostatectomia turp (maschi >49 anni) per 100mila abitanti - Italia Anno 2003, PA BZ Anno 2004



Fonte: dati 2003 Ministero della Salute, dati 2004 aziende sanitarie della PAB

Nella Provincia Autonoma di Bolzano le prostatectomie transuretrali sono complessivamente 320, di cui 299 effettuate per via turp.

Per la Provincia Autonoma di Bolzano è stato registrato un tasso di ospedalizzazione di prostatectomia turp, (associata a diagnosi di iperplasia della prostata) nei maschi di età superiore a 49 anni, pari a 419,4 ricoveri per 100mila abitanti più alto del livello nazionale pari a 340,6 nel 2003. Rispetto a tale indicatore si osserva un notevole calo di tendenza dovuto probabilmente sia ad una effettiva riduzione degli interventi rispetto alla popolazione sia ad una diversa codifica adottata. Va comunque evidenziato che i maschi di età superiore a 49 anni sono passati da 70.785 nel 2003 a 72.009 nel 2004.

**TASSI DI  
OSPEDALIZZAZIONE:  
APPENDICECTOMIA,  
ISTERECTOMIA,  
TONSILLECTOMIA**

Al fine di verificare la limitazione del ricorso ad interventi chirurgici non necessari, rispetto ad altre modalità di cura, con riferimento al 2004, sono stati calcolati: il tasso di ospedalizzazione di appendicectomia pari a 170,1 ricoveri per 100mila abitanti (Italia 108,2), il tasso di ospedalizzazione per isterectomia in donne con età superiore a 45 anni, pari a 423,6 ricoveri per 100mila abitanti (Italia 382,4) e il tasso di ospedalizzazione per tonsillectomia in regime ordinario e diurno, pari a 267,3 ricoveri per 100mila abitanti (Italia 134,8).

Figura 27: **Tasso di ospedalizzazione per appendicectomia per 100mila abitanti - Italia Anno 2003, PA BZ Anno 2004**

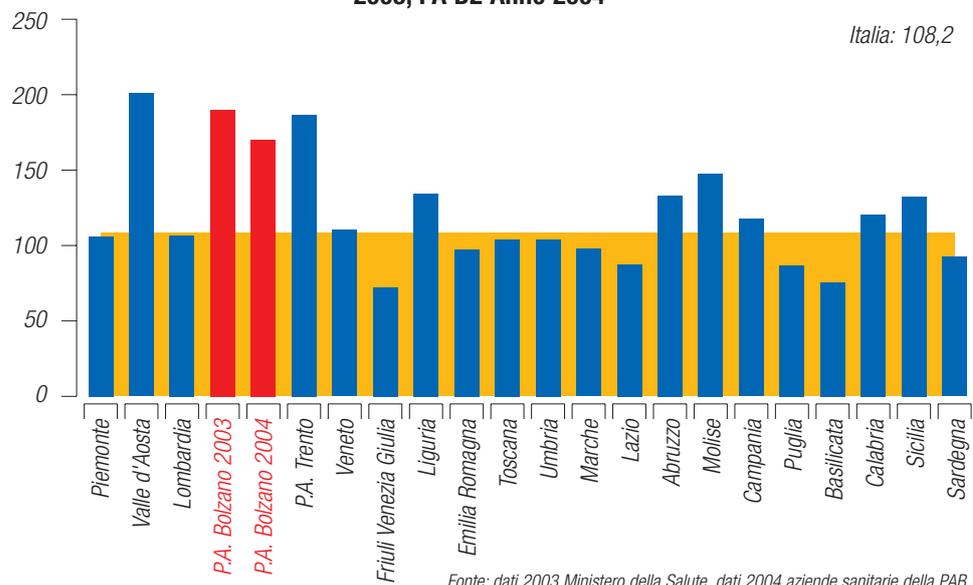


Figura 28: **Tasso di ospedalizzazione per isterectomia (femmine >45 anni) per 100mila abitanti - Italia Anno 2003, PA BZ Anno 2004**

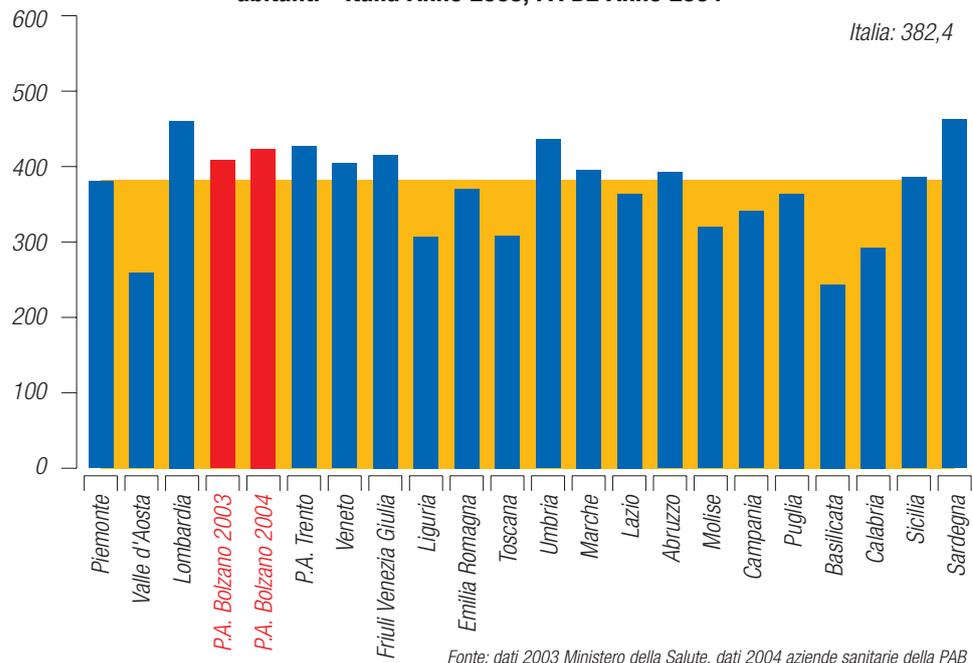
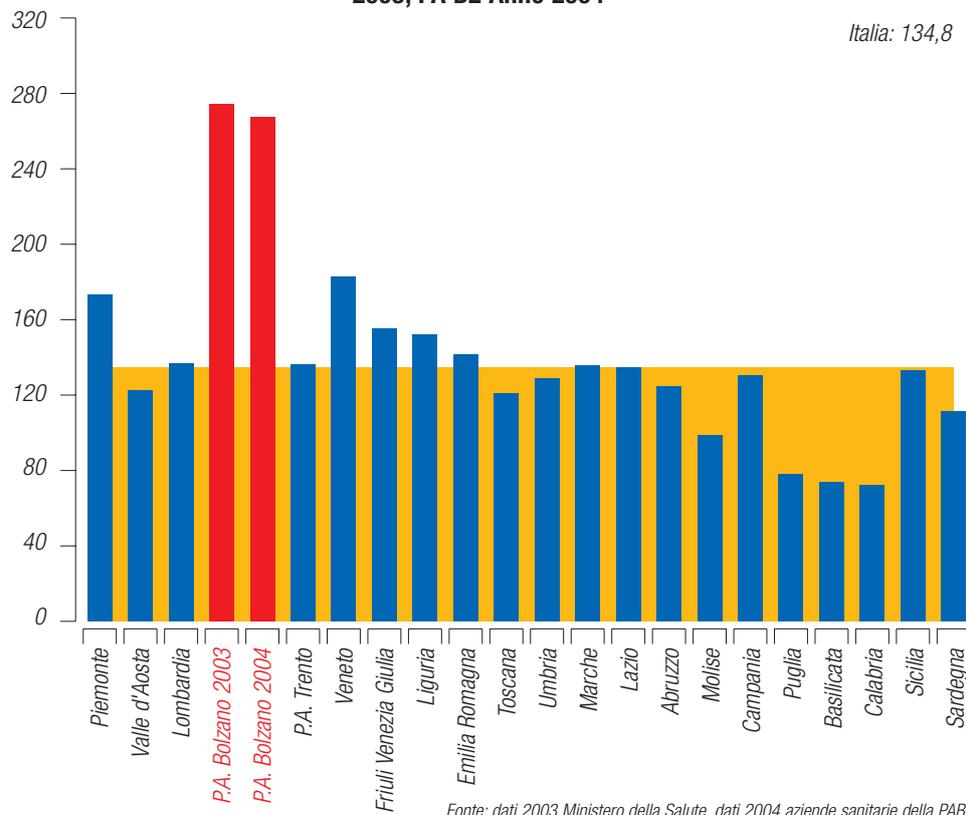


Figura 29: Tasso di ospedalizzazione per tonsillectomia per 100mila abitanti - Italia Anno 2003, PA BZ Anno 2004



Fonte: dati 2003 Ministero della Salute, dati 2004 aziende sanitarie della PAB

Si osserva che, rispetto a tali indicatori, nel 2004 la provincia continua ad essere al di sopra del livello nazionale del 2003, in modo particolare per il tasso di ospedalizzazione per appendicectomia e per il tasso di ospedalizzazione per tonsillectomia.

Il tasso di ospedalizzazione per gastroenterite in età pediatrica (0-13 anni), pari a 503,1 nel 2004, risulta diminuito rispetto al valore assunto nel 2003 (508,2).

Si manifesta un aumento del ricorso al day hospital per gli interventi sul cristallino e legatura e stripping di vene, per i quali è riconosciuto molto più appropriato il trattamento in regime diurno rispetto a quello in regime ordinario. Nel 2004 i valori degli indicatori che misurano la quota parte di tali interventi in day hospital rispetto al totale degli interventi (day hospital e ordinari) sono pari rispettivamente a 64,3% e 72,5%.

**TASSI DI  
OSPEDALIZZAZIONE PER  
GASTROENTERITE IN ETÀ  
PEDIATRICA  
INTERVENTI SUL  
CRISTALLINO E LEGATURA  
E STRIPPING DI VENE**

Tabella 35: Ricoveri ospedale con intervento sul cristallino o intervento di legatura e stripping di vene per istituto di cura provinciale – Anno 2004

Istituto di cura	Interventi sul cristallino		Legatura e stripping vene	
	N. casi in regime diurno	% su totale interventi	N. casi in regime diurno	% su totale interventi
Ospedale di Bolzano	947	82,3	20	27,0
Ospedale di Merano	525	63,0	54	36,2
Ospedale di Bressanone	-	-	148	85,5
Ospedale di Brunico	411	34,5	145	84,3
Ospedale di Silandro	-	-	222	93,7
Ospedale di Vipiteno	-	-	132	75,4
Ospedale di San Candido	-	-	92	76,0
<b>TOTALE OSPEDALI PUBBLICI</b>	<b>1.883</b>	<b>59,3</b>	<b>813</b>	<b>73,8</b>
Casa di Cura S. Maria	502	93,3	174	64,2
Casa di Cura Villa S. Anna	-	-	44	86,3
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-	-
Infermeria Sarentino	-	-	-	-
<b>TOTALE ISTITUTI PRIVATI</b>	<b>502</b>	<b>93,3</b>	<b>218</b>	<b>67,7</b>
<b>TOTALE ISTITUTI DI CURA</b>	<b>2.385</b>	<b>64,3</b>	<b>1.031</b>	<b>72,5</b>

Fonte: aziende sanitarie

Notevole è il miglioramento della percentuale di ricoveri per legatura e stripping di vene in day hospital che porta la Provincia Autonoma di Bolzano al di sopra dei valori nazionali del 2003 (Italia 52,0). Per gli interventi sul cristallino, invece, la percentuale in aumento rispetto al valore del 2003 è comunque inferiore rispetto ai valori nazionali (Italia 73,8).

Figura 30: % interventi sul cristallino in day hospital - Italia Anno 2003, PA BZ Anno 2004

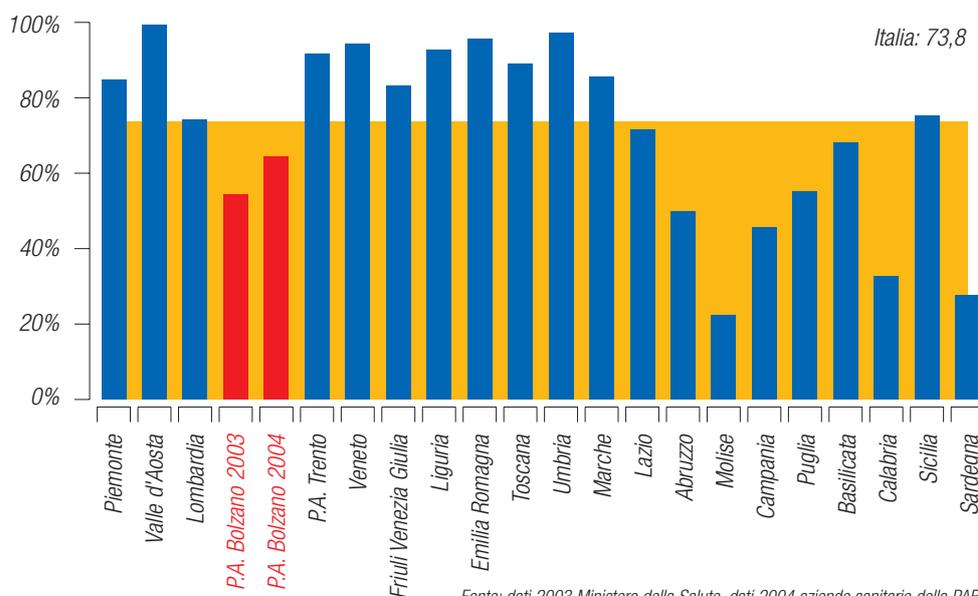
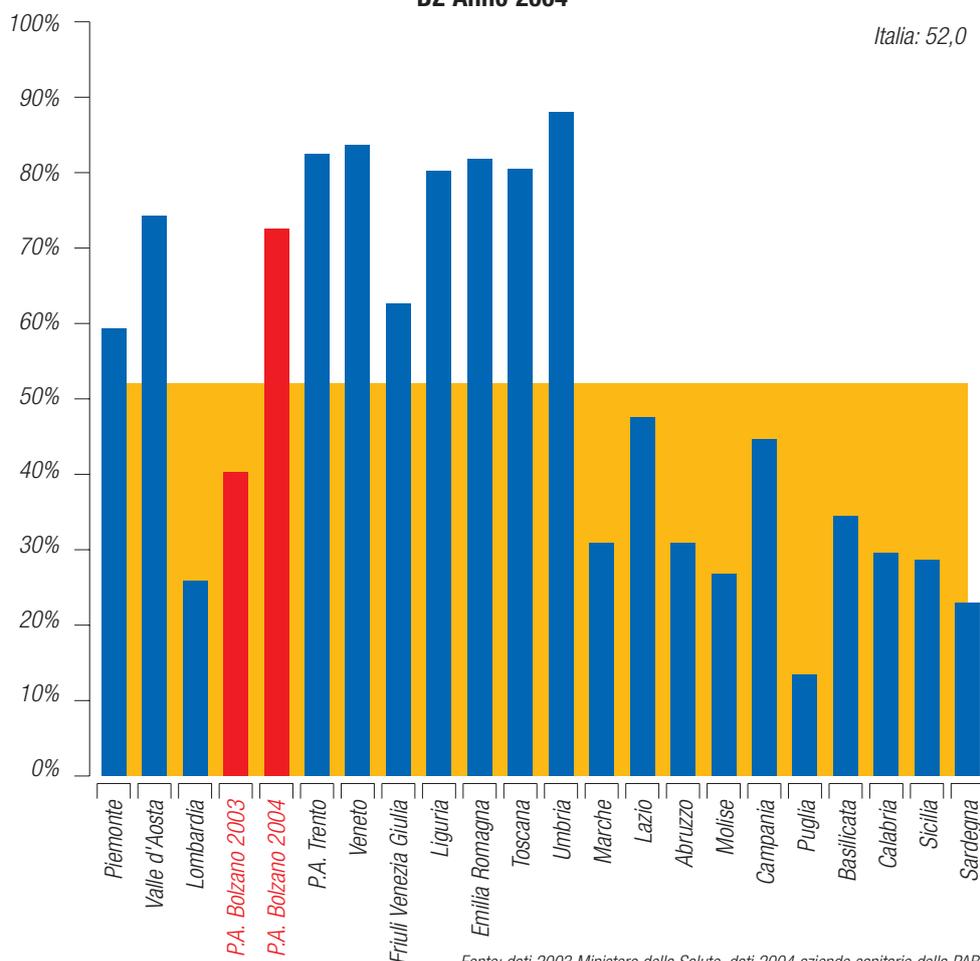


Figura 31: % interventi di legatura e stripping di vene in day hospital - Italia Anno 2003, PA BZ Anno 2004



I ricoveri ospedale che hanno riguardato pazienti in età pediatrica, ovvero di pazienti di età inferiore ai 14 anni, sono stati complessivamente 8.937, il 99,1% dei quali in ospedali pubblici.

In 1.026 casi (pari al 11,5% del totale) questi pazienti non sono stati assistiti da unità operative pediatriche (Nido, Pediatria, Chirurgia pediatrica, Terapia intensiva neonatale).

La quota di ricoveri in età pediatrica in unità operative non pediatriche è elevata nel caso degli ospedali di Bressanone e Bolzano, mentre è minima negli altri ospedali pubblici provinciali. Si osserva una notevole diminuzione rispetto al 2003 della percentuale di pazienti di età inferiore a 14 anni ricoverati in unità operative non pediatriche nell'Ospedale di Merano.

Complessivamente il 58,7% dei bambini assistiti da unità operative non pediatriche sono stati ricoverati presso le unità operative di Otorinolaringoiatria e il DRG più frequente è il DRG 060 "Tonsillectomia, età inferiore ai 18 anni" (40,6%).

**RICOVERI OSPEDALE IN  
ETÀ PEDIATRICA**

**Tabella 36: Ricoveri ospedale di pazienti in età pediatrica (inferiore a 14 anni), complessivamente e in unità operative non pediatriche per istituto di cura provinciale – Anno 2004**

Istituto di cura	Ricoveri di pazienti in età pediatrica (< 14 anni) in unità operative non pediatriche	Ricoveri di pazienti in età pediatrica (< 14 anni)
Ospedale di Bolzano	514	3.082
Ospedale di Merano	136	2.165
Ospedale di Bressanone	258	1.191
Ospedale di Brunico	30	1.285
Ospedale di Silandro	9	456
Ospedale di Vipiteno	1	292
Ospedale di San Candido	8	382
<b>TOTALE OSPEDALI PUBBLICI</b>	<b>956</b>	<b>8.853</b>
Casa di Cura S. Maria	60	74
Casa di Cura Villa S. Anna	10	10
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-
Infermeria Sarentino	-	-
<b>TOTALE ISTITUTI PRIVATI</b>	<b>70</b>	<b>84</b>
<b>TOTALE ISTITUTI DI CURA</b>	<b>1.026</b>	<b>8.937</b>

Fonte: aziende sanitarie

#### DECESSI IN OSPEDALE

I pazienti deceduti in ospedale sono stati complessivamente 1.701 (pari al 2,1% del totale dei ricoveri ospedale) e in 1.518 casi (pari all'89,2% dei deceduti) il decesso è avvenuto entro 30 giorni dalla data del ricovero.

La quota di deceduti entro 30 giorni dal ricovero è abbastanza costante tra i diversi ospedali pubblici, ed assume il valore più basso presso l'Ospedale di Brunico (85,2% dei deceduti) e quello più alto presso l'Ospedale di Bressanone (96,7%).

**Tabella 37: Ricoveri ospedale con decesso del paziente, complessivamente ed entro 30 giorni dal ricovero per istituto di cura provinciale – Anno 2004**

Istituto di cura	Decessi	Decessi entro 30 giorni dal ricovero	% di decessi entro 30 giorni sul totale dei decessi
Ospedale di Bolzano	870	753	86,6
Ospedale di Merano	301	281	93,4
Ospedale di Bressanone	122	118	96,7
Ospedale di Brunico	162	138	85,2
Ospedale di Silandro	76	72	94,7
Ospedale di Vipiteno	51	46	90,2
Ospedale di San Candido	46	42	91,3
<b>TOTALE OSPEDALI PUBBLICI</b>	<b>1.628</b>	<b>1.450</b>	<b>89,1</b>
Casa di Cura S. Maria	40	38	95,0
Casa di Cura Villa S. Anna	20	19	95,0
Casa di Cura Fonte S. Martino	7	6	85,7
Infermeria Sarentino	6	5	83,3
<b>TOTALE ISTITUTI PRIVATI</b>	<b>73</b>	<b>68</b>	<b>93,2</b>
<b>TOTALE ISTITUTI DI CURA</b>	<b>1.701</b>	<b>1.518</b>	<b>89,2</b>

Fonte: aziende sanitarie

#### INFARTO MIOCARDICO ACUTO

I ricoveri ospedale per infarto miocardico acuto sono stati complessivamente 1.016, ed in 164 casi (pari al 16,1%) si è verificato il decesso del paziente, avvenuto entro due giorni dalla data di ricovero in 56 casi pari al 5,5% del totale dei

ricoveri per la stessa diagnosi. I decessi per infarto miocardico acuto rappresentano il 9,6% dei decessi in ospedale.

Tabella 38: **Decessi per infarto miocardico acuto complessivi ed entro 2 giorni dal ricovero e ricoveri ospedale per infarto per istituto di cura provinciale – Anno 2004**

<i>Istituto di cura</i>	<i>Decessi complessivi per infarto</i>	<i>Decessi per infarto entro 2 giorni dal ricovero</i>	<i>Ricoveri ospedale complessivi per infarto</i>
<i>Ospedale di Bolzano</i>	93	29	521
<i>Ospedale di Merano</i>	40	12	198
<i>Ospedale di Bressanone</i>	6	3	118
<i>Ospedale di Brunico</i>	13	9	93
<i>Ospedale di Silandro</i>	7	2	52
<i>Ospedale di Vipiteno</i>	1	-	20
<i>Ospedale di San Candido</i>	2	1	14
<b>TOTALE OSPEDALI PUBBLICI</b>	<b>162</b>	<b>56</b>	<b>1.016</b>
<i>Casa di Cura S. Maria</i>	1	-	-
<i>Casa di Cura Villa S. Anna</i>	1	-	-
<i>Casa di Cura Fonte S. Martino</i>	-	-	-
<i>Infermeria Sarentino</i>	-	-	-
<b>TOTALE ISTITUTI PRIVATI</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>TOTALE ISTITUTI DI CURA</b>	<b>164</b>	<b>56</b>	<b>1.016</b>

Fonte: aziende sanitarie

Su indicazione ministeriale (d.P.C.M. 29/11/01) l'eventuale inappropriata organizzativa nel trattare i casi clinici viene monitorata mediante l'individuazione di "aree a rischio" rappresentate principalmente da 43 DRG per i quali si ritiene che il ricorso al ricovero sia da considerarsi "potenzialmente inappropriato". Si tratta di ricoveri per i quali il problema clinico potrebbe essere trattato con la stessa efficacia ad un livello di assistenza meno intensivo con un conseguente minor impegno di risorse.

Risulta, pertanto, importante che la provincia effettui un costante monitoraggio dei ricoveri "a rischio" verificando che la quota vada progressivamente diminuendo, fino ad attestarsi su valori compatibili con la presenza di condizioni eccezionali che li giustificano. Va tenuto presente, infatti, che non per tutti i ricoveri classificati nei DRG "a rischio" sarà possibile attuare forme diverse di assistenza per tutti i ricoveri.

Il miglioramento di efficienza, a parità di efficacia, deve essere perseguito nel trattamento della casistica a gravità minima di durata maggiore di 1 giorno. Quote di ricoveri ordinari con durata della degenza maggiore di 1 giorno potranno essere "tollerate" in relazione alla particolare gravità delle condizioni cliniche e dal livello di autosufficienza o da fattori sociali quali condizioni familiari e supporto di caregivers, nonché da situazioni logistiche (distanza della struttura assistenziale di ricovero dal domicilio del paziente).

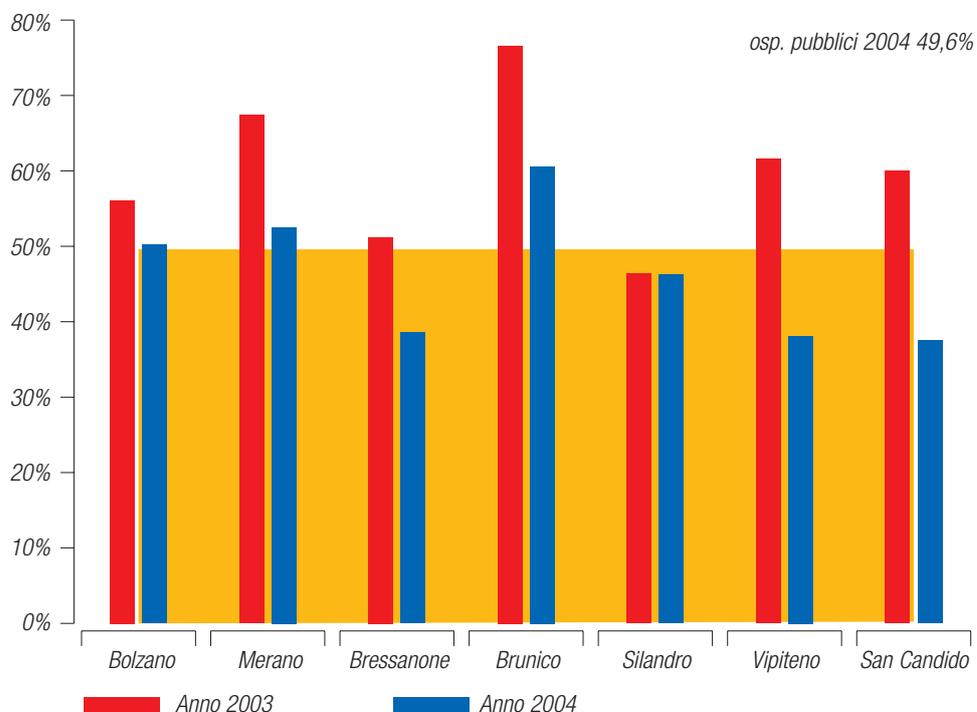
A tal riguardo la Provincia Autonoma di Bolzano con la deliberazione della G.P. n.4434 del 09/12/2003, ha definito le soglie di ammissibilità per l'erogazione in

regime di ricovero ordinario nelle strutture di ricovero pubbliche e private dei 43 DRG a rischio di inappropriatazza secondo l'Allegato 2C del d.P.C.M. n.26 del 29/11/2001.

I dati riportati di seguito costituiscono, quindi, il risultato dell'analisi sulle "aree a rischio di inappropriatazza" con selezione della casistica secondo i criteri del d.P.C.M. 29/11/01 e hanno lo scopo di segnalare le zone di maggiore criticità in relazione alle soglie provinciali e anche alla situazione nel resto d'Italia. Tale analisi ha l'obiettivo di promuovere all'interno di ogni azienda sanitaria la valutazione della performance in termini di appropriatezza utile a contenere il ricorso e l'erogazione di prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nell'utilizzazione delle risorse, come prescritto dal d.P.C.M. sui livelli assistenziali, incentivando lo sviluppo di modelli organizzativi assistenziali efficaci ed efficienti.

Complessivamente nel 2004, i ricoveri di residenti in regime ordinario e in day hospital appartenenti ai 43 DRG considerati "area a rischio" sono stati 18.931 e rappresentano il 18,2% dei ricoveri ospedale totali. Di questi il 50,2% è stato trattato in regime diurno.

Figura 32: % di ricoveri ospedale in regime ordinario di residenti attribuiti a DRG a "rischio di inappropriatazza" negli ospedali pubblici - Anni 2003-2004



Quote elevate di ricoveri “a rischio di inappropriatezza” di residenti trattati in regime ordinario negli ospedali pubblici sono state registrate per l’Ospedale di Brunico (60,5%) e per l’Ospedale di Merano (52,5%), mentre il valore più basso è stato riscontrato per l’Ospedale di San Candido (37,5%). Nel complesso delle aziende sanitarie, la percentuale di ricoveri attribuiti ai 43 DRG a “rischio” è molto elevata nell’Azienda Sanitaria di Brunico (57,7%), mentre è bassa nell’Azienda Sanitaria di Bressanone (38,4%).

Il tasso di ospedalizzazione calcolato relativamente ai ricoveri negli ospedali pubblici rispetto ai 43 DRG “a rischio” è stato nel complesso nel 2004 pari a 352,3, leggermente inferiore rispetto al valore di 360,4 del 2003; valori più alti rispetto alla media provinciale si osservano per l’Azienda Sanitaria di Brunico e per l’Azienda Sanitaria di Bressanone, azienda quest’ultima che presenta comunque una notevole diminuzione dell’indicatore rispetto all’anno 2003 (-41,1%).

Figura 33: Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri di residenti attribuiti a DRG a „rischio di inappropriatezza“ negli ospedali pubblici - Anni 2003-2004

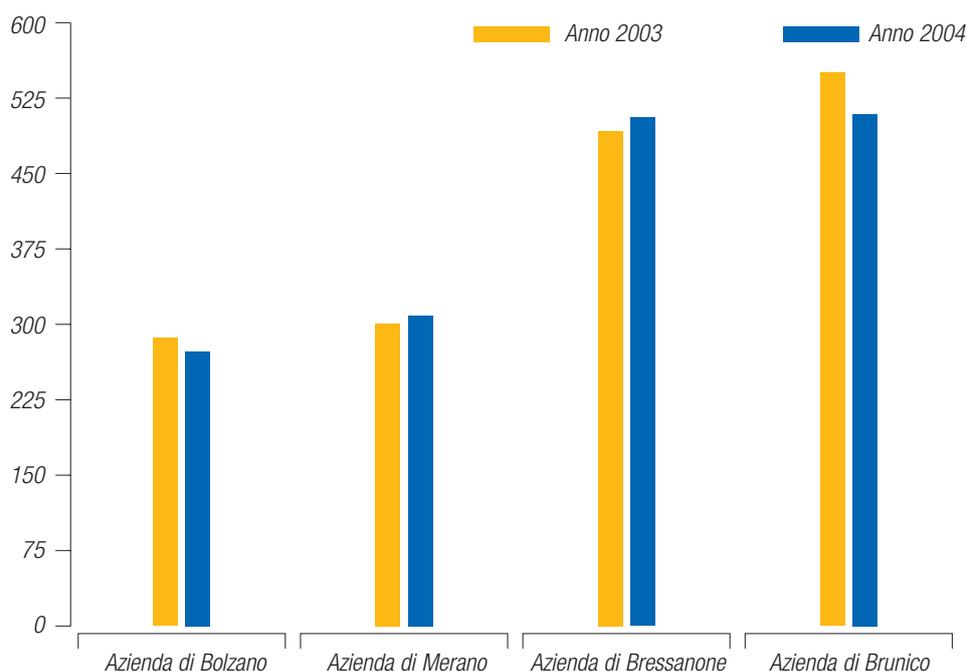


Tabella 39: Ricoveri di residenti relativi a DRG a “rischio” di inappropriatezza negli istituti di cura della Provincia Autonoma di Bolzano – Anno 2004

Azienda sanitaria	Regime ordinario	Regime diurno	% ricoveri ordinari	Tasso di ospedalizzazione	var. T.O. 2003-2004
Bolzano	2.912	2.891	5.803	273,9	-13,2
Merano	1.971	1.881	3.852	309,8	8,4
Bressanone	1.323	2.122	3.445	506,8	13,0
Brunico	2.124	1.555	3.679	510,5	-41,1
<b>ISTITUTI PUBBLICI</b>	<b>8.330</b>	<b>8.449</b>	<b>16.779</b>	<b>352,3</b>	<b>-8,1</b>
<b>ISTITUTI PRIVATI</b>	<b>1.104</b>	<b>1.048</b>	<b>2.152</b>	<b>45,2</b>	<b>-5,1</b>
<b>TOTALE PROVINCIA</b>	<b>9.434</b>	<b>9.497</b>	<b>18.931</b>	<b>397,5</b>	<b>-13,2</b>

Fonte: aziende sanitarie

Quote elevate di ricoveri “a rischio di inappropriatezza” di residenti trattati in regime ordinario negli ospedali pubblici sono state registrate per l’Ospedale di Brunico (60,5%) e per l’Ospedale di Merano (52,5%), mentre il valore più basso è stato riscontrato per l’Ospedale di San Candido (37,5%). Nel complesso delle aziende sanitarie, la percentuale di ricoveri attribuiti ai 43 DRG a “rischio” è molto elevata nell’Azienda Sanitaria di Brunico (57,7%), mentre è bassa nell’Azienda Sanitaria di Bressanone (38,4%).

Il tasso di ospedalizzazione calcolato relativamente ai ricoveri negli ospedali pubblici rispetto ai 43 DRG “a rischio” è stato nel complesso nel 2004 pari a 352,3, leggermente inferiore rispetto al valore di 360,4 del 2003; valori più alti rispetto alla media provinciale si osservano per l’Azienda Sanitaria di Brunico e per l’Azienda Sanitaria di Bressanone, azienda quest’ultima che presenta comunque una notevole diminuzione dell’indicatore rispetto all’anno 2003 (-41,1%).

Figura 33: Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri di residenti attribuiti a DRG a „rischio di inappropriatezza“ negli ospedali pubblici - Anni 2003-2004

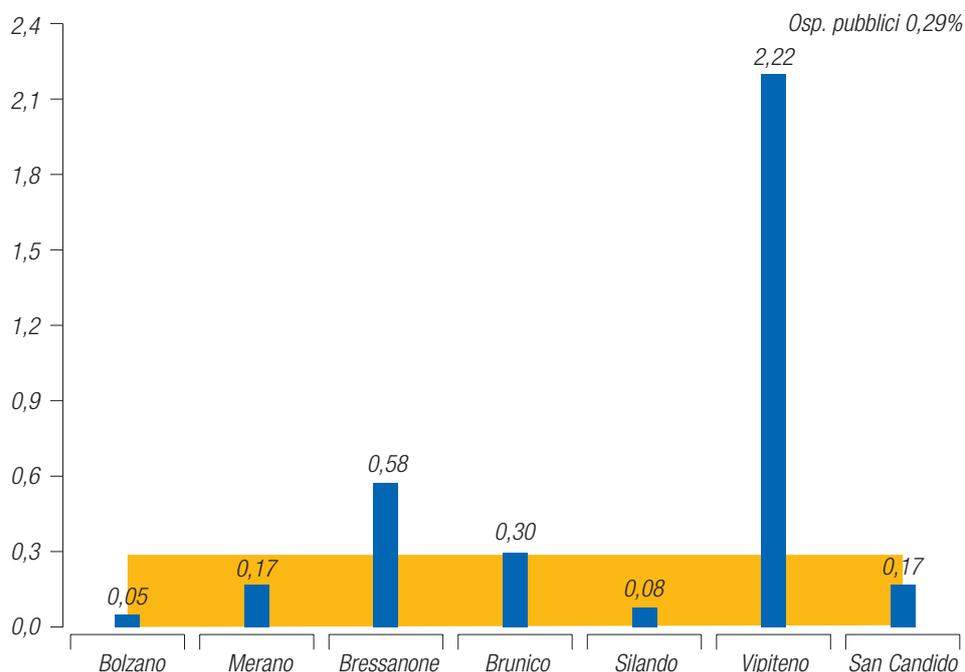


Tabella 39: Ricoveri di residenti relativi a DRG a “rischio” di inappropriatezza negli istituti di cura della Provincia Autonoma di Bolzano – Anno 2004

Azienda sanitaria	Regime ordinario	Regime diurno	Totale ricoveri	Tasso di ospedalizzazione	var. T.O. 2003-2004
Bolzano	2.912	2.891	5.803	273,9	-13,2
Merano	1.971	1.881	3.852	309,8	8,4
Bressanone	1.323	2.122	3.445	506,8	13,0
Brunico	2.124	1.555	3.679	510,5	-41,1
<b>ISTITUTI PUBBLICI</b>	<b>8.330</b>	<b>8.449</b>	<b>16.779</b>	<b>352,3</b>	<b>-8,1</b>
<b>ISTITUTI PRIVATI</b>	<b>1.104</b>	<b>1.048</b>	<b>2.152</b>	<b>45,2</b>	<b>-5,1</b>
<b>TOTALE PROVINCIA</b>	<b>9.434</b>	<b>9.497</b>	<b>18.931</b>	<b>397,5</b>	<b>-13,2</b>

Fonte: aziende sanitarie

Figura 34: Quota di ricoveri con DRG atipici (DRG 468, 476, 477) e DRG anomali (DRG 469, 470) negli ospedali pubblici - Anno 2004



### 3.2.6. Mobilità ospedaliera

I dati sull'assistenza ospedaliera per acuti in strutture extra provinciali qui riportati fanno riferimento ai ricoveri di residenti nel resto d'Italia, rispetto ai quali viene effettuata la compensazione della mobilità interregionale, ed ai ricoveri in strutture convenzionate austriache. Per la mobilità interregionale vengono presentati i dati sia per l'anno 2003 sia per l'anno 2004, mentre per l'Austria viene illustrata la situazione del 2004.

#### 3.2.6.1. Ricoveri per acuti in strutture nazionali

Nell'anno 2004 i ricoveri acuti, in regime ordinario e diurno, effettuati da altoatesini in strutture nazionali extra provinciali sono stati 4.382, 193 in meno rispetto al 2003. In particolare, i ricoveri in regime ordinario sono stati 3.126 (6,6 ogni 1.000 abitanti), per un consumo complessivo di 21.727 giornate di degenza e una degenza media pari a 7,0 giorni. I ricoveri in regime diurno sono stati 1.256, per un numero di accessi pari a 2.601.

Presso i reparti riabilitativi (codice reparto 56.00), sono stati, inoltre, effettuati altri 216 ricoveri e 53 ricoveri presso i reparti di lungodegenza (codice reparto 60.00).

Tabella 41: Ricoveri, giornate di degenza, degenza media, tariffa media (Euro) e importo totale (Euro) per regime di ricovero nelle strutture nazionali extraprovinciali per azienda sanitaria di residenza – Anno 2003

Azienda sanitaria di residenza	Ricoveri	Giornate di degenza	Degenza media	Tariffa media (Euro)	Importo totale (Euro)
<b>Regime ordinario</b>					
Bolzano	2.386	15.956	6,7	3.873,24	9.241.544,83
Merano	568	4.347	7,7	4.492,53	2.551.755,23
Bressanone	205	1.308	6,4	3.634,96	745.165,90
Brunico	186	1.120	6,0	3.406,43	633.595,87
<b>TOTALE IN REGIME ORDINARIO</b>	<b>3.345</b>	<b>22.731</b>	<b>6,8</b>	<b>3.937,84</b>	<b>13.172.061,83</b>
<b>Regime diurno</b>					
Bolzano	955	1.873	2,0	1.418,92	1.355.071,58
Merano	162	341	2,1	1.239,92	200.867,64
Bressanone	48	89	1,9	1.178,43	56.564,60
Brunico	65	146	2,2	1.248,14	81.128,87
<b>TOTALE IN REGIME DIURNO</b>	<b>1.230</b>	<b>2.449</b>	<b>2,0</b>	<b>1.376,94</b>	<b>1.693.632,69</b>
<b>TOTALE RICOVERI STRUTTURE NAZIONALI</b>	<b>4.575</b>			<b>3.249,33</b>	<b>14.865.694,52</b>

Fonte: PAB – ufficio Economia Sanitaria

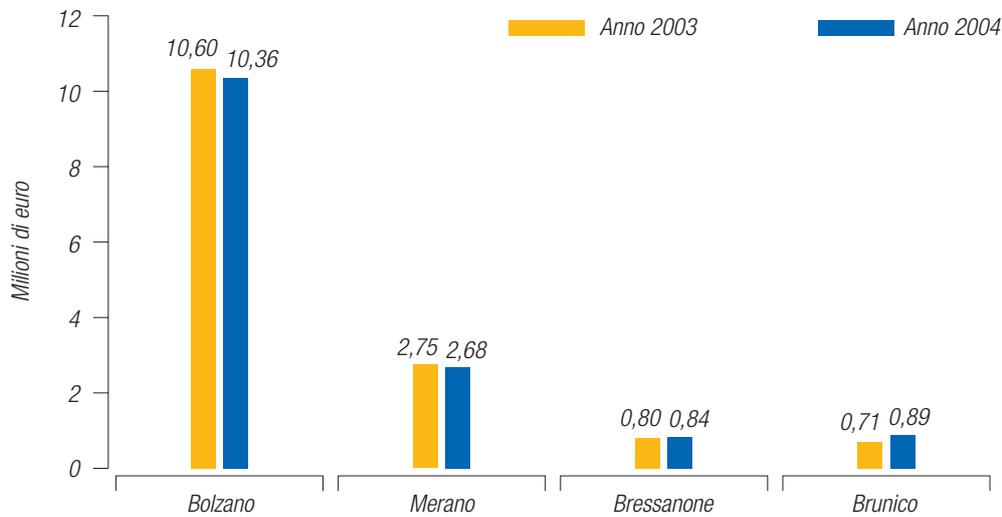
L'azienda sanitaria di provenienza del paziente è nel 71,4% dei casi quella di Bolzano e nel 17,3% quella Merano. Più limitato è il ricorso a strutture nazionali dei pazienti delle altre due aziende sanitarie: 5,2% per Bressanone e 6,1% per Brunico.

Tabella 42: Ricoveri, giornate di degenza, degenza media, tariffa media (Euro) e importo totale (Euro) per regime di ricovero nelle strutture nazionali extraprovinciali per azienda sanitaria di residenza – Anno 2004

Azienda sanitaria di residenza	Ricoveri	Giornate di degenza	Degenza media	Tariffa media (Euro)	Importo totale (Euro)
<b>Regime ordinario</b>					
Bolzano	2.185	14.708	6,7	4.132,81	9.030.196,40
Merano	566	4.567	8,1	4.287,50	2.426.725,59
Bressanone	178	991	5,6	4.328,01	770.385,45
Brunico	197	1.461	7,4	3.990,34	786.096,37
<b>TOTALE IN REGIME ORDINARIO</b>	<b>3.126</b>	<b>21.727</b>	<b>7,0</b>	<b>4.162,96</b>	<b>13.013.403,81</b>
<b>Regime diurno</b>					
Bolzano	958	1.825	1,9	1.386,48	1.328.247,72
Merano	176	442	2,5	1.461,48	257.220,92
Bressanone	50	145	2,9	1.352,21	67.610,73
Brunico	72	189	2,6	1.471,70	105.962,57
<b>TOTALE IN REGIME DIURNO</b>	<b>1.256</b>	<b>2.601</b>	<b>2,1</b>	<b>1.400,51</b>	<b>1.759.041,94</b>
<b>TOTALE RICOVERI STRUTTURE NAZIONALI</b>	<b>4.382</b>			<b>3.371,17</b>	<b>14.772.445,8</b>

Fonte: PAB – ufficio Economia Sanitaria

Figura 35: **Importo totale (Euro) per ricoveri (ordinari e diurni) di altoatesini in strutture nazionali per azienda sanitaria di residenza - Anni 2003-2004**



Nel 2004, l'importo complessivo per ricoveri, in regime ordinario e diurno, in altre regioni italiane è stato pari a 14,772 milioni di Euro, il 70,1% dei quali per residenti nell'Azienda Sanitaria di Bolzano, il 18,2% per residenti nell'Azienda Sanitaria di Merano, il 5,7% per quella di Bressanone ed il 6,0% per quella di Brunico.

Il Veneto (33,9%) e la Provincia Autonoma di Trento (30,4%) sono le destinazioni più frequenti. Rispetto all'anno 2003, si è verificato una riduzione dei ricoveri in regime ordinario, mentre c'è stato un aumento dei ricoveri in regime diurno, in particolare per le strutture di destinazione del Veneto, di Trento e della Sicilia.

**SPESA PER RICOVERI NEL  
RESTO D'ITALIA NEL 2004**

Tabella 43: Ricoveri in regime ordinario e diurno di residenti in Provincia di Bolzano effettuati in istituti di cura del resto d'Italia per regione di ricovero – Anno 2004

Regioni di ricovero	Regime ordinario		Regime diurno		Totale	
	Numero dimissioni	Variazione ricoveri 2003	Numero dimissioni	Variazione ricoveri 2003	Numero dimissioni	Percentuale
Veneto	1.207	-15	279	25	1.486	33,9
Trento	742	-93	590	11	1.332	30,4
Lombardia	357	-80	105	-1	462	10,5
Emilia	261	-21	127	-14	388	8,9
Lazio	81	17	22	9	103	2,4
Toscana	82	8	16	-12	98	2,2
Friuli	66	-35	14	-5	80	1,8
Puglia	57	-11	11	3	68	1,6
Piemonte	40	-2	17	-	57	1,3
Campania	44	3	9	3	53	1,2
Sicilia	30	-2	21	11	51	1,2
Calabria	35	6	9	-5	44	1,0
Sardegna	36	12	2	2	38	0,9
Liguria	16	-10	18	2	34	0,8
Abruzzo	29	4	3	-1	32	0,7
Marche	23	-2	6	5	29	0,7
Umbria	14	6	2	-6	16	0,4
Ospedale Bambin Gesù	1	-1	5	3	6	0,1
Molise	2	-2	-	-1	2	-
Basilicata	2	-	-	-2	2	-
Valle d'Aosta	1	-1	-	-1	1	-
<b>TOTALE</b>	<b>3.126</b>	<b>-219</b>	<b>1.256</b>	<b>26</b>	<b>4.382</b>	<b>100,0</b>

Fonte: PAB – ufficio Economia Sanitaria

Tabella 44: **Ricoveri in regime ordinario di residenti in Provincia di Bolzano effettuati in istituti di cura del resto d'Italia per MDC e relativo importo (Euro) – Anno 2004**

MDC	Descrizione MDC	N. ricoveri	%	Importo totale (Euro)
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	635	20,3	2.297.698,29
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	474	15,2	4.034.707,61
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	211	6,7	629.473,81
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	204	6,5	874.635,59
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	200	6,4	503.113,44
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	191	6,1	837.048,41
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	146	4,7	566.087,61
14	Gravidanza, parto e puerperio	126	4,0	201.206,67
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	106	3,4	266.314,62
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	104	3,3	269.773,28
2	Malattie e disturbi dell'occhio	98	3,1	181.969,63
19	Malattie e disturbi mentali	90	2,9	212.040,13
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	84	2,7	191.322,55
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	80	2,6	140.003,91
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	78	2,5	344.791,27
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	69	2,2	257.884,84
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	60	1,9	232.018,30
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	33	1,1	48.228,64
18	Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	31	1,0	115.830,11
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	30	1,0	64.318,17
-	Altri DRG	22	0,7	486.761,29
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	19	0,6	73.009,18
20	Abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	17	0,5	32.587,03
24	Traumatismi multipli rilevanti	11	0,4	105.048,22
22	Ustioni	6	0,2	42.247,21
25	Infezioni da H.I.V.	1	-	5.284,00
<b>TOTALE RICOVERI ORDINARI</b>		<b>3.126</b>	<b>100,0</b>	<b>13.013.403,81</b>

Fonte: PAB – ufficio Economia Sanitaria

Il motivo principale per il quale i residenti della Provincia Autonoma di Bolzano si rivolgono presso strutture presenti nel resto d'Italia per i ricoveri ordinari è rappresentato da malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo (20,3%) e da malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (15,2%).

In particolare si osserva che il 2,8% dei pazienti viene dimesso con il DRG 222 "Interventi sul ginocchio, senza cc", il 2,6% con DRG 209 "Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori" e il 2,4% con DRG 215 "Interventi su dorso e collo, senza cc".

Tabella 45: Ricoveri in regime ordinario di residenti in Provincia di Bolzano effettuati in istituti di cura del resto d'Italia per DRG più frequente e relativo importo (Euro) – Anno 2004

DRG	Descrizione DRG	N. ricoveri	Importo totale (Euro)	% cumulata
222	Interventi sul ginocchio, senza cc	89	189.612,55	2,8
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	79	718.541,52	5,4
215	Interventi su dorso e collo, senza cc	75	280.807,66	7,8
408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	63	324.027,14	9,8
107	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco	62	950.540,36	11,8
105	Interventi sulle valvole cardiache senza cateterismo cardiaco	59	1.078.329,76	13,7
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	58	77.109,26	15,5
231	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore	57	130.853,00	17,3
391	Neonato normale	55	27.986,56	19,1
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	50	129.453,14	20,7
409	Radioterapia	49	261.134,64	22,3
63	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	47	174.494,73	23,8
430	Psicosi	47	109.047,46	25,3
112	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea	44	306.440,92	26,7
225	Interventi sul piede	43	96.232,40	28,1
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	43	86.055,60	29,4
127	Insufficienza cardiaca e shock	33	96.450,61	30,5
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 senza cc	30	79.266,66	31,4
139	Aritmia e alterazione della conduzione cardiaca, senza cc	28	34.625,23	32,3
56	Rinoplastica	27	41.656,43	33,2
183	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 senza cc	27	32.272,17	34,1
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni, senza cc	27	54.101,33	34,9
1	Craniotomia età > 17, eccetto per traumatismo	26	280.695,48	35,8
184	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18	25	19.903,68	36,6
371	Parto cesareo senza cc	25	60.959,14	37,4
243	Afezioni mediche del dorso	24	34.090,03	38,1
344	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	24	135.491,04	38,9
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	23	32.241,61	39,6
169	Interventi sulla bocca, senza cc	23	55.338,30	40,4
227	Interventi sui tessuti molli, senza cc	23	44.957,11	41,1
428	Disturbi della personalita e del controllo degli impulsi	23	63.705,41	41,8
14	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	22	73.970,23	42,5
36	Interventi sulla retina	21	59.837,44	43,2
260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne, senza cc	21	55.084,72	43,9
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	20	37.038,63	44,5
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite, senza cc	20	55.492,95	45,2
55	Miscelanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	19	32.517,91	45,8
138	Aritmia e alterazione della conduzione cardiaca, con cc	19	61.450,68	46,4
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	19	14.400,25	47,0
119	Legatura e stripping di vene	18	29.775,87	47,6
82	Neoplasie dell'apparato respiratorio	17	57.689,87	48,1
104	Interventi sulle valvole cardiache con cateterismo cardiaco	17	421.701,28	48,7
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc	17	24.384,95	49,2
108	Altri interventi sul sistema cardiovascolare	16	212.220,32	49,7
158	Interventi su ano e stoma, senza cc	16	23.764,77	50,2
241	Malattie del tessuto connettivo, senza cc	16	42.803,06	50,7
<b>TOTALE RICOVERI ORDINARI</b>		<b>3.126</b>	<b>13.013.403,81</b>	

## RICOVERI BREVI DI

2 0 3 GG

In 1.034 ricoveri ordinari di altoatesini fuori provincia, effettuati nel 2004, la durata della degenza è risultata di 2 o 3 giorni (ad esclusione dei ricoveri nei reparti di riabilitazione, lungodegenza e psichiatria), pari al 33,1% dei ricoveri ordinari per acuti effettuati in strutture nazionali fuori provincia. I ricoveri brevi con modalità di dimissione a domicilio del paziente sono stati 983, quelli con un'altra modalità di dimissione 51.

Il 37,1% dei ricoveri brevi con dimissione a domicilio sono stati effettuati in istituti di cura del Veneto, il 25,4% in istituti di cura della Provincia Autonoma di Trento.

Tabella 46: **Ricoveri in regime ordinario di 2 o 3 giorni di residenti in Provincia di Bolzano effettuati in istituti di cura del resto d'Italia per regione di ricovero e modalità di dimissione – Anno 2004**

Regione di ricovero	Dimissioni a domicilio del paziente	Altra modalità di dimissione	Totale
Veneto	365	11	376
Trento	250	18	268
Lombardia	110	4	114
Emilia	107	-	107
Puglia	22	1	23
Friuli	20	-	20
Lazio	17	3	20
Campania	17	2	19
Toscana	14	4	18
Sardegna	13	-	13
Calabria	9	3	12
Piemonte	8	1	9
Abruzzo	7	2	9
Sicilia	8	1	9
Liguria	5	-	5
Marche	5	-	5
Umbria	4	-	4
Valle d'Aosta	-	1	1
Ospedale Bambin Gesù	1	-	1
Molise	1	-	1
<b>TOTALE RICOVERI ORDINARI BREVI</b>	<b>983</b>	<b>51</b>	<b>1.034</b>

Fonte: PAB – ufficio Economia Sanitaria

I ricoveri con DRG medico di durata 2 o 3 giorni con dimissione a domicilio effettuati da residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano in tutti gli istituti di cura del resto d'Italia sono pari a 351. Il DRG più frequente è rappresentato dal DRG 373 "Parto vaginale senza diagnosi complicanti" che raccoglie 36 ricoveri, seguito dal DRG 410 "Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta" con 26 ricoveri.

Nel 2004 l'importo complessivo dei ricoveri di 2 o 3 giorni con dimissione a domicilio e DRG medico effettuati da residenti nel resto d'Italia è stato di 735.379,36 Euro.

Tabella 47: Ricoveri in regime ordinario di 2 o 3 giorni con DRG medico e modalità di dimissione a domicilio di residenti in Provincia di Bolzano effettuati in istituti di cura del resto d'Italia per DRG più frequente e relativo importo (Euro) – Anno 2004

DRG	Descrizione DRG	N. ricoveri	Importo totale (Euro)	% cumulata
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	36	49.157,81	10,3
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	26	52.557,78	17,7
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	12	22.238,15	21,1
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18	11	11.457,13	24,2
082	Neoplasie dell'apparato respiratorio	9	30.288,58	26,8
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 senza cc	9	13.270,18	29,3
409	Radioterapia	9	30.953,19	31,9
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	7	6.668,45	33,9
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 senza cc	6	12.443,84	35,6
138	Aritmia e alterazione della conduzione cardiaca, con cc	6	19.511,80	37,3
139	Aritmia e alterazione della conduzione cardiaca, senza cc	6	11.328,26	39,0
185	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17	6	13.003,37	40,7
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 senza cc	6	8.958,23	42,5
243	Affezioni mediche del dorso	6	8.181,14	44,2
241	Malattie del tessuto connettivo, senza cc	5	14.568,74	45,6
025	Convulsioni e cefalea età > 17 senza cc	4	4.569,07	46,7
026	Convulsioni e cefalea età < 18	4	6.082,86	47,9
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18	4	5.164,69	49,0
098	Bronchite e asma, età < 18	4	5.796,92	50,1
<b>TOTALE RICOVERI ORDINARI BREVI CON DRG MEDICO DIMESSI A DOMICILIO</b>		<b>351</b>	<b>735.379,36</b>	

Fonte: PAB – ufficio Economia Sanitaria

### 3.2.6.2. Ricoveri per acuti in Austria

#### RICOVERI IN AUSTRIA

Ai fini di assicurare una completa assistenza ai residenti in provincia, nel rispetto delle loro caratteristiche etnico linguistiche, la Provincia Autonoma di Bolzano è convenzionata con cliniche universitarie e strutture sanitarie pubbliche o private austriache per i servizi sanitari ospedalieri per acuti e post-acuti che non possono essere garantiti dal servizio locale. Le strutture convenzionate che erogano assistenza ospedaliera per acuti sono:

- Clinica universitaria di Innsbruck, per tutti gli interventi diagnostici e terapeutici in casi clinici che, per il loro alto contenuto scientifico tecnologico e/o la complessità, richiedano la competenza di una struttura universitaria. Nei casi in cui la Clinica universitaria di Innsbruck non è in grado di fornire prestazioni di altissima specializzazione, è autorizzata a trasferire i pazienti nelle strutture universitarie situate a Vienna e Graz. In questi casi le spese di trasporto e le rette di degenza sono a carico dell'amministrazione provinciale, che provvede al pagamento diretto;
- Istituti di cura regionali di Salisburgo, per trattamenti di forme morbose renali, per interventi cardiocirurgici e per interventi di palatoschisi;
- “Landeskrankenhaus Natters”, per cure tisiopneumologiche;

d) “Magistrat der Stadt Wien – AKH”, per la cura dei pazienti più gravi trasferiti dalla Clinica universitaria di Innsbruck.

Si precisa che i dati riportati in questo paragrafo devono essere interpretati con cautela in quanto i risultati risentono della qualità del dato trasmesso dalle strutture austriache e della conseguente correttezza/completezza della banca dati provinciale.

Nel corso dell'anno 2004 i ricoveri ordinari di pazienti altoatesini presso strutture convenzionate in Austria sono stati complessivamente 2.690, con un consumo di 22.469 giornate di degenza.

**Tabella 48: Dimissioni, giornate di degenza, degenza media, importo totale (Euro) e tariffa media (Euro) di ricoveri ordinari e dei cicli di ricovero in strutture austriache per acuti da parte di residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano – Anno 2004**

Strutture	Ricoveri	Pazienti	Giornate di degenza	Degenza media	Importo totale (Euro)	Tariffa media (Euro)
<b>Regime ordinario</b>						
Universitätsklinik Innsbruck	2.556	1.543	21.814	8,5	13.886.299,33	5.432,82
Landeskrankenhaus Natters	40	23	263	6,6	97.300,35	2.432,51
Landeskrankenanstalten Salzburg	12	11	113	9,4	65.314,00	5.442,83
<b>TOTALE RICOVERI ORDINARI</b>	<b>2.608</b>	<b>1.577</b>	<b>22.190</b>	<b>8,5</b>	<b>14.048.913,68</b>	<b>5.386,85</b>
<b>Cicli di ricoveri di 1 giorno</b>						
Universitätsklinik Innsbruck	75	75	259	3,5	198.940,00	2.652,53
Landeskrankenhaus Natters	7	7	20	2,9	8.738,10	1.248,30
<b>TOTALE CICLI DI RICOVERO</b>	<b>82</b>	<b>82</b>	<b>279</b>	<b>3,4</b>	<b>207.678,10</b>	<b>2.532,66</b>
<b>TOTALE RICOVERI IN STRUTTURE AUSTRIACHE</b>	<b>2.690</b>	<b>1.659</b>	<b>22.469</b>		<b>14.256.591,78</b>	<b>5.299,85</b>

Fonte: PAB – ufficio Ospedali

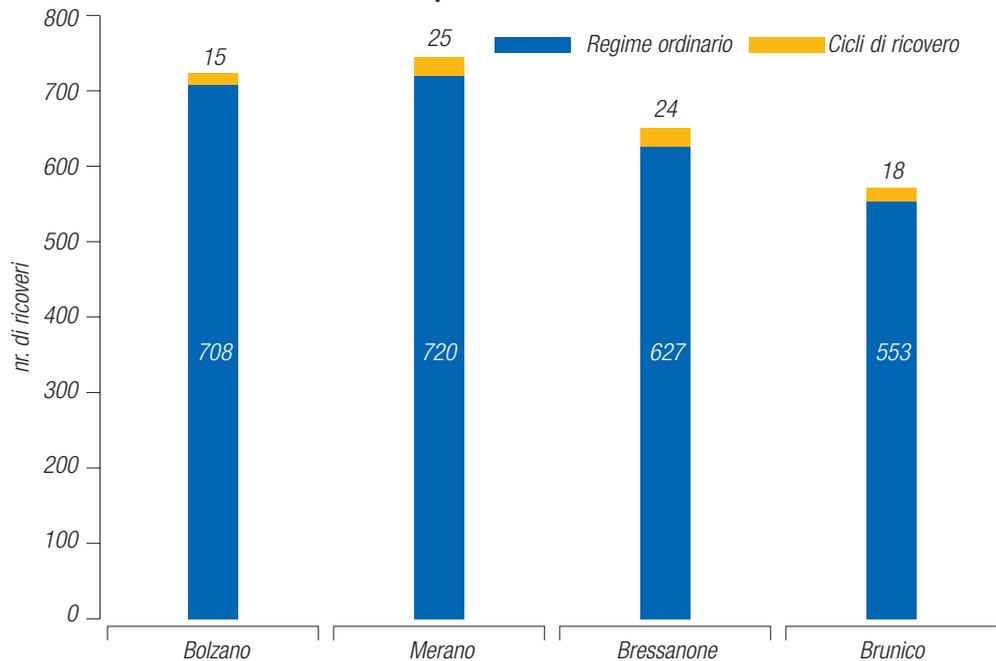
Distinguendo per tipologia di ricovero, i ricoveri in regime ordinario di altoatesini in strutture austriache sono stati 2.608, con un consumo complessivo di giornate di degenza pari a 22.190, per una degenza media di 8,5 giorni e un importo medio di 5.386,85 Euro. I cicli di ricovero, invece, sono stati 82; il consumo complessivo di giornate è stato di 279 giorni, con un numero medio di accessi di 3,4 giorni e un importo medio di 2.532,66 Euro.

L'azienda sanitaria di assistenza dei pazienti che si ricoverano in Austria è nel 27,7% dei casi quella di Merano; seguono Bolzano (26,8%), Bressanone (24,2%) e Brunico (21,2%).

Considerando il complesso dei ricoveri di residenti altoatesini, il ricorso alle strutture austriache è avvenuto per il 2,7% del totale dei ricoveri: 5,1% a Bressanone, 3,9% a Brunico, 2,9% a Merano e 1,6% a Bolzano.

**AZIENDA SANITARIA DI  
PROVENIENZA**

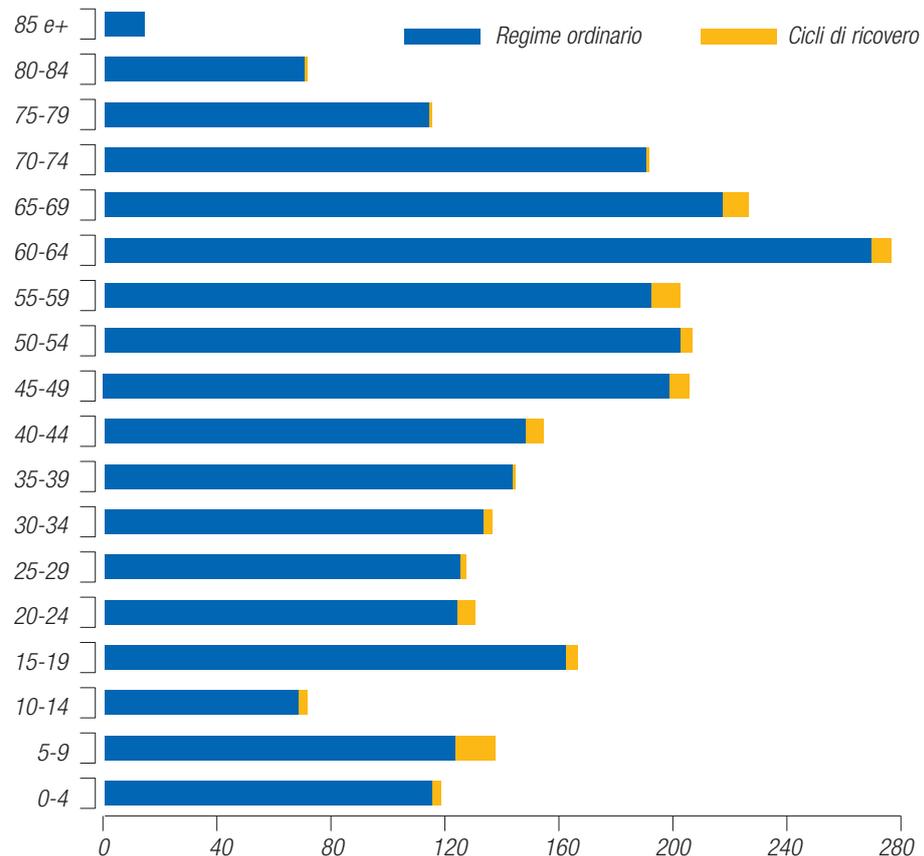
Figura 36: Ricoveri per acuti di altoatesini in Austria per tipologia di ricovero e azienda sanitaria di provenienza - Anno 2004



CLASSI D'ETÀ

Le classi di età con maggiore frequenza di ricoveri in Austria sono quelle dei 60-64 anni per i ricoveri in regime ordinario (10,3%) e dei 5-9 anni per i cicli di ricovero (17,1%).

Figura 37: Ricoveri per acuti di altoatesini in Austria per tipologia di ricovero e classi d'età - Anno 2004



## DIAGNOSI

Tra le categorie di diagnosi di dimissione più frequenti dei ricoveri si trovano “Tumori maligni delle ossa, del tessuto connettivo, della cute e della mammella” (con il 7,2% dei ricoveri ordinari e il 9,8% dei cicli di ricovero) e “Tumori maligni degli organi genitourinari” (con il 6,8% dei ricoveri ordinari e il 24,4% dei cicli di ricovero; tale categoria risulta la più frequente per i cicli di ricovero).

Tabella 49: **Categorie di diagnosi di dimissione più frequenti per pazienti altoatesini ricoverati in regime ordinario in strutture austriache per acuti – Anno 2004**

ICD9CM	Descrizione categoria di diagnosi	N. ricoveri	% cumulata
170-176	Tumori maligni delle ossa, del tessuto connettivo, della cute e della mammella	189	7,2
179-189	Tumori maligni degli organi genitourinari	178	14,1
150-159	Tumori maligni dell'apparato digerente e del peritoneo	168	20,5
190-199	Tumori maligni di altre e non specificate sedi	125	25,3
720-724	Dorsopatie	123	30,0
740-759	Malformazioni congenite	114	34,4
570-579	Altre malattie dell'apparato digerente	113	38,7
520-529	Malattie della cavità orale, delle ghiandole salivari e delle mascelle	102	42,6
200-208	Tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico	96	46,3
300-316	Disturbi nevrotici e della personalità e altri disturbi psichici non psicotici	83	49,5
420-429	Altre malattie del cuore	83	52,7
160-165	Tumori maligni dell'apparato respiratorio e degli organi intratoracici	68	55,3
140-149	Tumori maligni delle labbra, della cavità orale, della faringe	53	57,3
360-379	Malattie dell'occhio e degli annessi	53	59,4
210-229	Tumori benigni	52	61,3
410-414	Malattie ischemiche del cuore	52	63,3
590-599	Altre patologie del sistema urinario	50	65,3
710-719	Artropatie e disturbi correlati	50	67,2
780-789	Sintomi	49	69,1
730-739	Osteopatie, condropatie e deformità acquisite del sistema muscoloscheletrico	48	70,9
<b>TOTALE RICOVERI ORDINARI</b>		<b>2.608</b>	

Fonte: PAB – ufficio Ospedali

Tabella 50: **Categorie di diagnosi di dimissione più frequenti per pazienti altoatesini nei cicli di ricovero in strutture austriache per acuti – Anno 2004**

ICD9CM	Descrizione categoria di diagnosi	N. ricoveri	% cumulata
179-189	Tumori maligni degli organi genitourinari	20	24,4
150-159	Tumori maligni dell'apparato digerente e del peritoneo	10	36,6
190-199	Tumori maligni di altre e non specificate sedi	9	47,6
200-208	Tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico	9	58,5
170-176	Tumori maligni delle ossa, del tessuto connettivo, della cute e della mammella	8	68,3
510-519	Altre malattie del sistema respiratorio	5	74,4
<b>TOTALE CICLI DI RICOVERO</b>		<b>82</b>	

Fonte: PAB – ufficio Ospedali

La Clinica universitaria di Innsbruck ha accolto il 98,0% dei ricoveri ordinari di altoatesini in strutture convenzionate austriache, e le unità operative, corrispondenti alla classificazione nazionale, più frequentate sono state quelle di Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia plastica e Chirurgia 1.

Per quanto riguarda invece i cicli di ricovero, la clinica copre il 91,5% dei ricoveri e le unità operative più frequentate sono state quelle di Pediatria, Ostetricia e Ginecologia, Urologia e Medicina generale.

CLINICA UNIVERSITARIA  
DI INNSBRUCK

Tabella 51: Ricoveri in regime ordinario per unità operativa nella Clinica universitaria di Innsbruck – Anno 2004

Unità operativa di ricovero	Numero di ricoveri	% ricoveri	Giornate di degenza	% giornate
Anestesia e rianimazione	17	0,7	244	1,1
Cardiochirurgia	132	5,2	1.471	6,7
Cardiologia	26	1,0	177	0,8
Chirurgia 1	173	6,8	2.328	10,7
Chirurgia 2	1	-	3	-
Chirurgia generale	26	1,0	290	1,3
Chirurgia maxillo-facciale	1	-	4	-
Chirurgia pediatrica	20	0,8	205	0,9
Chirurgia plastica	220	8,6	1.859	8,5
Chirurgia vascolare	14	0,5	98	0,4
Dermatologia	44	1,7	404	1,9
Ematologia	66	2,6	602	2,8
Gastroenterologia	128	5,0	631	2,9
Medicina 1	4	0,2	34	0,2
Medicina 2	2	0,1	6	-
Medicina generale	116	4,5	621	2,8
Medicina nucleare	28	1,1	135	0,6
Nefrologia	11	0,4	52	0,2
Neonatologia	1	-	8	-
Neurochirurgia	156	6,1	1.314	6,0
Neurologia	109	4,3	957	4,4
Neuropsichiatria infantile	54	2,1	666	3,1
Nido	2	0,1	83	0,4
Oculistica	60	2,3	254	1,2
Odontoiatria e Stomatologia	143	5,6	1.067	4,9
Oncologia	3	0,1	18	0,1
Ortopedia e Traumatologia	239	9,4	2.519	11,5
Ostetricia e Ginecologia	157	6,1	1.117	5,1
Otorinolaringoiatria	51	2,0	330	1,5
Pediatria	162	6,3	1.091	5,0
Pneumologia	1	-	3	-
Psichiatria	48	1,9	867	4,0
Radioterapia	147	5,8	1.354	6,2
Radioterapia oncologica	7	0,3	16	0,1
Terapia intensiva	10	0,4	128	0,6
Urologia	120	4,7	575	2,6
Urologia pediatrica	57	2,2	283	1,3
<b>TOTALE RICOVERI ORDINARI</b>	<b>2.556</b>	<b>100,0</b>	<b>21.814</b>	<b>100,0</b>

Fonte: PAB – ufficio Ospedali

Tabella 52: **Cicli di ricovero per unità operativa nella Clinica universitaria di Innsbruck – Anno 2004**

Unità operativa di ricovero	Numero di ricoveri	% ricoveri	Giornate di degenza	% giornate di degenza
Chirurgia 2	1	1,3	2	0,8
Dermatologia	1	1,3	3	1,2
Ematologia	4	5,3	8	3,1
Gastroenterologia	3	4,0	8	3,1
Medicina generale	11	14,7	32	12,4
Medicina nucleare	3	4,0	7	2,7
Neuropsichiatria infantile	1	1,3	9	3,5
Oculistica	2	2,7	4	1,5
Oncologia	1	1,3	2	0,8
Ostetricia e Ginecologia	12	16,0	66	25,5
Pediatria	22	29,3	88	34,0
Urologia	12	16,0	26	10,0
Urologia pediatrica	2	2,7	4	1,5
<b>TOTALE</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>259</b>	<b>100,0</b>

Fonte: PAB – ufficio Ospedali

Dei 184 medici che hanno prescritto ricoveri in Austria il 38,6% appartiene all'Azienda Sanitaria di Bolzano e ha proposto circa il 27% dei ricoveri, il 25,5% è un medico dell'Azienda Sanitaria di Merano che ha inviato la stessa percentuale di ricoveri; 37 medici (20,1%) dell'Azienda Sanitaria di Bressanone hanno invece proposto il 24,2% dei ricoveri e infine 29 medici dell'Azienda Sanitaria di Brunico (15,8%) hanno inviato il 21,2% dei ricoveri.

Tabella 53: **Ricoveri complessivi (ordinari e cicli di ricovero) in strutture austriache per azienda sanitaria del medico prescrittore e numero di ricoveri di residenti per azienda sanitaria di residenza del paziente – Anno 2004**

Azienda sanitaria	Totale ricoveri in Austria per azienda sanitaria del medico prescrittore	Ricoveri in Austria per medico	N. ricoveri di residenti per azienda sanitaria di residenza del paziente	% ricoveri in Austria su ricoveri di residenti
Bolzano	723	10,2	33.894	2,1
Merano	745	15,9	21.430	3,5
Bressanone	651	17,6	10.488	6,2
Brunico	571	19,7	12.656	4,5

Fonte: PAB – ufficio Ospedali

### 3.2.6.3. Mobilità ospedaliera complessiva

L'applicazione del criterio della libertà di scelta dell'ambito assistenziale da parte dei cittadini determina vari flussi di mobilità territoriale dei ricoveri.

La mobilità attiva è rappresentata da flussi di ricoveri nelle strutture ospedaliere di un'area da parte di residenti in altre aree, quella passiva da flussi di residenti in una certa area verso strutture ubicate in altre aree. Nei due casi conviene distinguere tra mobilità interna alla provincia (tra territori delle 4 aziende sanitarie) e mobilità esterna (tra territorio provinciale e altre aree esterne). Le aree esterne alla azienda sanitaria di residenza sono costituite da strutture ospedaliere esterne alla provincia situate nel resto d'Italia e all'estero, in modo particolare in Austria.

MEDICI PRESCRITTORI

MOBILITÀ OSPEDALIERA

Per quanto riguarda la mobilità di assistiti tra le unità operative delle aziende sanitarie di Bressanone e Brunico in riferimento ad Oculistica, Otorinolaringoiatria e Urologia, è da far rilevare che, poichè le unità operative non sono presenti in entrambe le aziende, esiste una convenzione per cui l'unità operativa di Oculistica dell'Ospedale di Brunico (come anche l'unità operativa di Dermatologia) eroga prestazioni anche ai residenti nel territorio della Azienda Sanitaria di Bressanone, mentre le unità operative di Otorinolaringoiatria e Urologia dell'Ospedale di Bressanone erogano prestazioni anche ai residenti nel territorio della Azienda Sanitaria di Brunico.

Le strutture provinciali hanno prodotto nel corso dell'anno 80.474 ricoveri in regime ordinario. I residenti hanno consumato nell'identico periodo complessivamente 77.127 ricoveri in regime ordinario, 71.393 in strutture provinciali, 3.126 in quelle del resto d'Italia e 2.608 in quelle austriache.

Tabella 54: Ricoveri ospedale in regime ordinario negli istituti di cura presenti nel territorio delle aziende sanitarie per residenza del paziente – Anno 2004

Azienda sanitaria di ricovero	Azienda sanitaria di residenza					Extra-prov.	Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale residenti		
Bolzano	26.215	1.618	526	449	28.808	3.249°	32.057
Merano	1.948	17.167	56	74	19.245	1.597°°	20.842
Bressanone	2.696	250	8.022	929**	11.897	1.687	13.584
Brunico	467	105	801*	10.070	11.443	2.548	13.991
<b>RICOVERI IN PROVINCIA</b>	<b>31.326</b>	<b>19.140</b>	<b>9.405</b>	<b>11.522</b>	<b>71.393</b>	<b>9.081</b>	<b>80.474</b>
Resto Italia	2.185	566	178	197	3.126		
Austria	708	720	627	553	2.608		
<b>TOT. RICOVERI RESIDENTI</b>	<b>34.219</b>	<b>20.426</b>	<b>10.210</b>	<b>12.272</b>	<b>77.127</b>		

\* Inclusi 531 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Brunico per residenti nell'Azienda Sanitaria di Bressanone

\*\* Inclusi 584 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Bressanone per residenti nell'Azienda Sanitaria di Brunico

° Inclusi 21 ricoveri effettuati dalla Casa di Cura S.Maria di pazienti non residenti nella Provincia di Bolzano

°° Inclusi 34 ricoveri effettuati nel reparto di Chirurgia generale della Casa di Cura Villa S.Anna di pazienti non residenti nella Provincia di Bolzano

Fonte: aziende sanitarie

Osservando la mobilità interna, si nota che l'azienda sanitaria che esercita la maggior attrazione è quella di Bressanone con 3.291 ricoveri di altoatesini residenti in altra ASL provinciale, pari al 27,7% della produzione dell'ASL di Bressanone di ricoveri per residenti.

Tabella 55: Indici percentuali di mobilità attiva per azienda sanitaria. Regime ordinario – Anno 2004

Azienda sanitaria di ricovero	Azienda sanitaria di residenza					Extra-prov.	Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale residenti		
Bolzano	81,8	5,0	1,6	1,4	89,9	10,1	100,0
Merano	9,3	82,4	0,3	0,4	92,3	7,7	100,0
Bressanone	19,8	1,8	59,1	6,8	87,6	12,4	100,0
Brunico	3,3	0,8	5,7	72,0	81,8	18,2	100,0
<b>TOTALE</b>	<b>38,9</b>	<b>23,8</b>	<b>11,7</b>	<b>14,3</b>	<b>88,7</b>	<b>11,3</b>	<b>100,0</b>

Fonte: aziende sanitarie

L'azienda sanitaria con il maggior numero di ricoveri ordinari consumati da residenti in provincia è quella di Merano, con il 92,3% della produzione consumata da residenti in provincia, di cui 82,4% di residenti nella stessa azienda.

L'azienda sanitaria con una maggior produzione di ricoveri in regime ordinario consumata da parte di residenti fuori provincia è stata quella di Brunico, nella quale l'attrazione è stata del 18,2%.

Tabella 56: **Indici percentuali di mobilità passiva per azienda sanitaria. Regime ordinario – Anno 2004**

Azienda sanitaria di ricovero	Azienda sanitaria di residenza				
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Bolzano	76,6	7,9	5,2	3,7	37,4
Merano	5,7	84,0	0,5	0,6	25,0
Bressanone	7,9	1,2	78,6	7,6	15,4
Brunico	1,4	0,5	7,8	82,1	14,8
<b>RICOVERI IN PROVINCIA</b>	<b>91,5</b>	<b>93,7</b>	<b>92,1</b>	<b>93,9</b>	<b>92,6</b>
Resto Italia	6,4	2,8	1,7	1,6	4,1
Austria	2,1	3,5	6,1	4,5	3,4
<b>TOT. RICOVERI RESIDENTI</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: aziende sanitarie

I ricoveri in regime ordinario dei residenti in provincia sono stati effettuati nel 92,6% dei casi in strutture provinciali. L'azienda sanitaria con il maggior consumo di ricoveri ordinari da parte di residenti in strutture provinciali è stata quella di Brunico (93,9%), mentre l'Azienda Sanitaria di Bolzano ha il 6,4% di ricoveri ordinari di residenti effettuato in strutture nazionali extra provinciali, e quella di Bressanone il 6,1% effettuato in strutture austriache.

Nel 2004 nella Provincia Autonoma di Bolzano sono stati prodotti anche 23.661 ricoveri in regime diurno. L'89,6% di tali ricoveri è stato effettuato da residenti nella provincia, mentre il 10,4% è stato effettuato da residenti fuori provincia; tra questi il 43,9% è stato ricoverato nell'Azienda Sanitaria di Bolzano.

In riferimento alla mobilità provinciale, anche per il regime diurno l'azienda sanitaria che esercita la maggior attrazione di residenti in altra ASL provinciale è quella di Bressanone con 1.470 ricoveri di altoatesini, pari al 35,4% della produzione di ricoveri per residenti dell'azienda stessa.

Tabella 57: Ricoveri ospedale in regime diurno negli istituti di cura presenti nel territorio delle aziende sanitarie per residenza del paziente – Anno 2004

Azienda sanitaria di ricovero	Azienda sanitaria di residenza					Extra-prov.	Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale residenti		
Bolzano	7.679	810	263	234	8.986	1.081°	10.067
Merano	519	4.263	23	13	4.818	278°°	5.096
Bressanone	1.205	126	2.466	353**	4.150	366	4.516
Brunico	274	78	305*	2.586	3.243	739	3.982
<b>RICOVERI IN PROVINCIA</b>	<b>9.677</b>	<b>5.277</b>	<b>3.057</b>	<b>3.186</b>	<b>21.197</b>	<b>2.464</b>	<b>23.661</b>
Resto Italia	958	176	50	72	1.256		
Austria	15	25	24	18	82		
<b>TOT. RICOVERI RESIDENTI</b>	<b>10.650</b>	<b>5.478</b>	<b>3.131</b>	<b>3.276</b>	<b>22.535</b>		

\* Inclusi 158 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Brunico per residenti nell'Azienda Sanitaria di Bressanone

\*\* Inclusi 214 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Bressanone per residenti nell'Azienda Sanitaria di Brunico

° Inclusi 6 ricoveri effettuati dalla Casa di Cura S.Maria di pazienti non residenti nella Provincia di Bolzano

°° Incluso 1 ricovero effettuato nel reparto di Chirurgia generale della Casa di Cura Villa S.Anna di pazienti non residenti nella Provincia di

Bolzano

Fonte: aziende sanitarie

L'azienda sanitaria con il maggior numero di ricoveri diurni consumati da residenti in provincia è quella di Merano, con il 94,5% della produzione consumata da residenti in provincia, nella quale l'83,7% della produzione è stata consumata da residenti nella stessa azienda.

L'azienda sanitaria con una maggior produzione di ricoveri in regime diurno consumata da parte di residenti fuori provincia è stata quella di Brunico, nella quale l'attrazione è stata del 18,6%.

Tabella 58: Indici percentuali di mobilità attiva per azienda sanitaria. Regime diurno – Anno 2004

Azienda sanitaria di ricovero	Azienda sanitaria di residenza					Extra-prov.	Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale residenti		
Bolzano	76,3	8,0	2,6	2,3	89,3	10,7	100,0
Merano	10,2	83,7	0,5	0,3	94,5	5,5	100,0
Bressanone	26,7	2,8	54,6	7,8	91,9	8,1	100,0
Brunico	6,9	2,0	7,7	64,9	81,4	18,6	100,0
<b>TOTALE</b>	<b>40,9</b>	<b>22,3</b>	<b>12,9</b>	<b>13,5</b>	<b>89,6</b>	<b>10,4</b>	<b>100,0</b>

Fonte: aziende sanitarie

I ricoveri in regime diurno dei residenti in provincia sono stati effettuati nel 94,1% dei casi in strutture provinciali. L'azienda sanitaria con il maggior consumo di ricoveri diurni da parte di residenti in strutture provinciali è stata quella di Bressanone (97,6%), mentre l'Azienda Sanitaria di Bolzano ha il 9,0% di ricoveri diurni di residenti effettuato in strutture nazionali extra provinciali. I ricoveri diurni effettuati da parte di residenti in strutture austriache coprono una percentuale piuttosto ridotta (0,4%) dei ricoveri totali effettuati da residenti in provincia.

Tabella 59: Indici percentuali di mobilità passiva per azienda sanitaria. Regime diurno – Anno 2004

Azienda sanitaria di ricovero	Azienda sanitaria di residenza				
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Bolzano	72,1	14,8	8,4	7,1	39,9
Merano	4,9	77,8	0,7	0,4	21,4
Bressanone	11,3	2,3	78,8	10,8	18,4
Brunico	2,6	1,4	9,7	78,9	14,4
<b>RICOVERI IN PROVINCIA</b>	<b>90,9</b>	<b>96,3</b>	<b>97,6</b>	<b>97,3</b>	<b>94,1</b>
Resto Italia	9,0	3,2	1,6	2,2	5,6
Austria	0,1	0,5	0,8	0,5	0,4
<b>TOT. RICOVERI RESIDENTI</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: aziende sanitarie

Nel 2004, le strutture ubicate sul territorio provinciale hanno prodotto 104.135 ricoveri per acuti, in regime ordinario e diurno, di cui 11.545 per residenti fuori provincia (compresi 62 ricoveri non a carico del Servizio Sanitario Provinciale). I ricoveri effettuati da altoatesini in strutture provinciali ubicati in territorio diverso da quello dell'azienda di residenza sono stati 14.122.

L'indice di attrazione per i ricoveri per acuti, al netto dei ricoveri non a carico del Servizio Sanitario Provinciale e dei ricoveri in convenzione, in regime ordinario e diurno, è stato pari a 11,0% per la mobilità attiva extraprovinciale. La percentuale di ricoveri ordinari e diurni di altoatesini non residenti nell'azienda sanitaria di ricovero è stata del 12,1% rispetto al totale dei ricoveri prodotti.

Gli indici di attrazione per singola azienda sanitaria hanno assunto nel 2004 i valori indicati in tabella: la percentuale di attrazione rispetto alla produzione complessiva di ricoveri ordinari risulta molto variabile tra le aziende sanitarie: dal 19,5% di Bolzano al 37,6% di Bressanone.

Tabella 60: Riepilogo indicatori assoluti e percentuali di mobilità attiva in regime ordinario e diurno per azienda sanitaria – Anno 2004

Mobilità attiva (su produzione)	Azienda sanitaria di ricovero			
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico
	<b>Valori assoluti</b>			
Da altre aziende sanitarie	3.900	2.633	4.761**	1.341*
Da fuori Provincia	4.303°	1.840°°	2.053	3.287
<b>TOTALE</b>	<b>8.203</b>	<b>4.473</b>	<b>6.814</b>	<b>4.628</b>
<b>TOTALE RICOVERI PRODOTTI</b>	<b>42.124</b>	<b>25.938</b>	<b>18.100</b>	<b>17.973</b>
	<b>Valori percentuali</b>			
Da altre aziende sanitarie	9,3	10,2	26,3**	7,5*
Da fuori Provincia	10,2°	7,1°°	11,3	18,3
<b>TOTALE</b>	<b>19,5</b>	<b>17,3</b>	<b>37,6</b>	<b>25,7</b>

\* Esclusi 689 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Brunico per residenti nell'Azienda Sanitaria di Bressanone

\*\* Esclusi 798 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Bressanone per residenti nell'Azienda Sanitaria di Brunico

° Esclusi 27 ricoveri effettuati dalla Casa di Cura S.Maria di pazienti non residenti nella Provincia di Bolzano

°° Esclusi 35 ricoveri effettuati nel reparto di Chirurgia generale della Casa di Cura Villa S.Anna di pazienti non residenti nella Provincia di Bolzano

Fonte: aziende sanitarie

**MOBILITÀ ATTIVA REGIME  
ORDINARIO E DIURNO IN  
ALTO ADIGE**

**MOBILITÀ PASSIVA  
REGIME ORDINARIO E  
DIURNO IN ALTO ADIGE**

Nell'anno 2004, dei 99.662 ricoveri per acuti, in regime ordinario e diurno, di residenti in provincia, 7.072 sono stati effettuati in strutture ospedaliere fuori provincia (7,1% di fuga extraprovinciale di cui 4,4% verso il resto d'Italia e 2,7% verso l'Austria), altri 11.545 sono stati i ricoveri effettuati da altoatesini in strutture ubicate in territori diversi da quello della azienda di residenza (11,6%).

Nel quadro è presentato un profilo sintetico della mobilità passiva ordinaria in Alto Adige, per azienda sanitaria, con riferimento all'anno 2004.

Nel complesso, l'azienda sanitaria con maggiore attrazione di ricoveri di non residenti è quella di Bressanone dove il 37,6% dei ricoverati risiede al di fuori del territorio dell'azienda, mentre l'attrazione minore si rileva nell'Azienda Sanitaria di Merano (17,3%).

La minor mobilità passiva si registra per l'Azienda Sanitaria di Brunico con il 13,5% dei ricoveri in regime ordinario e diurno di residenti effettuati in altre strutture extra aziendali e la più alta mobilità passiva da parte dell'Azienda Sanitaria di Bolzano (24,4% di ricoveri di residenti consumati in strutture extra aziendali).

**Tabella 61: Riepilogo indicatori assoluti e percentuali di mobilità passiva e rapporto percentuale tra produzione e consumo di ricoveri in regime ordinario e diurno per azienda sanitaria – Anno 2004**

Mobilità passiva (su consumo ricoveri di residenti)	Azienda sanitaria di ricovero			
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico
	<b>Valori assoluti</b>			
Verso altre aziende sanitarie	7.109	2.987	1.285*	1.254**
Verso resto Italia	3.143	742	228	269
Verso Austria	723	745	651	571
<b>TOTALE</b>	<b>10.975</b>	<b>4.474</b>	<b>2.164</b>	<b>2.094</b>
<b>TOTALE RICOVERI CONSUMATI</b>	<b>44.869</b>	<b>25.904</b>	<b>13.341</b>	<b>15.548</b>
	<b>Valori percentuali</b>			
Verso altre aziende sanitarie	15,8	11,5	9,6*	8,1**
Verso resto Italia	7,0	2,9	1,7	1,7
Verso Austria	1,6	2,9	4,9	3,7
<b>TOTALE</b>	<b>24,4</b>	<b>17,3</b>	<b>16,2</b>	<b>13,5</b>
<b>RICOVERI PRODOTTI SU RICOVERI CONSUMATI (X 100)</b>	<b>93,8</b>	<b>100,0</b>	<b>135,7</b>	<b>115,6</b>

\* Esclusi 689 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Brunico per residenti nell'Azienda Sanitaria di Bressanone

\*\* Esclusi 798 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Bressanone per residenti nell'Azienda Sanitaria di Brunico

Fonte: aziende sanitarie

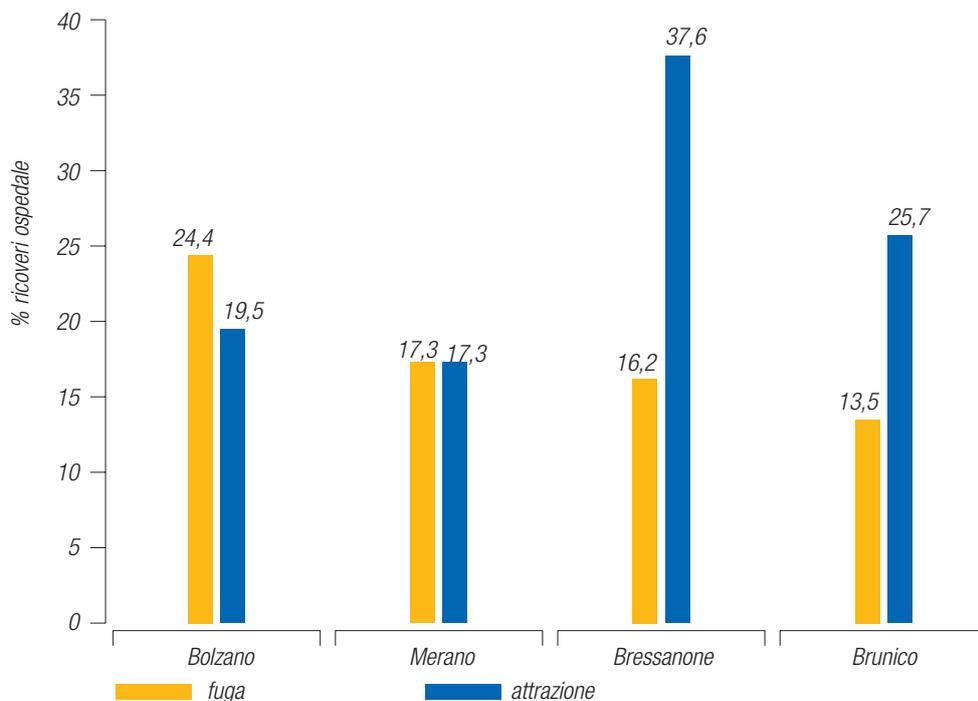
**INDICI DI ATTRAZIONE E  
FUGA**

Va segnalata in particolare la forte mobilità passiva intraprovinciale e verso il resto d'Italia dei residenti sul territorio della Azienda Sanitaria di Bolzano: la fuga verso gli istituti di cura delle altre aziende della provincia è stata nel 2004 del 15,8% dei ricoveri dei residenti, mentre la fuga verso il resto d'Italia del 7,0%.

Il fenomeno della mobilità passiva va valutato positivamente per la finalità di garanzia della libertà di scelta del cittadino, ma presenta anche aspetti negativi, se considerato dal punto di vista dei disagi collegati con la lontananza del luogo di cura da quello di residenza (qualità percepita) e rispetto al sotto utilizzo delle potenzialità produttive degli istituti di cura delle aziende sanitarie, il cui tasso di

occupazione dei letti è mediamente inferiore allo standard di piano dell'80% (Vipiteno, San Candido e Silandro sono al di sotto del 75%).

Figura 38: **Indici di attrazione e fuga complessivi, in regime ordinario e diurno, per azienda sanitaria di ricovero - Anno 2004**



Il saldo della mobilità attiva e passiva, cioè la differenza tra quantità di ricoveri, in regime ordinario e diurno, prodotti sul territorio della provincia o delle aziende sanitarie e numero di ricoveri effettuati da residenti fuori provincia o fuori dal territorio dell'azienda sanitaria di residenza, consente di rappresentare il rapporto esistente tra produzione e consumo di ricoveri a livello della provincia o della azienda sanitaria.

Con riferimento alla provincia in complesso, nel 2004 il saldo della mobilità extra-provinciale è stato positivo in quanto i ricoveri prodotti (104.135) hanno superato di 4.473 unità quelli complessivamente consumati dai residenti in Provincia (99.662).

Nelle singole aziende il rapporto tra ricoveri ordinari prodotti e ricoveri ordinari consumati dai residenti è stato nel 2004 superiore all'unità (saldo positivo) per le aziende di Bressanone (135,7%), di Brunico (115,6%) e in pareggio per Merano (100,0%), mentre è risultato inferiore per l'Azienda Sanitaria di Bolzano (93,8%).

### 3.2.7. L'ospedalizzazione dei residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano

Il ricorso all'assistenza ospedaliera da parte dei residenti nel territorio provinciale è misurato dal tasso di ospedalizzazione dei residenti, ottenuto dal rapporto tra

i ricoveri in ospedale dei residenti, ovunque effettuati, e la popolazione residente. Il fenomeno della ospedalizzazione dei residenti assume particolare significato per il Servizio Sanitario Provinciale, in quanto a questo (e non alla produzione di ricoveri) è commisurato il consumo di risorse a carico della Provincia.

Figura 39: Ricoveri in regime ordinario di residenti per azienda e destinazione del ricovero - Anno 2004

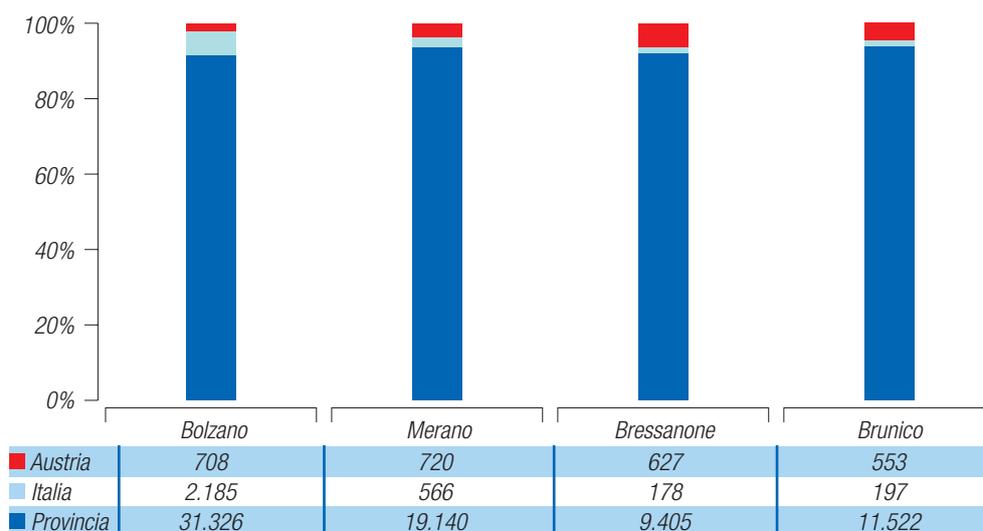
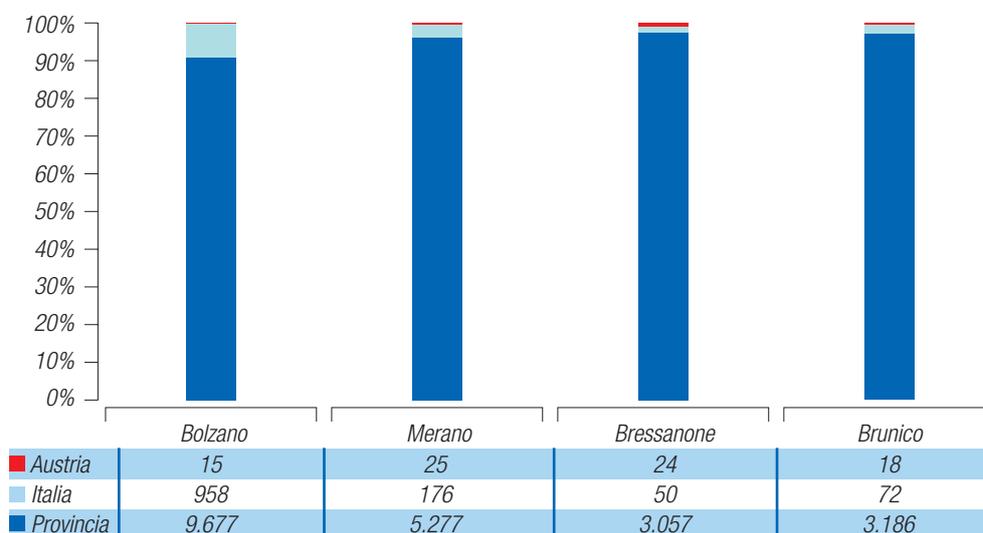


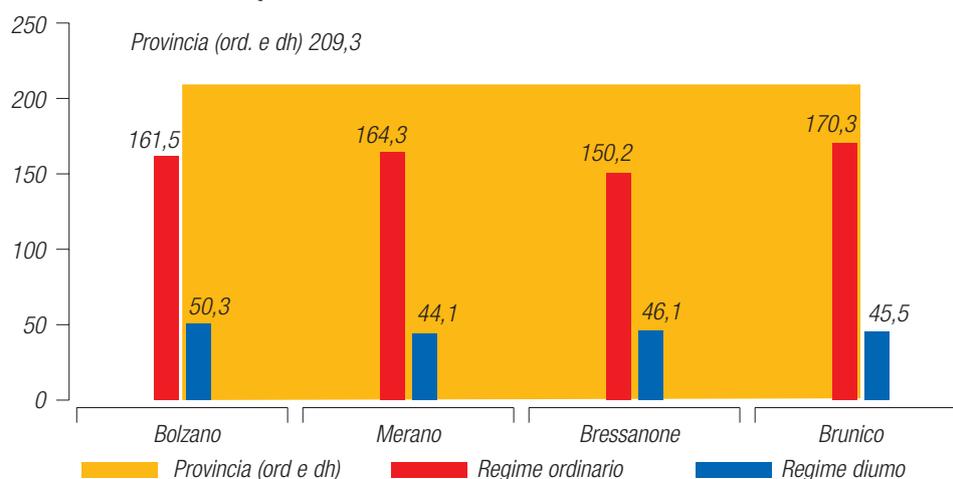
Figura 40: Ricoveri in regime diurno di residenti per azienda e destinazione del ricovero - Anno 2004



Nel 2004 gli altoatesini hanno effettuato 99.662 ricoveri, di cui 77.127 in regime ordinario e 22.535 in regime diurno, pari a 209,3 ricoveri per 1.000 abitanti residenti: 161,9 per i ricoveri in regime ordinario e 47,3 per il day hospital. Dei 99.662 ricoveri di altoatesini, 92.590 sono stati effettuati in strutture ospedaliere pubbliche e private ubicate in Provincia (92,9%), di cui 71.393 in regime ordinario e 21.197 in regime diurno.

Il tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti, in regime ordinario e diurno, dell'Azienda Sanitaria di Bolzano è stato pari a 211,8, dell'Azienda Sanitaria di Merano pari a 208,4, quello di Bressanone pari a 196,3 e quello di Brunico pari a 215,8. Rispetto al 2003<sup>9</sup> si è verificata per il regime ordinario a livello provinciale una riduzione di 2,2 punti per 1.000 abitanti: 4,8 punti a Bolzano, 5,6 punti a Merano, 9,6 punti a Bressanone e 2,2 punti a Brunico.

Figura 41: Tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti dei ricoveri in regime ordinario e diurno per azienda sanitaria di residenza - Anno 2004



Negli anni 1998-2004 il tasso di ospedalizzazione complessivo non ha subito sostanziali variazioni, pur evidenziando un passaggio di ricoveri dal regime ordinario al regime diurno. Nel 2004 rimane ancora molto elevato rispetto allo standard di 180 previsto a livello nazionale e come traguardo dal PSP 2000-2002.

Tabella 62: Tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti in regime ordinario e diurno e nel complesso - Anni 1998-2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Regime ordinario	206,1	215,1	202,6	193,5	188,9	170,7	161,9
Regime diurno	4,4	7,9	15,6	21,2	31,2	40,8	47,3
<b>TOTALE</b>	<b>210,5</b>	<b>223,0</b>	<b>218,2</b>	<b>214,7</b>	<b>220,0</b>	<b>211,5</b>	<b>209,3</b>

Fonte: aziende sanitarie

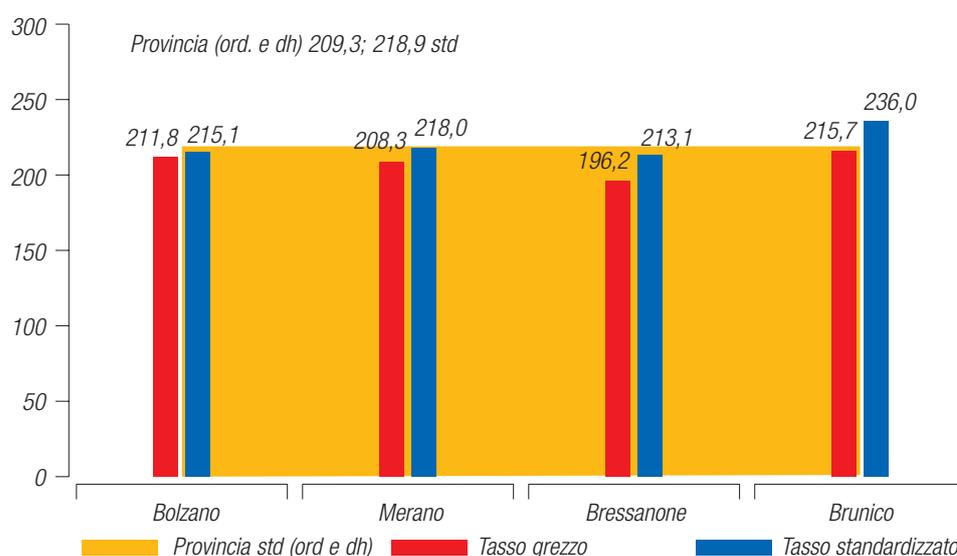
Il tasso di ospedalizzazione nel complesso nell'Italia nel 2003, al netto della mobilità interregionale, è per il regime ordinario di 146,4 e per il regime diurno di 61,9, per un totale di 208,3 ricoveri per 1.000 abitanti.

Rispetto alla media nazionale, l'attività di ricovero in regime diurno, aggiuntiva e sostitutiva dei ricoveri ordinari, risulta nella Provincia di Bolzano ancora limitata: 40,8 per 1.000 abitanti nel 2003 (compresi i ricoveri nel resto d'Italia e i cicli di ricovero in Austria), anche se nel 2004 ha avuto un leggero aumento (47,3).

<sup>9</sup> Secondo i dati del Ministero della Salute nel 2003 il tasso di ospedalizzazione (al netto della mobilità interregionale) della Provincia Autonoma di Bolzano in regime ordinario era pari a 165,87 e in regime diurno a 41,01. Il tasso di ospedalizzazione in regime ordinario standardizzato per età era pari a 176,75.

Il tasso di ospedalizzazione della Provincia di Bolzano standardizzato per età rispetto alla popolazione nazionale risulta pari a 218,9 per 1.000 abitanti: il ricorso al ricovero ospedaliero da parte dei residenti in Provincia Autonoma di Bolzano risulta più elevato rispetto alla media nazionale, nonostante la popolazione residente nella Provincia di Bolzano sia nettamente più giovane rispetto alla popolazione nazionale, in modo particolare per le aziende sanitarie di Bressanone e di Brunico.

Figura 42: Tasso di ospedalizzazione grezzo e standardizzato per azienda sanitaria di residenza - Anno 2004



#### RICOVERI PER SESSO

Il 54,4% dei ricoveri in regime ordinario e diurno di residenti in strutture provinciali è di pazienti di sesso femminile, con percentuali che vanno dal 53,1% dell'Azienda Sanitaria di Merano al 55,4% di quella di Bolzano.

#### RICOVERI PER ETÀ

L'andamento dei ricoveri per classe di età pone in rilievo il forte incremento che caratterizza il tasso di ospedalizzazione a partire dalla classe 60-64, anche se l'ultimo valore (64,6%) fa riferimento alla classe congiunta "85 anni e più".

Figura 43: Ricoveri in regime ordinario e diurno di residenti ricoverati nelle strutture provinciali per sesso ed azienda sanitaria di residenza - Anno 2004

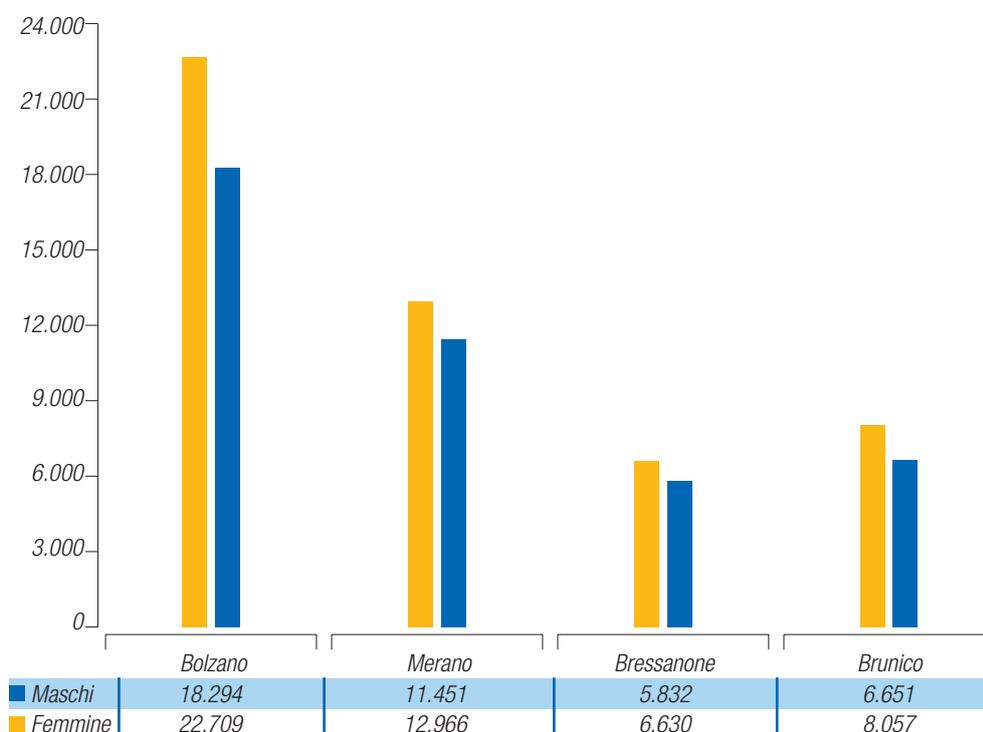


Tabella 63: Ricoveri in regime ordinario e diurno di residenti per azienda sanitaria di residenza e classi d'età negli istituti provinciali - Anno 2004

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale	Tasso di ospedalizzazione specifico per classi d'età (x100 residenti)
0-4	2.241	2.022	1.015	1.228	6.506	24,3
5-9	1.023	785	353	393	2.554	9,3
10-14	858	669	288	336	2.151	8,0
15-19	873	644	360	418	2.295	9,0
20-24	1.028	712	497	515	2.752	10,0
25-29	1.665	1.092	649	848	4.254	13,9
30-34	2.560	1.378	965	1.094	5.997	15,5
35-39	2.596	1.458	869	1.020	5.943	13,9
40-44	2.053	1.234	683	744	4.714	12,0
45-49	1.645	1.065	562	730	4.002	12,6
50-54	1.943	1.199	644	733	4.519	16,6
55-59	2.387	1.260	646	842	5.135	19,4
60-64	3.044	1.775	796	1.026	6.641	24,4
65-69	3.012	1.760	803	977	6.552	29,2
70-74	3.800	1.916	963	1.136	7.815	39,9
75-79	4.089	2.195	1.010	1.216	8.510	52,5
80-84	3.623	1.861	860	919	7.263	60,5
85-89	1.473	746	278	299	2.796	64,6*
90-94	894	544	183	193	1.814	
95 e +	196	102	38	41	377	
<b>TOTALE</b>	<b>41.003</b>	<b>24.417</b>	<b>12.462</b>	<b>14.708</b>	<b>92.590</b>	<b>19,4</b>

\* Tasso calcolato considerando globalmente le ultime tre classi d'età

Fonte: aziende sanitarie, PAB - ufficio Economia sanitaria

### 3.2.8. Valutazioni conclusive sul sistema dei ricoveri ospedalieri per acuti

#### 3.2.8.1. Motivazioni e criteri valutativi

##### PERCHÈ VALUTARE

A conclusione della parte sull'assistenza ospedaliera nella Provincia Autonoma di Bolzano viene proposta una sintesi valutativa. Motivazioni e criteri di riferimento della valutazione sono:

- l'assistenza ospedaliera rappresenta circa il 50% della produzione sanitaria e del consumo di risorse del Servizio Sanitario Provinciale;
- i processi produttivi e la produzione ospedaliera hanno raggiunto standard consolidati e condivisi, per cui è relativamente più facile che per altri livelli assistenziali effettuare confronti interni alla Provincia e con situazioni esterne, nazionali e internazionali;
- l'applicazione del sistema DRG di classificazione dei ricoveri facilita la valorizzazione della produzione e le valutazioni di efficienza produttiva;
- il Piano Sanitario Provinciale 2000-2002 contiene precise prescrizioni di tendenza e di traguardo per la produzione ospedaliera delle strutture provinciali e per il ricorso all'ospedale da parte dei residenti nel territorio provinciale;
- è possibile ricostruire per alcuni fenomeni ospedalieri serie storiche con dati relativamente confrontabili nel tempo, per cui la valutazione della situazione del 2004 può essere ricondotta alle tendenze evolutive in atto in Alto Adige;
- il PSP 2000-2002 prescrive che tra i contenuti della Relazione sanitaria provinciale debbano figurare anche informazioni sul processo attuativo del Piano Sanitario Provinciale.

##### COSA VALUTARE

Tenendo conto anche delle prescrizioni del PSP 2000-2002 conviene suddividere i fenomeni ospedalieri da valutare in tre ambiti:

- 1) variabili della produzione ospedaliera effettuata dalle strutture ubicate nel territorio provinciale, in particolare quelle pubbliche (sette ospedali delle quattro aziende sanitarie);
- 2) variabili del ricorso ai ricoveri ospedalieri ovunque effettuati da parte dei residenti in Provincia Autonoma di Bolzano, in particolare per quelli a carico del Servizio Sanitario Provinciale;
- 3) variabili della mobilità attiva e passiva dei ricoveri ospedalieri.

#### 3.2.8.2. Efficienza e qualità della produzione ospedaliera dei ricoveri

##### DIMENSIONE DEI POSTI

##### LETTO

Le strutture ospedaliere provinciali per acuti e post-acuti nella Provincia Autonoma di Bolzano nel 2004 avevano a disposizione 2.035 posti letto in regime ordinario per acuti (comprese 86 culle), 179 posti letto in regime diurno e 304 letti di post-acuzie (di cui 4 posti letto in regime diurno). In complesso i letti, escluse 86 culle del nido, sono 2.432 (2.257 pubblici e privati accreditati), pari a 5,1 per 1.000 abitanti, di cui 4,5 per acuti e 0,6 per post-acuti. Se si escludono i posti letto del-

le strutture non accreditate, il valore scende a 4,7 posti letto per 1.000 abitanti di cui 0,6 per la riabilitazione lungodegenza post-acuzie. Nel 1996 i posti letto erano 2.827 (6,2 per 1000 abitanti). In otto anni i posti letto per acuti e post-acuti sono diminuiti di 1,1 punti per 1.000 abitanti.

Lo standard dei posti letto di produzione ospedaliera per 1.000 abitanti attivi nel territorio per una provincia di 476.281 abitanti, molto aperta ai movimenti con l'esterno, non è direttamente confrontabile con i valori standard fissati a livello nazionale, essendo più appropriato il confronto con i posti letto equivalenti ai ricoveri effettivamente effettuati ovunque dai residenti. La dotazione strutturale rimane comunque a livelli superiori rispetto allo standard nazionale<sup>10</sup> di 4,5 posti letto per 1.000 abitanti di cui l'1 per 1.000 abitanti riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie. Rimane ancora un limitato squilibrio tra posti letto per acuti e post-acuti, a favore dei primi (0,6 invece di 1,0 per 1.000 abitanti).

Il numero dei ricoveri per acuti in regime ordinario prodotti negli ultimi otto anni è diminuito: dai 93.538 ricoveri del 1996 ai 80.474<sup>11</sup> del 2004. È invece aumentata la quota di ricoveri prodotta dalle strutture pubbliche: dal 93,0% al 94,4%.

In questi ultimi otto anni il tasso di ospedalizzazione non ha subito sostanziali variazioni, riavendo ancora molto elevato (pari nel 2004 a 209,4) rispetto allo standard dei 180 ricoveri per 1.000 abitanti.

Nel 2004, le strutture pubbliche e private provinciali hanno prodotto 107.589 ricoveri di cui 104.135 per acuti. I ricoveri per acuti a favore di residenti fuori provincia sono stati 11.545 (62 non a carico del SSN). L'indice di attrazione extraprovinciale nel 2004 è stato pari a 11,0%.

Otto anni prima, nel 1996, la situazione era molto simile: l'attrazione extraprovinciale era di 10,5%.

Nel 2004 i ricoveri per acuti consumati da altoatesini in strutture esterne al territorio provinciale sono stati 7.121 determinando una fuga di 7,1% dei ricoveri dei residenti in Alto-Adige di poco inferiore all'indice percentuale di fuga registrato otto anni prima, nel 1996, pari a 7,8%.

**DIMENSIONE DELLA  
PRODUZIONE  
OSPEDALIERA**

<sup>10</sup> Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano – Marzo 2005

<sup>11</sup> Sono esclusi 3.884 neonati sani

Tabella 64: **Indicatori sintetici provinciali di qualità ed efficienza della produzione di ricoveri ospedalieri, in regime ordinario e diurno – Anni 1996 e 2004**

Indicatori	Provincia Autonoma di Bolzano	
	1996	2004
Dotazione dei posti letto per acuti	2.653	2.128
Dotazione dei posti letto per post-acuti	174	304
Quota percentuale dei posti letto pubblici (acuti+post-acuti)	82,6%	82,0%
Dotazione dei posti letto x 1.000 abitanti (acuti+post-acuti)	6,2	5,1
Dotazione dei posti letto x 1.000 abitanti (post-acuti)	0,4	0,6
Tasso di utilizzo dei posti letto per acuti x 100 (ospedali pubblici)	73,7	78,9
Degenza media per unità DRG equivalente di ricovero (giorni) (ospedali pubblici)	8,1	6,2
Ricoveri per acuti e post-acuti negli istituti pubblici e privati	95.143	107.590
Ricoveri per acuti in regime ordinario negli istituti pubblici e privati	93.538	80.474**
Quota percentuale di ricoveri per acuti negli ospedali pubblici	93,0%	94,4%
Peso medio DRG dei ricoveri per acuti in regime ordinario negli ospedali pubblici	0,88	1,09
Tasso di ospedalizzazione dei residenti in regime ordinario (ricoveri per acuti)	203,0	161,9
Tasso di ospedalizzazione dei residenti in regime diurno (ricoveri per acuti)	4,4*	47,3
Indice di attrazione extraprovinciale (ricoveri per acuti)	10,5	11,0
Indice di fuga extraprovinciale (ricoveri per acuti)	7,8	7,1

\* Dato del 1998

\*\* Esclusi 3.884 neonati sani

Fonte: aziende sanitarie

**DIECI INDICATORI DI  
EFFICIENZA ED EFFICACIA**

Sono stati scelti dieci indicatori di efficienza, efficacia ed appropriatezza, al fine di rappresentare alcuni importanti fenomeni della produzione ospedaliera pubblica di ricoveri per acuti nella Provincia Autonoma di Bolzano, quelli per i quali il PSN prescrive traguardi specifici o tendenze evolutive da perseguire.

I primi due indicatori della Tabella 65 misurano aspetti rilevanti della efficienza ospedaliera: il livello di utilizzo delle potenzialità produttive massime e dei corrispondenti costi fissi impegnati, la durata media della degenza per unità DRG equivalente di ricovero, misura empirica sintetica dell'efficienza complessiva dell'attività ospedaliera di ricovero.

Tabella 65: Indicatori di qualità ed efficienza della produzione di ricoveri per acuti, in regime ordinario e diurno, per singolo ospedale pubblico – Anno 2004

	Bolzano	Merano	Silandro	Bressa none	Vipiteno	Brunico	San Candido
1. Tasso di utilizzo dei posti letto	78,6%	81,0%	68,7%	79,7%	72,5%	87,7%	67,2%
2. Degenza media per unità DRG equivalente di ricovero (giorni)	6,2	6,1	7,1	5,7	6,4	6,0	6,5
3. Peso medio DRG dei ricoveri	1,22	1,07	0,89	1,11	0,83	0,95	0,86
4. Percentuale di parti cesarei sul totale dei parti	23,6%	22,9%	20,1%	20,1%	23,3%*	29,2%	26,3%
5. Percentuale di ricoveri di 1 giorno (comprese urgenze)	7,0%	7,0%	7,8%	7,7%	10,6%	10,9%	12,5%
6. Percentuale di ricoveri diurni appropriati sul totale dei ricoveri (DGP n. 3878 del 4/11/2003)	11,7%	14,0%	11,6%	15,2%	16,0%	9,1%	15,1%
7. Percentuale di ricoveri diurni medici non appropriati sul totale dei ricoveri diurni medici (DGP n. 3878 del 4/11/2003)	69,0%	55,1%	66,2%	62,7%	87,8%	82,0%	69,8%
8. Percentuale di ricoveri oltre soglia ammissibilità per i 43 DRGs a rischio (DGP n. 4434 del 9/12/2003)	7,1%	9,7%	18,1%	11,1%	9,1%	12,8%	8,4%
9. Percentuale di ricoveri ordinari trasferibili in diurno sul totale dei ricoveri ordinari (secondo DGP n. 3878 del 4/11/2003)	2,8%	2,3%	1,7%	3,4%	2,7%	2,8%	2,2%
10. Indice di attrazione complessiva (al netto delle convenzioni)	19,4%	18,7%	8,0%	38,6%	35,0%	23,7%	34,0%

\* La percentuale del 23,3% risulta dai dati dichiarati dalla Direzione Sanitaria (numero totale di parti: 545; parti cesarei:127)

Fonte: aziende sanitarie

Considerata l'importanza che l'appropriatezza organizzativa riveste nell'ambito del miglioramento continuo della qualità al fine della razionalizzazione delle risorse sono stati inseriti 7 indicatori (dall'indicatore numero 3 all'indicatore numero 9) utili per il monitoraggio e controllo sulla qualità dell'assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese e per il confronto tra ospedali.

Si precisa che l'indicatore "9. Percentuale di ricoveri ordinari trasferibili in diurno sul totale dei ricoveri ordinari (secondo DGP n. 3878 del 4/11/2003)" è stato calcolato

- considerando:
  - i ricoveri con durata di degenza di 1 giorno con un intervento della lista del ricovero diurno e con altre procedure o interventi chirurgici,
  - i ricoveri di 2 giorni con 1 intervento della lista del ricovero diurno con eventuale presenza di procedure (codici ICD 9 CM > "8700"),
- escludendo:
  - i ricoveri di pazienti deceduti, autodimessi, trasferiti ad altro istituto,
  - i ricoveri di pazienti con età inferiore a 6 mesi o maggiore a 75 anni,
  - i ricoveri afferenti a DRGs psichiatrici,
  - i ricoveri per chemioterapia o radioterapia.

Nel modello valutativo è stato inoltre inserito un indicatore che misura la capacità attrattiva degli ospedali, che rivela indirettamente la qualità percepita dei cittadini.

**MODELLO VALUTATIVO**

Al fine di consentire una valutazione sintetica delle performance espresse dagli ospedali pubblici della Provincia Autonoma di Bolzano, nella Tabella 66 è proposto un modello di sintesi dei livelli di qualità ed efficienza basato sui predetti 10 indicatori. Per ciascun indicatore/ospedale è proposto il calcolo di un punteggio P espresso sulla scala 25 – 100, che assume valori crescenti proporzionalmente al livello raggiunto di performance specifica (25= minima accettabile, 100= situazione di eccellenza). Il calcolo dell'indice di punteggio P richiede la definizione di valori target del corrispondente indicatore:  $V_P$  = valore peggiore, al quale è associata una performance bassa, minima accettabile del fenomeno, e quindi un valore di P pari a 25 punti percentuali;  $V_M$  = valore migliore, situazione di eccellenza del fenomeno,  $P= 100$ . Il calcolo di P per valori intermedi  $V_E$  dell'indicatore tra  $V_P$  e  $V_M$  viene effettuato in base alle seguenti espressioni (ipotesi di proporzionalità):

a) per indicatori a valori direttamente proporzionali alla performance

$$P = 25 + (100 - 25) \frac{V_E - V_P}{V_M - V_P}$$

b) per indicatori a valori inversamente proporzionali alla performance

$$P = 25 + (100 - 25) \frac{V_P - V_E}{V_P - V_M}$$

La scelta dei valori target è stata fatta per alcuni in base ai parametri standard definiti dalla programmazione provinciale e/o nazionale per altri in base al confronto interno alla variabilità dei valori assunti dagli indicatori nei sette ospedali pubblici della Provincia. Il punteggio medio sintetico per ospedale è la media semplice dei punteggi relativi ai 10 indicatori. I punteggi medi per azienda sanitaria sono ottenuti facendo la media aritmetica ponderata dei punteggi medi dei relativi ospedali, con pesi il numero dei ricoveri effettuati.

**OSPEDALI A CONFRONTO**

I punteggi medi per ospedale assumono valori che vanno da 40 (Ospedale di Silandro) a 65 (Ospedale di Bressanone). I valori dei punteggi medi aziendali variano tra  $P=48$  dell'Azienda Sanitaria di Brunico e  $P=61$  dell'Azienda Sanitaria di Bressanone.

La media provinciale del punteggio di qualità e di efficienza della produzione pubblica ospedaliera di ricoveri per acuti risulta pari a  $P=55$ . Rispetto al campo di variabilità di P, da 25 a 100, il valore medio provinciale si colloca al 40% del percorso verso la situazione di eccellenza prefigurata dai valori target migliori dei 10 indicatori utilizzati.

Tabella 66: Indicatori P (25≤P≤100) di qualità ed efficienza degli ospedali pubblici, ricoveri per acuti, in regime ordinario e diurno – Anno 2004

Indicatori	Valori target		Bolzano	Merano	Silandro	Bressa- none	Vipiteno	Brunico	San Candido
	Peggior (P=25)	Migliore (P=100)	P 2004	P 2004	P 2004	P 2004	P 2004	P 2004	P 2004
1. Tasso di utilizzo dei posti letto x 100	75,0%	80,0%	79	100	25	96	25	100	25
2. Degenza media per unità DRG equivalente di ricovero (giorni)	7,5	6,0	89	95	44	100	81	100	75
3. Peso medio DRG dei ricoveri	0,9	1,3	85	57	25	64	25	34	25
4. Percentuale parti cesarei sul totale dei parti	22,0%	15,0%	25	25	45	45	25	25	25
5. Percentuale ricoveri di 1 giorno (comprese urgenze)	10,0%	5,0%	69	69	58	59	25	25	25
6. Percentuale di ricoveri diurni appropriati sul totale dei ricoveri (DGP n. 3878 del 4/11/2003)	15,0%	20,0%	25	25	25	100	100	25	100
7. Percentuale ricoveri diurni medici non appropriati (DGP n. 3878 del 4/11/2003)	70,0%	30,0%	27	53	32	39	25	25	25
8. Percentuale ricoveri oltre soglia ammissibilità per i 43 DRGs a rischio (DGP n.4434 del 9/12/2003)	10,0%	5,0%	69	30	25	25	39	25	49
9. Trasferibilità da ordinario a diurno (secondo DGP n. 3878 del 4/11/2003)	3,0%	1,5%	35	59	92	25	39	34	63
10. Indice di attrazione (al netto delle convenzioni)	10,0%	30,0%	60	58	25	100	100	76	100
<b>VALORI MEDI DI P PER OSPEDALE</b>			<b>56</b>	<b>57</b>	<b>40</b>	<b>65</b>	<b>48</b>	<b>47</b>	<b>51</b>
<b>VALORI MEDI DI P PER AZIENDA SANITARIA</b>			<b>56</b>	<b>53</b>		<b>61</b>		<b>48</b>	

Fonte: aziende sanitarie

**DATI GENERALI DI  
SINTESI**

### **3.3. ASSISTENZA OSPEDALIERA PER POST-ACUTI IN REGIME DI RICOVERO**

Negli ultimi otto anni i posti letto dedicati ai ricoveri post-acuti sono aumentati notevolmente passando da 174 posti letto del 1996 a 304 (di cui 15 non accreditati) del 2004. La dotazione dei posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, pari a 0,6 per mille abitanti, rimane ancora al di sotto del parametro nazionale del 1 per mille.

Nel 2004 sono stati effettuati, nelle strutture pubbliche e private provinciali, 1.572 ricoveri nelle unità operative di lungodegenza e 1.883 in quelle di recupero e riabilitazione funzionale.

Altri 53 ricoveri di lungodegenza sono stati effettuati da residenti in Alto Adige nelle strutture presenti nel territorio nazionali. Più elevato risulta il ricorso a strutture extraprovinciali per quanto riguarda la riabilitazione: nel 2004 sono stati effettuati 285 ricoveri altoatesini fuori provincia di cui 219 in strutture italiane, 66 in strutture austriache e 3 nell'unità spinale.

Più di un terzo delle diagnosi di dimissioni dei ricoveri registrati fuori provincia sono rappresentate da patologie gravi quali le mielolesioni, come la paraplegia o tetraplegia, che richiedono strutture idonee non presenti in Provincia di Bolzano.

#### **3.3.1. Posti letto per post-acuti**

Nelle strutture provinciali sono presenti complessivamente 304 posti letto per post-acuti, il 27,3% dei quali sono in strutture pubbliche. I posti letto per post-acuti in strutture private sono complessivamente 221, pari al 72,7% del totale, e dislocati esclusivamente nelle aziende sanitarie di Bolzano e Merano.

Sia per la riabilitazione ospedaliera post-acuzie che per la lungodegenza ospedaliera post-acuzie i posti letto riservati sono 152, pari a 0,32 per 1.000 abitanti.

**POSTI LETTO DI  
RIABILITAZIONE E  
LUNGOGENZA  
POST-ACUZIE**

Tabella 67: **Posti letto di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie negli istituti di cura – Anno 2004**

	Posti letto di riabilitazione (codice 56.00)	Posti letto di lungodegenza post-acuzie (codice 60.00)	Totale
Ospedale di Merano	20*	-	20
Ospedale di Bressanone	14**	13°	27
Ospedale di Brunico	8	19°°	27
Ospedale di Vipiteno	4	5	9
<b>TOTALE OSPEDALI PUBBLICI</b>	<b>46</b>	<b>37</b>	<b>83</b>
Casa di Cura S. Maria	-	15 (non accreditati)	15
Casa di Cura Fonte S. Martino	18	33°°°	51
Casa di Cura Bonvicini	44	42	86
Casa di Cura Villa Melitta	44	25	69
<b>TOTALE ISTITUTI PRIVATI</b>	<b>106</b>	<b>115</b>	<b>221</b>
<b>TOTALE ISTITUTI DI CURA</b>	<b>152</b>	<b>152</b>	<b>304</b>

\* Un posto letto è in regime diurno

\*\* Tre posti letto sono in regime diurno

° All'interno dei seguenti reparti: Chirurgia generale, Medicina 1, Medicina 2, Psichiatria, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Urologia e Otorinolaringoiatria

°° All'interno dei seguenti reparti: Chirurgia generale, Medicina generale, Ostetricia e Ginecologia, Urologia e Otorinolaringoiatria

°°° Esclusi 6 posti letto nel reparto palliativo accreditato

Fonte: aziende sanitarie

### 3.3.2. Riabilitazione post-acuzie

L'analisi esposta in questo capitolo si basa sui dati estratti dall'archivio della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) alla fine di maggio 2005; le schede SDO inviate successivamente a tale data non state considerate.

Tabella 68: **Ricoveri in regime ordinario, giornate di degenza e degenza media nelle unità operative di Riabilitazione post-acuzie delle strutture provinciali - Anno 2004**

Istituti di cura	N. ricoveri	% sul totale	Giornate di degenza	Degenza media	Degenza mediana
Ospedale di Merano	261	13,8	6.372	24,4	15
Ospedale di Bressanone	138	7,3	3.450	25,0	19
Ospedale di Brunico	90	4,8	2.570	28,6	21
Ospedale Vipiteno	38	2,0	785	20,7	15
Casa di cura Bonvicini	460	24,4	14.712	32,0	29
Casa di cura Villa Melitta	604	32,0	16.108	26,7	23
Casa di cura Fonte S. Martino	292	15,5	6.631	22,7	21
<b>TOTALE</b>	<b>1.883</b>	<b>100,0</b>	<b>50.628</b>	<b>26,9</b>	<b>23</b>

(\*) Sono stati detratti i giorni di permesso

Fonte: aziende sanitarie

Dei 1.883 ricoveri in regime ordinario registrati nel 2004 quasi due terzi sono stati effettuati nelle strutture private della Provincia (72%). La degenza media più bassa si ha nella Casa di Cura Fonte S. Martino e nell'Ospedale di Vipiteno, mentre è superiore alla media provinciale pari a 26,9 giornate di degenza nella Casa di Cura privata Bonvicini e nell'Ospedale di Brunico.

**DEGENZA MEDIA**

Tabella 69: Ricoveri in regime diurno, numero accessi, accessi medi nelle unità operative di Riabilitazione post-acuzie delle strutture provinciali - Anno 2004

Istituti di cura	N. ricoveri	% sul totale	Giorni di accesso	Accessi medi	Mediana
Ospedale di Merano	19	28,4	341	17,9	13
Ospedale di Bressanone	48	71,6	702	14,6	11,5
Ospedale Vipiteno	3	4,3	164	54,7	60
<b>TOTALE</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>	<b>1.207</b>	<b>17,2</b>	<b>13</b>

(\*) Sono stati detratti i giorni di permesso

Fonte: aziende sanitarie

## RICOVERI PER DRG

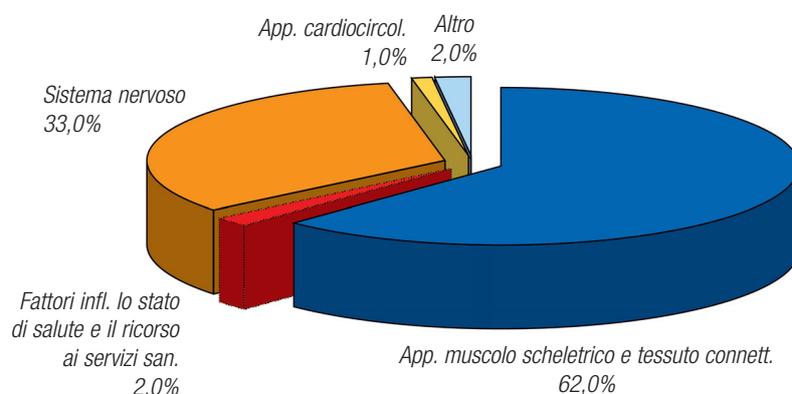
Nella Tabella 70 relativa ai ricoveri per DRG (Diagnosis Related Groups) si nota che il DRG piú frequente (27,5%) è il DRG 256 "Altre diagnosi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo"; questo DRG prevale per i ricoveri negli ospedali di Merano e Vipiteno e nelle casa di cura private Villa Melitta e Fonte San Martino, mentre nell'ospedale di Bressanone e Brunico prevalgono i ricoveri con DRG 12 "Malattie degenerative del sistema nervoso".

Tabella 70: Ricoveri in regime ordinario e diurno per DRG nelle unità operative di Riabilitazione post-acuzie degli istituti provinciali - Anno 2004

DRG	Descrizione DRG	Osp. di Merano	Osp. di Bressano	Osp. di Brunico	Osp. di Vipiteno	C. d. c. Bonvicini	C. d. c. Villa Melitta	C. d. c. Fonte S. Martino	Totale
256	Altre diagnosi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	92	21	3	20	129	178	94	537
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	42	14	4	1	144	136	60	401
012	Malattie degenerative del sistema nervoso	55	53	39	7	28	167	45	394
243	Afezioni mediche del dorso	16	24	2	-	57	43	7	149
009	Malattie e traumi del midollo spinale	11	11	7	-	2	7	10	48
035	Altre malattie del sistema nervoso, senza cc	15	7	3	-	2	10	1	38
034	Altre malattie del sistema nervoso, con cc	8	10	4	1	-	10	4	37
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche, senza cc	3	12	4	1	14	1	-	35
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	8	3	1	4	5	-	12	33
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	5	3	1	-	1	14	4	28
018	Malattie dei nervi cranici e periferici, con cc	2	2	3	-	2	11	6	26
019	Malattie dei nervi cranici e periferici, senza cc	-	-	2	-	9	6	5	22
014	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	3	2	-	4	5	1	4	19
<b>TOTALE PARZIALE</b>		<b>260</b>	<b>162</b>	<b>73</b>	<b>38</b>	<b>398</b>	<b>584</b>	<b>252</b>	<b>1.767</b>
<b>TOTALE</b>		<b>280</b>	<b>186</b>	<b>90</b>	<b>41</b>	<b>460</b>	<b>604</b>	<b>292</b>	<b>1.953</b>

Fonte: aziende sanitarie

Figura 44: Ricoveri nelle unità operative di Riabilitazione (reparto 5600) per MDC - Anno 2004



Analizzando i ricoveri per categoria diagnostica principale o MDC (Major Diagnostic Categories), ognuna delle quali raggruppa le malattie e i disturbi di un apparato, emerge che 1.215 ricoveri (il 62% del totale) rientrano nella categoria MDC “Malattie e disturbi del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo” e 642 (33%) nella MDC 1 “Malattie e disturbi del sistema nervoso”.

#### RICOVERI PER MDC

Tabella 71: Tariffa totale, tariffa mediana e tariffa media dei ricoveri nelle unità operative di Riabilitazione post-acuzie delle strutture provinciali - Anno 2004

Istituti di ricovero	N. ricoveri	Somma importo	Tariffa mediana	Tariffa media
Ospedale di Merano	280	1.372.404,04	3.199,50	4.901,44
Ospedale di Bressanone	186	862.441,25	3.687,78	4.636,78
Ospedale di Brunico	90	568.264,81	4.925,70	6.314,05
Ospedale Vipiteno	41	191.608,95	3.412,80	4.673,39
Casa di cura Bonvicini	460	2.824.768,51	5.526,53	6.140,80
Casa di cura Villa Melitta	604	3.126.948,99	4.573,68	5.177,07
Casa di cura Fonte S. Martino	292	1.289.551,97	4.001,97	4.416,27
<b>TOTALE</b>	<b>1.953</b>	<b>10.235.988,52</b>	<b>4.479,30</b>	<b>5.241,16</b>

Fonte: aziende sanitarie

#### 3.3.2.1. Ricoveri in Riabilitazione post-acuzie in strutture nazionali

In questo paragrafo vengono analizzati i ricoveri effettuati da pazienti altoatesini nelle unità operative di riabilitazione post-acuzie presenti nelle altre strutture nel resto d'Italia. Verrà accennato brevemente anche ai ricoveri nella unità operative della neuro-riabilitazione (codice 7500) e nelle unità spinali (codice 2800) nel resto d'Italia. Per quanto riguarda i ricoveri di riabilitazione effettuati da pazienti altoatesini in strutture austriache si rimanda al capitolo successivo “Ricoveri in Riabilitazione postacuzie in Austria”.

Tabella 72: Ricoveri di altoatesini nelle unità operative di Riabilitazione (codice 5600) di altre regioni italiane – Anni 2003 -2004

Regione addebitante	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
<b>Anno 2003</b>					
Piemonte	5	3	-	-	8
Lombardia	31	6	1	1	39
Prov. Aut. Trento	67	8	5	-	80
Veneto	62	10	5	5	82
Emilia Romagna	4	1	2	-	7
Lazio	2	1	-	-	3
Abruzzo	4	-	-	-	4
<b>TOTALE</b>	<b>175</b>	<b>29</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>223</b>
<b>Anno 2004</b>					
Piemonte	8	-	-	-	8
Lombardia	31	8	4	1	44
Prov. Aut. Trento	56	5	5	1	67
Veneto	55	6	3	5	69
Emilia Romagna	12	2	-	3	17
Toscana	2	-	-	-	2
Lazio	3	-	-	1	4
Abruzzo	3	1	-	-	4
Campania	-	-	1	-	1
<b>TOTALE</b>	<b>170</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>216</b>

Fonte: PAB - ufficio Economia Sanitaria

I ricoveri di pazienti altoatesini nelle unità operative di Riabilitazione post-acuzie (codice 5600) di strutture italiane extraprovinciali sono passate da 223 nel 2003 a 216 nel 2004. Le giornate di degenza sono aumentate del 20%, con una degenza media che è passata da 28,2 giorni a 35 giorni.

Le regioni con una maggiore attrazione per i pazienti altoatesini sono la Provincia Autonoma di Trento e la Regione Veneto.

Tabella 73: Numero di ricoveri, giornate di degenza, degenza media, minima e massima, deviazione standard di altoatesini nelle unità operative di riabilitazione post-accizie (reparto 5600) di altre regioni italiane - Anni 2003-2004

Regione addebitante	Ricoveri	Giornate degenza	Degenza media	Degenza mediana	Degenza minima	Degenza massima	Deviazione std.
<b>Anno 2003</b>							
Piemonte	8	161	20,1	25,0	1	30	12,3
Lombardia	39	660	16,9	16,0	1	42	9,6
Prov. Aut. Trento	80	3.338	41,7	18,5	1	350	75,2
Veneto	82	1.695	20,7	13,5	1	197	27,3
Emilia Romagna	7	202	28,9	21,0	11	80	23,7
Lazio	3	158	52,7	53,0	27	78	25,5
Abruzzo	4	74	18,5	21,0	11	21	5,0
<b>TOTALE</b>	<b>223</b>	<b>6.288</b>	<b>28,2</b>	<b>18,0</b>	<b>1</b>	<b>350</b>	<b>49,5</b>
<b>Anno 2004</b>							
Piemonte	8	185	23,1	28,5	8	35	10,4
Lombardia	44	665	15,1	11,0	1	49	12,2
Prov. Aut. Trento	67	3.905	58,3	19,0	2	341	97,3
Veneto	69	1.832	26,6	19,0	2	326	41,0
Emilia Romagna	17	692	40,7	29,0	7	210	47,6
Toscana	2	35	17,5	17,5	5	30	17,7
Lazio	4	167	41,8	32,5	1	101	43,2
Abruzzo	4	62	15,5	15,5	10	21	6,4
Campania	1	14	14,0	14,0	14	14	-
<b>TOTALE</b>	<b>216</b>	<b>7.557</b>	<b>35,0</b>	<b>19,0</b>	<b>1</b>	<b>341</b>	<b>63,0</b>

Fonte: PAB - ufficio Economia Sanitaria

Considerando i DRG nei reparti 5600 di cui alla Tabella 74 risulta che sia nel 2003 che nel 2004 il DRG piú frequente era il DRG 256 "Altre diagnosi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo" con una percentuale rispettivamente del 13,5% e 15,7% del totale dei ricoveri, mentre in Provincia di Bolzano nel 2004 lo stesso DRG spiegava il 27,5% dei ricoveri dei pazienti nelle unità operative di Riabilitazione.

**RICOVERI IN ALTRE  
REGIONI PER DRG**

Tabella 74: Ricoveri di altoatesini nelle unità operative di Riabilitazione (codice 5600) di altre regioni italiane per DRG - Anni 2003-2004

DRG	Descrizione DRG	N.	%	% cum
<b>Anno 2003</b>				
256	Altre diagnosi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	30	13,5	13,5
009	Malattie e traumatismi del midollo spinale	28	12,6	26,0
145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza cc	25	11,2	37,2
462	Riabilitazione	19	8,5	45,7
012	malattie degenerative del sistema nervoso	15	6,7	52,5
034	Altre malattie del sistema nervoso con cc	11	4,9	57,4
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza cc	9	4,0	61,4
243	Affezioni mediche del dorso	8	3,6	65,0
247	Segni e sintomi relativi al sistema muscoloscheletrico e al tessuto connettivo	7	3,1	68,2
<b>TOTALE PARZIALE</b>		<b>152</b>	<b>68,2</b>	
<b>TOTALE</b>		<b>223</b>	<b>100</b>	
<b>Anno 2004</b>				
256	Altre diagnosi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	34	15,7	15,7
145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio. senza CC	27	12,5	28,2
462	Riabilitazione	21	9,7	38,0
009	Malattie e traumatismi del midollo spinale	20	9,3	47,2
012	Malattie degenerative del sistema nervoso	18	8,3	55,6
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche. senza CC	10	4,6	60,2
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	9	4,2	64,4
034	Altre malattie del sistema nervoso. con CC	8	3,7	68,1
<b>TOTALE PARZIALE</b>		<b>147</b>	<b>68,1</b>	
<b>TOTALE</b>		<b>216</b>	<b>100,0</b>	

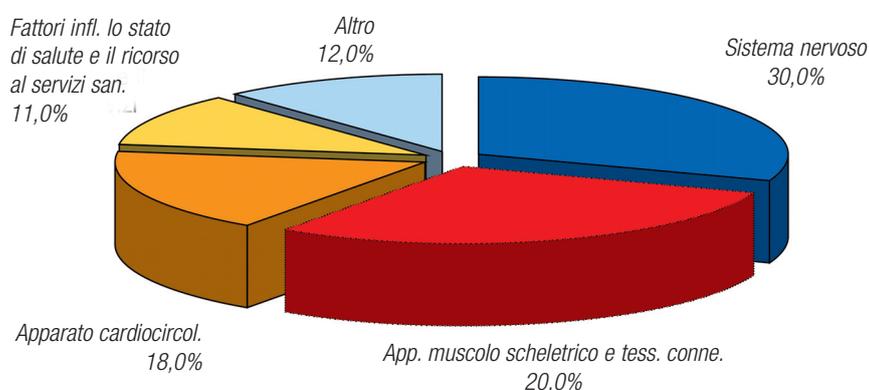
Fonte: PAB - ufficio Economia Sanitaria

332

#### RICOVERI IN ALTRE REGIONI PER MDC

Per quanto riguarda la distribuzione dei ricoveri per MDC l'anno 2004 rispecchia a grandi linee i valori del 2003; eccetto la MDC "Sistema nervoso" che era leggermente più alta nel 2003 (34% versus 30% nel 2004) e la MDC "Apparato cardiocircolatorio" che nel 2003 era leggermente più bassa (15% versus 18% nel 2004).

Figura 45: Ricoveri di Riabilitazione post-acuzie (codici 5600) per MDC, mobilità passiva - Anno 2004



**Tabella 75: Numero di ricoveri, importo totale (in Euro), importo medio, minimo e massimo, dei ricoveri di altoatesini nelle unità operative di Riabilitazione post-acuzie (codici 5600) di altre regioni italiane - Anni 2003-2004**

<b>Regione addebitante</b>	<b>N. ricoveri</b>	<b>Somma importo</b>	<b>Imp. medio</b>
<b>Anno 2003</b>			
Piemonte	8	37.457,80	4.682,23
Lombardia	36	156.417,40	4.344,93
Prov. Aut. Trento	80	259.272,59	3.240,91
Veneto	82	310.234,45	3.783,35
Emilia Romagna	8	70.533,67	8.816,71
Lazio	3	41.258,93	13.752,98
Abruzzo	4	19.103,47	4.775,87
<b>TOTALE</b>	<b>221</b>	<b>894.278,31</b>	<b>4.046,51</b>
<b>Anno 2004</b>			
Piemonte	8	38.365,69	4.795,71
Lombardia	44	162.621,06	3.695,93
Prov. Aut. Trento	67	223.362,37	3.333,77
Veneto	69	309.365,96	4.483,56
Emilia Romagna	17	106.176,10	6.245,65
Toscana	2	7.758,02	3.879,01
Lazio	4	30.282,93	7.570,73
Abruzzo	4	15.381,88	3.845,47
Campania	1	568,92	568,92
<b>TOTALE</b>	<b>216</b>	<b>893.882,93</b>	<b>4.138,35</b>

Fonte: PAB - ufficio Economia Sanitaria

Relativamente agli importi dei ricoveri effettuati da residenti altoatesini nel resto d'Italia si precisa che i dati analizzati sono quelli segnalati dalle singole regioni e province, e possono differire dagli importi effettivamente riconosciuti dalla Provincia Autonoma di Bolzano in sede di compensazione della mobilità sanitaria.

Per quanto riguarda i ricoveri avvenuti nelle unità operative di neuro-riabilitazione (codice 7500) e nelle Unità spinali (codice 2800), si può notare che trattandosi di patologie più gravi la degenza media risulta essere molto più elevata rispetto a quella nelle unità operative di di Recupero e Riabilitazione funzionale con codice 5600.

**RICOVERI NELLE UNITÁ  
OPERATIVE 7500 E 2800**

Tabella 76: **Numero di ricoveri, giornate di degenza, degenza media, importo totale (in Euro), importo medio nelle unità operative di Neuroriabilitazione (codice 7500) e nelle Unità Spinali (codice 2800) di altre regioni italiane - Anni 2003-2004**

Regione addebitante	Ricoveri	Giornate degenza	Degenza media	Somma importo	Importo medio
<b>Anno 2003 – codice 2800</b>					
Veneto	2	103	51,5	39.864,29	19.932,15
Emilia Romagna	1	85	85,0	28.903,52	28.903,52
<b>TOTALE</b>	<b>3</b>	<b>188</b>	<b>62,7</b>	<b>68.767,81</b>	<b>22.922,60</b>
<b>Anno 2003 – codice 7500</b>					
Piemonte	2	207	103,5	61.732,90	30.866,45
Prov. Aut. Trento	1	27	27,0	5.726,43	5.726,43
Veneto	1	3	3,0	1.020,00	1.020,00
Emilia Romagna	4	183	45,8	48.600,79	12.150,20
Sicilia	1	25	25,0	6.812,00	6.812,00
<b>TOTALE</b>	<b>9</b>	<b>445</b>	<b>49,4</b>	<b>123.892,12</b>	<b>13.765,79</b>
<b>Anno 2004 - codice 7500</b>					
Lombardia	1	75		27.113,25	
Prov. Aut. Trento	1	39		8.271,51	
Emilia Romagna	1	34		12.291,34	
<b>TOTALE</b>	<b>3</b>	<b>148</b>	<b>49,3</b>	<b>47.676,10</b>	<b>15.892,03</b>

Fonte: PAB - ufficio Economia Sanitaria

### 3.3.2.2. Ricoveri in Riabilitazione post-acuzie in Austria

Ai fini di assicurare una completa assistenza ai residenti in Provincia, la Provincia Autonoma di Bolzano è convenzionata con cliniche universitarie e strutture sanitarie pubbliche e private austriache per i servizi sanitari ospedalieri che non possono essere garantiti dal servizio locale. Le strutture convenzionate che erogano assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie sono tre:

1. “Rehabilitationszentrum Häring” per la riabilitazione fisica e neurologica;
2. “Krankenhaus orthopädische Chirurgie und Rehabilitation“ di Rovinj per le cure estive dei pazienti che soggiornano a Häring;
3. “Landesnervenkrankenhaus Hochzirl” per la riabilitazione fisica.

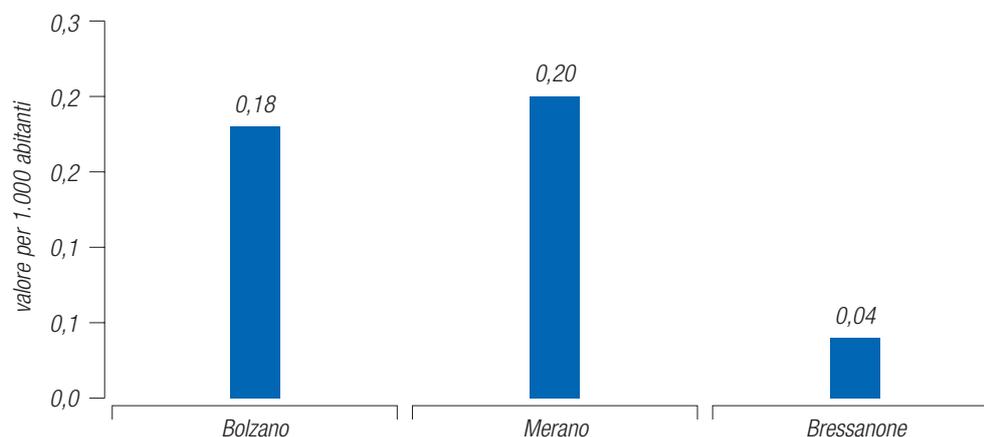
Nell'anno 2004 i ricoveri di pazienti altoatesini presso strutture austriache di riabilitazione post-acuzie sono leggermente diminuite rispetto al 2003.

Tabella 77: Numero di ricoveri, giornate di degenza, degenza media, importo totale e tariffa media (in Euro) relativi a pazienti altoatesini ricoverati in strutture austriache di Riabilitazione post-acuzie – Anni 2003-2004

Struttura austriaca	N. ricoveri	Giornate degenza	Degenza media	Importo totale	Tariffa media	Pazienti
<b>Anno 2003</b>						
Häring	40	1.166	29,2	315.194,86	7.879,87	34
Hochzirl	23	1.093	47,5	281.136,60	12.223,33	15
Rovinj	11	242	22,0	14.711,97	1.337,45	11
<b>TOTALE 2003</b>	<b>74</b>	<b>2.501</b>	<b>33,8</b>	<b>611.043,43</b>	<b>8.257,34</b>	<b>60</b>
<b>Anno 2004</b>						
Häring	41	1.412	34,4	420.741,64	10.261,99	35
Hochzirl	18	570	31,7	143.996,40	7.999,80	12
Rovinj	7	154	22,0	9.928,17	1.418,31	7
<b>TOTALE 2004</b>	<b>66</b>	<b>2.136</b>	<b>32,4</b>	<b>574.666,21</b>	<b>8.707,06</b>	<b>54</b>

Fonte: aziende sanitarie

Figura 46: Ricoveri di altoatesini ogni 1.000 residenti che si sono rivolti alle strutture austriache - 2004



Relativamente al numero di ricoveri in Austria per azienda sanitaria di residenza si precisa che 38 ricoveri provengono dall'Azienda di Bolzano, 25 ricoveri da quella di Merano e 3 dall'Azienda di Bressanone. Se si rapportano questi valori assoluti al numero della popolazione residente dell'Azienda di riferimento, si nota che è l'Azienda sanitaria di Merano ad avere i valori più alti (0,2 ricoveri ogni 1.000 abitanti) rispetto alle altre aziende.

**RICOVERI IN AUSTRIA  
PER AZIENDA DI  
RESIDENZA**

Tabella 78: **Ricoveri di altoatesini in strutture austriache di Riabilitazione post-acuzie per diagnosi ICD9-CM principali raggruppate per categoria - Anno 2004**

ICD9-CM	Descrizione diagnosi	Häring	Rovinj	Hochzirl	Totale	%	% cum
344	Altre sindromi paralitiche	14	5	3	22	33,3	33,3
905	Postumi e traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	16	-	-	16	24,2	57,6
430	Emorragia subaracnoidea	-	-	4	4	6,1	63,6
334	Malattie spinocerebellari	1	2	-	3	4,5	68,2
897	Amputazione traumatica della gamba (completa) (parziale)	3	-	-	3	4,5	72,7
198	Tumori maligni secondari di altre sedi specificate	2	-	-	2	3,0	75,8
343	Paralisi cerebrale infantile	-	-	2	2	3,0	78,8
434	Occlusione delle arterie cerebrali	-	-	2	2	3,0	81,8
722	Patologie dei dischi intervertebrali	-	-	2	2	3,0	84,8
<b>TOTALE PARZIALE</b>		<b>36</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>56</b>	<b>84,8</b>	
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>		<b>41</b>	<b>7</b>	<b>18</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: aziende sanitarie

**RICOVERI PER DIAGNOSI  
DI DIMISSIONE**

Piú di un terzo delle diagnosi di dimissione piú frequenti nelle strutture austriache di Riabilitazione post-acuzie sono rappresentate dalla categoria “Altre sindromi paralitiche”, infatti queste patologie piú gravi vengono trattate in Unitá Spinali in Austria o in altre regioni italiane, non avendo la Provincia Autonoma di Bolzano le strutture adatte.

### 3.3.3. Lungodegenza post-acuzie

Presso i reparti di Lungodegenza post-acuzie della provincia sono stati registrati 1.572 ricoveri per un consumo complessivo di 42.220 giornate di degenza ed una degenza media di 26,9 giorni.

Nel 2004 sono stati effettuati altri 53 ricoveri di altoatesini di lungodegenza ospedaliera post-acuzie in strutture nazionali extra-provinciali, notevolmente diminuiti rispetto ai 63 dell’anno 2003.

Nel 2004 sono stati inoltre registrati 67 ricoveri, nella Casa di Cura S. Maria e nella Casa di Cura Bonvicini relativi a pazienti lungodegenti stabilizzati (codice reparto 60.01), per un numero complessivo di giornate di degenza pari a 3.736, e 112 ricoveri nella Casa di Cura Fonte S. Martino per cure palliative (codice reparto 60.02), con 1.771 giornate di degenza.

Le categorie diagnostiche principali piú frequenti dei ricoveri di lungodegenza post-acuzie sono le “Malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo” (37,7%) e le “Malattie e i disturbi del sistema nervoso” (21,2%).

Tabella 79: Ricoveri, giornate di degenza e degenza media nei reparti di Lungodegenza post-acuzie per istituto di cura – Anno 2004\*

Istituto di cura	Ricoveri	Giornate di degenza	Degenza media
Ospedale di Bressanone	127	2.227	17,5
Ospedale di Vipiteno	23	502	21,8
<b>TOTALE OSPEDALI PUBBLICI</b>	<b>150</b>	<b>2.729</b>	<b>18,2</b>
Casa di Cura S. Maria	249	5.345	21,5
Casa di Cura Fonte S. Martino	374	12.357	33,0
Casa di Cura Bonvicini	449	12.688	28,3
Casa di Cura Villa Melitta	350	9.101	26,0
<b>TOTALE ISTITUTI PRIVATI</b>	<b>1.422</b>	<b>39.491</b>	<b>27,8</b>
<b>TOTALE ISTITUTI DI CURA</b>	<b>1.572</b>	<b>42.220</b>	<b>26,9</b>

\* I posti letto dell'Ospedale di Brunico sono distribuiti all'interno di unità operative per acuti. I ricoveri di Lungodegenza non sono stati contraddistinti da appositi codici, per tale motivo non sono presenti in questa analisi

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 80: Ricoveri per categoria diagnostica principale (MDC) più frequente nei reparti di Lungodegenza post-acuzie della Provincia Autonoma di Bolzano – Anno 2004

MDC	Descrizione MDC	Ricoveri	% cumulata
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	592	37,7
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	333	58,8
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	115	66,2
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	106	72,9
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	92	78,8
19	Malattie e disturbi mentali	66	83,0
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	50	86,1
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	43	88,9
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	35	91,1
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	29	92,9
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	27	94,7
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	16	95,7
<b>TOTALE RICOVERI DI LUNGODEGENZA POST-ACUZIE</b>		<b>1.572</b>	

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 81: Ricoveri per diagnosi principale più frequente nei reparti di Lungodegenza post-acuzie della Provincia Autonoma di Bolzano – Anno 2004

ICD9CM	Descrizione diagnosi	Ricoveri	% cumulata
715	Artrosi	146	9,3
721	Spondilosi e disturbi associati	112	16,4
905	Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	96	22,5
438	Postumi delle malattie cerebrovascolari	95	28,6
V57	Cure riabilitative	92	34,4
331	Altre degenerazioni cerebrali	42	37,1
733	Altri disturbi delle ossa e delle cartilagini	41	39,7
428	Insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco)	35	41,9
290	Stati psicotici organici senili e presenili	33	44,0
332	Morbo di Parkinson	32	46,1
437	Altre e mal definite vasculopatie cerebrali	28	47,8
724	Altri e non specificati disturbi del dorso	26	49,5
V43	Organo o tessuto sostituito con altri mezzi	24	51,0
722	Patologie dei dischi intervertebrali	22	52,4
728	Patologie dei muscoli, dei legamenti e delle fasce	22	53,8
296	Psicosi affettive	21	55,2
434	Occlusione delle arterie cerebrali	21	56,5
440	Aterosclerosi	21	57,8
357	Neuropatie infiammatorie e tossiche	19	59,0
491	Bronchite cronica	19	60,2
<b>TOTALE RICOVERI DI LUNGODEGENZA POST-ACUZIE</b>		<b>1.572</b>	

Fonte: aziende sanitarie

### 3.4. ASSISTENZA SPECIALISTICA OSPEDALIERA

Nel 2004 in Provincia di Bolzano sono state erogate 6.396.745 prestazioni di specialistica ambulatoriale, di cui il 90,3% nelle strutture pubbliche. A fronte del valore tariffario di 66.685.097 Euro delle prestazioni erogate, le strutture pubbliche hanno incassato 14.583.539 Euro di ticket.

L'importo che le aziende hanno, invece, pagato alle strutture private o ai liberi professionisti convenzionati, al netto del ticket, è stato pari a 4.777.376 Euro. Le convenzioni con le strutture private provinciali hanno riguardato prevalentemente le prestazioni di laboratorio e di riabilitazione.

I residenti in Alto Adige hanno inoltre fruito di 98.936 prestazioni erogate da strutture presenti nel territorio nazionale di 58.937 prestazioni da strutture austriache. Per queste prestazioni la provincia ha pagato un'importo di 2.029.423 Euro alle altre regioni italiane e 1.724.685 Euro all'Austria.

Il saldo della mobilità attiva e passiva, cioè la differenza tra la quantità delle prestazioni erogate nella Provincia di Bolzano per non residenti e numero di prestazioni erogate a residenti altoatesini fuori Provincia, risulta, nel 2004, come anche negli anni precedenti, positivo e pari a 156.655 prestazioni (prestazioni prodotte per non residenti = 314.531 e consumo di prestazioni da parte dei residenti = 157.876).

L'assistenza specialistica ambulatoriale consiste in visite effettuate da medici specialisti, accertamenti di diagnostica strumentale e di laboratorio e prestazioni terapeutiche e riabilitative.

Le strutture che erogano prestazioni specialistiche in ambito ambulatoriale sul territorio provinciale possono essere classificate come segue:

1. strutture pubbliche interne ad istituti di ricovero (es. poliambulatori ed ambulatori ospedalieri, laboratori, servizi di radiologia, etc.);
2. strutture pubbliche extraospedaliere (es. poliambulatori di via Amba Alagi a Bolzano, servizi aziendali ed interaziendali, etc.), dove operano liberi professionisti convenzionati con il SSP (SUMAI);
3. strutture private provvisoriamente accreditate e convenzionate con il SSP (es. Villa Melitta per prestazioni di fisioterapia e radiologia, Laboratorio Druso e S. Maria per esami di laboratorio, etc.);
4. strutture private non ancora accreditate.

Inoltre le prestazioni di specialistica possono essere erogate da:

5. liberi professionisti convenzionati con il SSP che svolgono la propria attività in strutture private;
6. liberi professionisti non convenzionati.

All'interno delle prime due tipologie di strutture l'assistenza viene erogata da personale medico dipendente e/o convenzionato ad ore e viene classificata come "assistenza specialistica interna" ed "assistenza specialistica convenzionata interna".

Nei casi descritti nei precedenti punti 3 e 5, l'assistenza è classificata come "specialistica convenzionata esterna".

Negli ambulatori privati, nonché presso i liberi professionisti non convenzionati (punto 4 e 6) i cittadini residenti che fruiscono di prestazioni appartenenti alle "branche carenti" ricevono un rimborso da parte delle aziende sanitarie; tale forma di assistenza è detta "assistenza specialistica indiretta".

### 3.4.1. Ricorso alle strutture pubbliche provinciali

In questa parte viene fornita un'analisi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale contenute nel nomenclatore tariffario provinciale e rilevate attraverso il flusso informativo della specialistica ambulatoriale (flusso SPA) per l'anno 2004. Si precisa che in questa analisi sono incluse anche le prestazioni specialistiche di pronto soccorso non seguite da ricovero, sono invece escluse le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime di convenzione dalle strutture private, perché trattate nel capitolo successivo "Ricorso alle strutture private e ai liberi professionisti convenzionati".

I centri di costo di erogazione elencati nella Tabella 82 sono stati aggregati per specialità per rendere l'elenco più sintetico e più facilmente comprensibile; la dizione "Odontoiatria", ad esempio, comprende i centri di costo della Odontoiatria e della Odontostomatologia. Inoltre alcuni servizi pur esistendo in tutte le quattro aziende, non hanno un corrispondente centro di costo perché conglobati in un centro di costo diverso e meno analitico (ad esempio il servizio Diabetologico dell'Azienda Sanitaria di Bolzano è compreso nel centro di costo della Medicina), questo per il fatto che il piano dei centri di costo è diverso nelle quattro aziende e quindi un centro di costo specifico di una azienda potrebbe non trovare l'equivalente in un'altra azienda.

Nel 2004 le strutture pubbliche hanno erogato complessivamente 5.773.759 (Tabella 82) prestazioni di specialistica ambulatoriale. Il 43,7% delle prestazioni totali sono state erogate dall'Azienda Sanitaria di Bolzano, il 26,9% dall'Azienda Sanitaria di Merano e il 13,4% e 16,0% rispettivamente dalle aziende sanitarie di Bressanone e Brunico.

La specialità in cui sono state erogate il maggior numero di prestazioni è il Laboratorio (44,4% delle prestazioni totali), seguita dalla Riabilitazione (8,4%) e dalla Radiologia (6,1%).

Tabella 82: **Prestazioni di specialistica ambulatoriale (prestazioni di pronto soccorso incluse) erogate dalle strutture pubbliche provinciali per specialità e per azienda sanitaria - Anno 2004**

Specialità	Azienda sanitaria di erogazione				
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Anestesia e rianimazione	56	9	2.891	2.038	4.994
Cardiologia	49.382	20.341	-	-	69.723
Chirurgia	20.180	52.181	35.393	38.988	146.742
Chirurgia maxillo facciale	-	-	3.093	-	3.093
Chirurgia vascolare	13.977	-	7.175	-	21.152
CSM	779	6.087	9.274	1.709	17.849
Dermatologia	46.039	38.293	19.985	25.413	129.730
Ematologia	121.663	-	-	-	121.663
Emodialisi	-	4.916	6.371	3.626	14.913
Endoscopia	-	5.364	-	-	5.364
Gastroenterologia	11.160	-	-	2.894	14.054
Geriatría	3.575	3.405	-	-	6.980
Ginecologia	41.913	58.095	76.422	59.012	235.442
Laboratorio	1.150.105	729.601	239.575	443.890	2.563.171
Malattie infettive	6.080	-	-	-	6.080
Medicina	71.477	45.867	48.240	41.328	206.912
Medicina nucleare	27.094	1.401	-	-	28.495
Medicina sportiva	8.196	-	3.370	4.260	15.826
Nefrologia	21.621	-	-	-	21.621
Neurochirurgia	2.133	-	-	-	2.133
Neurologia	18.892	11.282	3.703	7.785	41.662
Oculistica	37.716	27.197	16.287	24.084	105.284
Odontoiatria	10.638	7.635	5.120	4.592	27.985
Oncologia medica	54.426	-	-	-	54.426
Ortopedia e traumatologia	20.884	67.069	36.528	46.365	170.846
Otorinolaringoiatria	25.954	29.601	18.516	12.924	86.995
Pediatria	41.180	11.584	13.313	14.696	80.773
Pneumologia	12.934	-	-	-	12.934
Pronto soccorso	227.605	7.305	38.830	19.272	293.012
Psichiatria	14.648	-	-	7.303	21.951
Radiologia	63.886	143.607	79.646	62.825	349.964
Servizi sanitari nei distretti	81.230	28.780	-	3.189	113.199
Servizio di Anatomia Patologica	14.680	-	-	-	14.680
Servizio di Riabilitazione	207.557	113.380	72.903	90.732	484.572
Servizio Diabetologico	-	25.825	5.238	2.987	34.050
Servizio Dietetico	11.837	6.865	2.171	2.224	23.097
Servizio ortottico	-	4.022	-	-	4.022
Servizio Pneumologico	23.444	461	3.461	-	27.366
Servizio Psicologico	17.871	2.380	-	-	20.251
Servizio Trasfusionale	1	77.446	-	-	77.447
Urologia	14.269	22.635	27.645	-	64.549
Altro non specificato	27.600	175	251	731	28.757
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>2.522.682</b>	<b>1.552.809</b>	<b>775.401</b>	<b>922.867</b>	<b>5.773.759</b>

Fonte: Flusso SPA

**Tabella 83: Valore tariffario (in Euro) delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (prestazioni di pronto soccorso incluse) erogate dalle strutture pubbliche provinciali per specialità e per azienda sanitaria di erogazione e importo ticket incassato per azienda sanitaria – Anno 2004**

Specialità	Azienda sanitaria di erogazione				
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Anestesia e rianimazione	1.880	437	72.211	52.744	127.271
Cardiologia	1.502.357	586.907	-	-	2.089.264
Chirurgia	250.016	713.829	602.533	557.763	2.124.141
Chirurgia maxillo facciale	-	-	57.297	-	57.297
Chirurgia vascolare	226.042	-	116.242	-	342.283
CSM	11.136	82.631	131.153	29.400	254.320
Dermatologia	580.535	437.890	261.092	350.153	1.629.670
Ematologia	1.147.886	-	-	-	1.147.886
Emodialisi	-	965.909	1.431.466	807.457	3.204.832
Endoscopia	-	241.410	-	-	241.410
Gastroenterologia	436.984	-	-	185.384	622.368
Geriatria	55.422	26.988	-	-	82.410
Ginecologia	824.695	1.248.386	1.073.811	780.262	3.927.154
Laboratorio	5.672.645	2.931.645	1.047.332	1.917.354	11.568.976
Malattie infettive	58.532	-	-	-	58.532
Medicina	928.276	969.418	1.336.187	791.623	4.025.503
Medicina nucleare	623.569	149.615	-	-	773.184
Medicina sportiva	379.069	-	160.184	181.057	720.309
Nefrologia	2.323.683	-	-	-	2.323.683
Neurochirurgia	33.091	-	-	-	33.091
Neurologia	242.104	167.050	60.186	117.742	587.081
Oculistica	620.836	359.779	253.784	393.345	1.627.744
Odontoiatria	212.369	135.073	89.421	92.685	529.548
Oncologia medica	544.293	-	-	-	544.293
Ortopedia e Traumatologia	328.239	963.584	541.819	839.563	2.673.205
Otorinolaringoiatria	374.372	431.354	257.010	180.217	1.242.953
Pediatria	689.199	231.833	300.384	235.693	1.457.108
Pneumologia	247.122	-	-	-	247.122
Pronto soccorso	2.687.273	103.432	608.244	299.646	3.698.595
Psichiatria	205.949	-	-	113.181	319.130
Radiologia	2.610.476	2.951.532	2.141.656	1.914.555	9.618.220
Servizi sanitari nei distretti	608.215	177.375	-	33.234	818.824
Servizio di Anatomia Patologica	292.761	-	-	-	292.761
Servizio di Riabilitazione	1.274.350	818.243	511.106	666.284	3.269.984
Servizio Diabetologico	-	151.672	85.012	51.160	287.844
Servizio Dietetico	145.135	69.128	24.037	23.742	262.042
Servizio Ortottico	-	48.977	-	-	48.977
Servizio Pneumologico	383.582	6.854	59.294	-	449.730
Servizio Psicologico	301.259	40.256	-	-	341.515
Servizio Trasfusionale	52	949.558	-	-	949.610
Urologia	572.754	377.407	559.974	-	1.510.135
Altro non specificato	536.744	2.894	2.727	12.728	555.092
<b>VALORE TARIFFARIO TOTALE</b>	<b>27.932.898</b>	<b>16.341.064</b>	<b>11.784.161</b>	<b>10.626.973</b>	<b>66.685.097</b>
<b>IMPORTO TICKET INCASSATO</b>	<b>5.345.196</b>	<b>3.524.157</b>	<b>3.100.022</b>	<b>2.614.164</b>	<b>14.583.539</b>

Fonte: Flusso SPA

Per quanto riguarda il valore tariffario, inteso come la tariffa delle prestazioni erogate secondo il nomenclatore tariffario provinciale, risulta che nel 2004 il valore complessivo delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche provinciali è stato di 66.685.096,53 Euro.

**VALORE TARIFFARIO  
DELLE PRESTAZIONI  
SPECIALISTICHE**

## ANDAMENTO NEGLI ANNI

Le specialità con un valore tariffario molto alto risultano essere il Laboratorio con 11.568.975,88 Euro (17,3 %) del valore tariffario complessivo delle prestazioni erogate) e la Radiologia con 5.093.188,70 Euro (7,6%).

L'andamento delle prestazioni di specialistica rispetto al 2002 è aumentato in tutte le quattro aziende sanitarie.

Figura 47: Trend delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture pubbliche provinciali negli anni 2002-2004

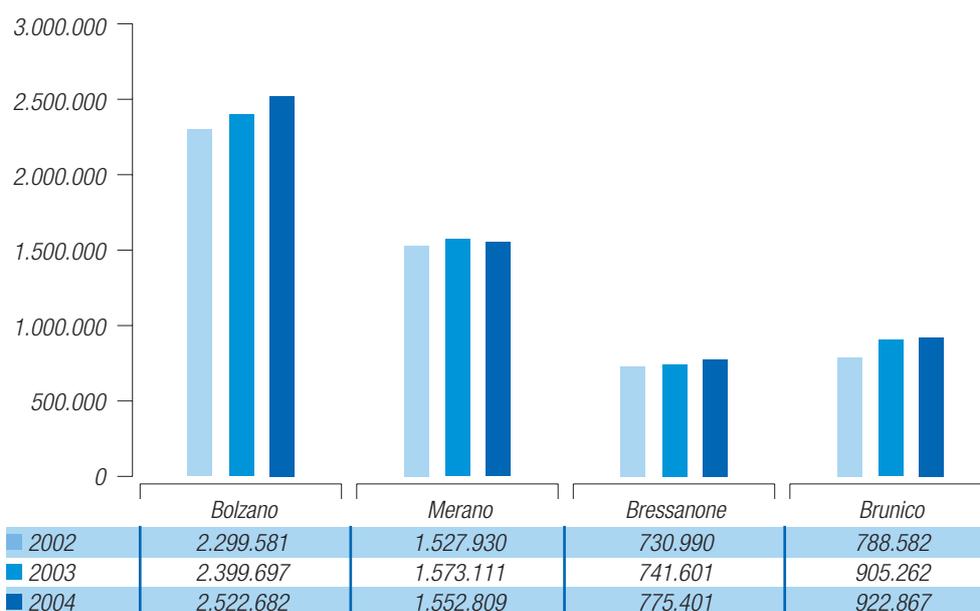
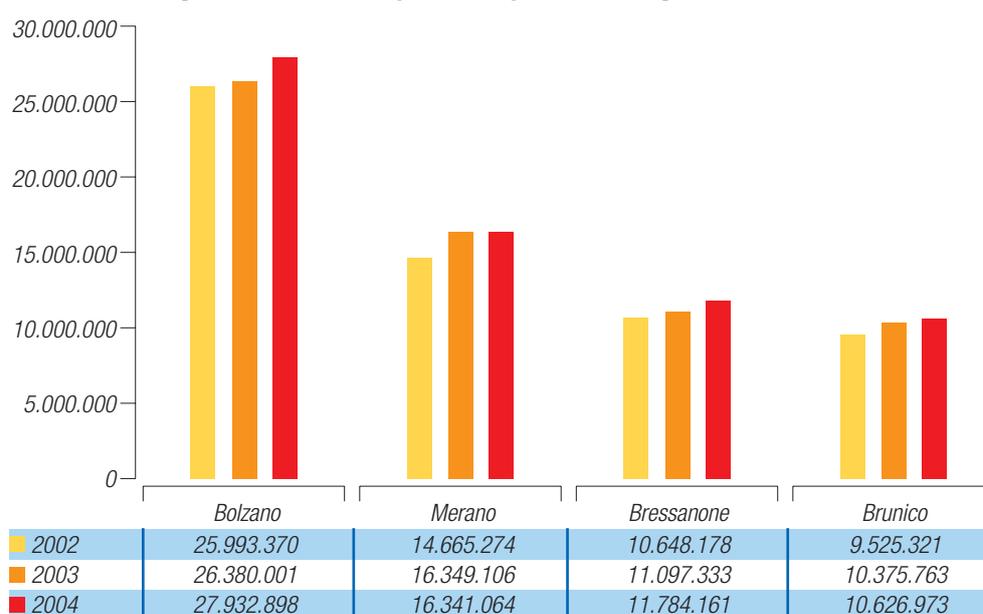


Figura 48: Trend degli importi tariffari delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture pubbliche provinciali negli anni 2002-2004



### 3.4.2. Ricorso alle strutture private e liberi professionisti convenzionati

Nell'ambito dei servizi offerti dal Servizio Sanitario Provinciale (SSP) sono in vigore con strutture private e liberi professionisti rapporti "convenzionali" per l'erogazione di prestazioni per conto e a carico delle aziende sanitarie territorialmente competenti. Le prestazioni sono erogate in regime ambulatoriale e afferiscono a diverse branche specialistiche, alla diagnostica strumentale e di laboratorio.

Nel 2004 i soggetti privati hanno operato in regime di convenzione per le seguenti specialità:

#### **Azienda Sanitaria di Bolzano**

- Laboratorio Druso - esami di laboratorio
- Laboratorio Isarco - esami di laboratorio
- Laboratorio Sabin - esami di laboratorio
- Casa di Cura S. Maria - esami di laboratorio
- Gabinetto radiologico della Casa di Cura Bonvicini - Radiologia e Risonanza magnetica
- Fisiocenter - Riabilitazione
- Mayr Rudi - Riabilitazione
- Studio Cadamuro- Riabilitazione
- Lo Faro Marina - Riabilitazione
- Cure fisiche Gries- Riabilitazione
- Villa Melitta - Riabilitazione e Otorinolaringoiatria
- Dr. Paolo Pellegrini - Otorinolaringoiatria
- Centro iperbarico di Bolzano - Ossigenoterapia Iperbarica
- Centro emodialisi Alto Adige - Emodialisi

#### **Azienda Sanitaria di Merano**

- Casa di Cura Villa Sant'Anna - Radiologia e TAC, esami di laboratorio, Cardiologia, Neurologia e Gastroenterologia
- Casa di Cura Fonte San Martino - Riabilitazione, Radiologia, esami di laboratorio e Cardiologia
- Dr. Regele Max - Medicina sportiva
- Casa di Cura S. Maria - esami di laboratorio

#### **Azienda Sanitaria di Bressanone**

- Dejaco Wolfram - Riabilitazione

#### **Azienda Sanitaria di Brunico**

- Laboratorio Dr. Harasser - esami di laboratorio

Tabella 84: Prestazioni erogate in convenzione dalle strutture private e dai liberi professionisti, numero pazienti e impegnativa per azienda sanitaria (\*) - Anno 2004

Descrizione	Prestaz.	Impegn.	Pazienti
Centro Emodialisi Alto Adige	7.230	1.187	80
Dr. Paolo Pellegrini	2.000	1.496	653
Laboratorio Analisi Isarco	55.827	10.840	4.951
Laboratorio Analisi Santa Maria	65.781	11.679	5.165
Laboratorio Analisi Druso	97.112	17.239	7.454
Casa di Cura Bonvicini	11.162	8.455	7.350
Europa Center	11.095	521	348
Fisiocenter	64.689	3.499	1.985
Mayr Rudi	33.347	1.543	900
Studio Cadamuro	26.802	1.126	542
Casa di cura Villa Melitta	52.800	2.884	1.523
Lo Faro Marina	3.928	232	140
Campi Magnetici Pulsanti Sas	39.358	1.761	1.079
Centro Iperbarico	3.514	478	141
<b>Bolzano</b>	<b>474.645</b>	<b>62.940</b>	<b>32.311</b>
Casa di Cura Villa Sant'Anna	43.695	11.668	6.360
Casa di Cura Fonte San Martino	3.792	2.538	2.104
Casa di Cura S. Maria	64.996	10.067	4.418
Dr. Regele Max	5.914	5.914	5.855
<b>Merano</b>	<b>118.397</b>	<b>30.187</b>	<b>18.737</b>
Dejaco Wolfram	16.188	901	561
<b>Bressanone</b>	<b>16.188</b>	<b>901</b>	<b>561</b>
Laboratorio Harrasser	13.756	2.402	1.247
<b>Brunico</b>	<b>13.756</b>	<b>2.402</b>	<b>1.247</b>
<b>TOTALE</b>	<b>622.986</b>	<b>96.430</b>	<b>52.856</b>

(\*) Sono escluse le prestazioni erogate dal Centro Iperbarico a pazienti residenti nell'AS di Bressanone e Brunico

Fonte: aziende sanitarie

**PRESTAZIONI IN  
CONVENZIONE**

Dalla Tabella 84 risulta che nel 2004 il 76,2% delle prestazioni totali erogate in regime di convenzione sono state erogate nell'Azienda Sanitaria di Bolzano, il 19% nell'Azienda Sanitaria di Merano e il 2,6% e 2,2% rispettivamente nelle aziende sanitarie di Bressanone e Brunico.

**VALORE TARIFFARIO  
DELLE PRESTAZIONI IN  
CONVENZIONE**

Il valore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime di convenzione ammonta a 5.857.267,71 Euro. Sottraendo da questo importo il costo sostenuto dai pazienti attraverso il pagamento del ticket (1.079.891,62 Euro), si ottiene l'importo che le aziende sanitarie pagano alle strutture private o ai liberi professionisti convenzionati; importo che nel 2004 é stato pari 4.777.376,09 Euro .

**Tabella 85: Valore tariffario delle prestazioni specialistiche erogate in convenzione nelle aziende sanitarie, importo netto da rimborsare alle strutture e ticket pagato dai pazienti (in Euro), dati definitivi - Anno 2004**

Descrizione	Importo netto	Importo Ticket	Importo tariffario
Centro Emodialisi Alto Adige	1.699.050,00	0,00	1.699.050,00
Dr. Paolo Pellegrini	23.980,95	8.915,25	32.896,20
Laboratorio Analisi Isarco	130.495,55	53.573,55	184.069,10
Laboratorio Analisi Santa Maria	110.016,49	117.707,77	227.724,26
Laboratorio Analisi Druso	204.062,58	157.848,00	361.910,58
Casa di Cura Bonvicini	564.069,77	172.227,51	736.297,28
Europa Center	51.060,12	11.035,18	62.095,30
Fisiocenter	216.481,08	43.639,12	260.120,20
Mayr Rudi	129.640,52	20.337,98	149.978,50
Studio Cadamuro	120.986,30	21.624,10	142.610,40
Casa di cura Villa Melitta	263.393,16	38.552,62	301.945,78
Lo Faro Marina	20.131,11	5.428,05	25.559,16
Cure fisiche Gries	159.266,47	31.834,33	191.100,80
Centro iperbarico (*)	265.326,10	8.194,75	273.520,85
<b>Bolzano</b>	<b>3.957.960,20</b>	<b>690.918,21</b>	<b>4.648.878,41</b>
Casa di Cura Villa Sant'Anna	299.476,58	163.758,82	463.235,40
Casa di Cura Fonte San Mar-tino	52.786,88	34.589,82	87.376,70
Casa di Cura S. Maria	86.218,98	118.711,42	204.930,40
Dr. Regele Max	267.957,06	37.097,44	305.054,50
<b>Merano</b>	<b>706.439,50</b>	<b>354.157,50</b>	<b>1.060.597,00</b>
Dejaco Wolfram	80.764,89	21.417,11	102.182,00
<b>Bressanone</b>	<b>80.764,89</b>	<b>21.417,11</b>	<b>102.182,00</b>
Laboratorio Harrasser	32.211,50	13.398,80	45.610,30
<b>Brunico</b>	<b>32.211,50</b>	<b>13.398,80</b>	<b>45.610,30</b>
<b>TOTALE</b>	<b>4.777.376,09</b>	<b>1.079.891,62</b>	<b>5.857.267,71</b>

(\*) Sono escluse le prestazioni erogate dal Centro Iperbarico a pazienti residenti nell'AS di Bressanone e Brunico

Fonte: aziende sanitarie

**Tabella 86: Valori percentuali delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private provinciali per azienda erogatrice e residenza del paziente - Anno 2004**

Residenza paziente	Azienda sanitaria erogatrice (*)			
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico
Bolzano	98,3	2,9	0,9	0,5
Merano	0,9	95,9	0,5	0,1
Bressanone	0,3	0,3	97,3	30,6
Brunico	0,1	0,1	1,2	67,7
Esteri	0,1	0,1	0,0	0,2
Fuori Provincia	0,3	0,6	0,2	0,8
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

(\*) Sono escluse le prestazioni erogate dal Centro Iperbarico a pazienti residenti nell'AS di Bressanone e Brunico

Fonte: aziende sanitarie

Nella Tabella 86 le prestazioni erogate dalle strutture private convenzionate sono suddivise per residenza del paziente. Mentre si può notare che nelle aziende sanitarie di Bolzano, Merano e Bressanone le strutture private erogano la maggior parte di prestazioni ai propri residenti, l'Azienda Sanitaria di Brunico eroga solo il 67,7% delle prestazioni ai propri residenti e quasi il 30,6% a residenti dell'Azienda di Bressanone. Bisogna però tenere presente che le due aziende sanitarie sono convenzionate con strutture private di branche specialistiche parzialmente differenti.

La Tabella 87 mostra l'importo netto delle prestazioni erogate da strutture priva-

te, inteso come la differenza tra l'importo tariffario delle prestazioni erogate e l'importo ticket pagato dai pazienti, suddiviso per residenza del paziente.

*Tabella 87: Percentuali dell'importo netto (in Euro) delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private provinciali per azienda erogatrice e residenza del paziente – Anno 2004*

Residenza paziente	Azienda sanitaria erogatrice (*)			
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico
Bolzano	91,6	13,2	0,9	0,5
Merano	5,2	84,4	0,4	0,0
Bressanone	0,7	1,6	97,4	30,2
Brunico	0,1	0,2	1,1	68,3
Estero	0,5	0,1	0,0	0,2
Fuori Provincia	1,9	0,6	0,2	0,9
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0</b>

(\*) Sono escluse le prestazioni erogate dal Centro Iperbarico a pazienti residenti nell'AS di Bressanone e Brunico

Fonte: aziende sanitarie

### 3.4.3. Mobilità specialistica

I dati riportati in questo capitolo fanno riferimento alle prestazioni erogate nell'ambito della mobilità specialistica ambulatoriale interregionale ed all'assistenza in Austria. Per la mobilità interregionale vengono presentati i dati per l'anno 2003 sia per l'anno 2004, mentre per l'Austria viene illustrata la situazione del 2004.

#### 3.4.3.1. Mobilità specialistica interregionale

Vengono qui analizzate le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture provinciali a favore di pazienti residenti in altre regioni italiane, nonché le prestazioni erogate dalle altre regioni a favore di pazienti altoatesini. Nel primo caso si tratta della mobilità attiva, a cui corrisponde un credito della Provincia Autonoma di Bolzano nei confronti delle altre regioni italiane, mentre nel secondo caso si tratta di mobilità passiva, che comporta un debito verso le altre regioni italiane. I dati relativi alle prestazioni erogate sono stati estratti direttamente da questo flusso informativo di rilevazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (flusso SPA).

Si precisa inoltre che i dati della mobilità analizzati sono quelli segnalati dalle singole regioni e province per prestazioni erogate a pazienti di altre regioni e possono differire dalle prestazioni effettivamente riconosciute dalle altre regioni in sede di compensazione della mobilità sanitaria.

In termini di unità di prestazioni sia nel 2003 che nel 2004 tutte le aziende sanitarie presentano un saldo positivo, nel senso che hanno erogato a non residenti più prestazioni di quante ne abbiano fruito i loro residenti presso strutture extra-provinciali, anche se per l'Azienda di Merano questo saldo è molto esiguo.

Tabella 88: Mobilità attiva e passiva extraprovinciale relativa a prestazioni di specialistica ambulatoriale, valori assoluti e valori per 1.000 abitanti – Anni 2003-2004

	Attiva	Passiva	Saldo	Attiva	Passiva	Saldo
	Valori assoluti			Valori per 1.000 residenti		
	Anno 2003					
Bolzano	92.082	63.756	28.326	439	304	135
Merano	20.656	19.302	1.354	167	156	11
Bressanone	31.845	7.005	24.840	474	104	370
Brunico	82.890	7.831	75.059	1.158	109	1.049
<b>TOTALE</b>	<b>227.473</b>	<b>97.894</b>	<b>129.579</b>	<b>482</b>	<b>207</b>	<b>275</b>
Anno 2004						
Bolzano	94.907	64.612	30.295	72	49	23
Merano	22.491	20.117	2.374	107	95	11
Bressanone	31.175	6.747	24.428	114	25	89
Brunico	76.825	7.460	69.365	103	10	93
<b>TOTALE</b>	<b>225.398</b>	<b>98.936</b>	<b>126.462</b>	<b>88</b>	<b>39</b>	<b>50</b>

Fonte: aziende sanitarie e PAB – ufficio Economia Sanitaria

Figura 49: Prestazioni per regione di residenza del paziente, mobilità attiva - Anno 2004

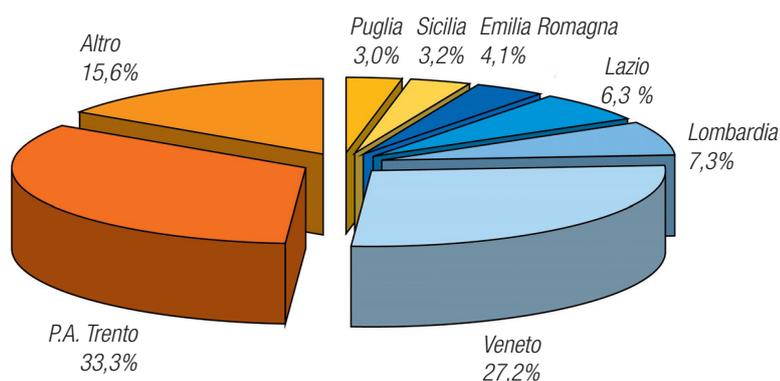
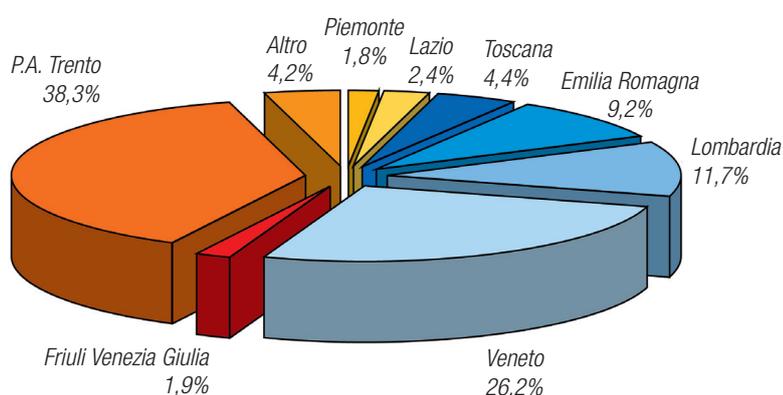


Figura 50: Prestazioni per regione di erogazione del paziente, mobilità passiva - Anno 2004



Calcolando il saldo monetario tra la mobilità specialistica interregionale attiva e quella passiva emerge che nel 2004 la Provincia Autonoma di Bolzano presentava un saldo positivo inferiore rispetto agli anni precedenti con 519.116,00 Euro rispetto a 540.338,00 Euro nel 2003 e 825.170,00 Euro nel 2002.

**MOBILITÀ  
INTERREGIONALE -  
IMPORTI**

Tabella 89: Mobilità attiva e passiva extraprovinciale relativa agli importi tariffari valori assoluti e valori per 1.000 abitanti – Anni 2003-2004

	Attiva	Passiva	Saldo	Attiva	Passiva	Saldo
	Valori assoluti			Valori per 1.000 residenti		
<b>Anno 2003</b>						
Bolzano	1.264.098	1.260.818	3.280	6.028	6.012	16
Merano	191.474	415.904	-224.430	1.552	3.372	-1.819
Bressanone	286.908	137.089	149.820	4.271	2.041	2.230
Brunico	759.845	148.177	611.668	10.617	2.070	8.546
<b>TOTALE</b>	<b>2.502.325</b>	<b>1.961.988</b>	<b>540.338</b>	<b>5.304</b>	<b>4.158</b>	<b>1.145</b>
<b>Anno 2004</b>						
Bolzano	1.317.914	1.256.727	61.187	6.220	5.931	289
Merano	211.162	434.468	-223.305	1.698	3.494	-1.796
Bressanone	274.456	149.775	124.681	4.037	2.203	1.834
Brunico	745.006	188.453	556.554	10.338	2.615	7.723
<b>TOTALE</b>	<b>2.548.539</b>	<b>2.029.423</b>	<b>519.116</b>	<b>5.351</b>	<b>4.261</b>	<b>1.090</b>

Fonte: aziende sanitarie e PAB – ufficio Economia Sanitaria

### 3.4.3.2. Prestazioni erogate in Austria

La Provincia Autonoma di Bolzano ha la facoltà di individuare le prestazioni sanitarie, che, non potendo essere assicurate dai servizi provinciali, possono essere erogate, in base ad apposite convenzioni stipulate dalla provincia con i competenti organi austriaci, da cliniche universitarie ed ospedali pubblici austriaci a seconda delle loro specifiche finalità e delle caratteristiche tecniche e specialistiche.

Per quanto riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale la Provincia Autonoma di Bolzano è convenzionata con le seguenti strutture austriache:

- Clinica universitaria di Innsbruck
- Istituto di Patologia dell'Università di Innsbruck
- Istituto di Batteriologia e Sierologia dell'Università di Innsbruck
- Istituto di Igiene dell'Università di Innsbruck
- Istituto di Chimica Medica e Biochimica dell'Università di Innsbruck
- Istituto di Patologia Generale e Sperimentale dell'Università di Innsbruck
- Istituto di Consulenza e Visita Genetica dell'Università di Innsbruck
- Ospedale di Hochzirl
- Ospedale di Salisburgo.

Le prestazioni erogate dalla Clinica universitaria di Innsbruck sono prevalentemente fruite da pazienti che si rivolgono direttamente alle unità operative delle strutture in questione.

Per quanto riguarda invece le prestazioni erogate dai diversi istituti dell'Università di Innsbruck, queste si riferiscono esclusivamente a esami di laboratorio richiesti dalle unità operative ospedaliere, sia di strutture di ricovero provinciali che austriache, presso cui è ricoverato o a cui si è rivolto il singolo paziente.

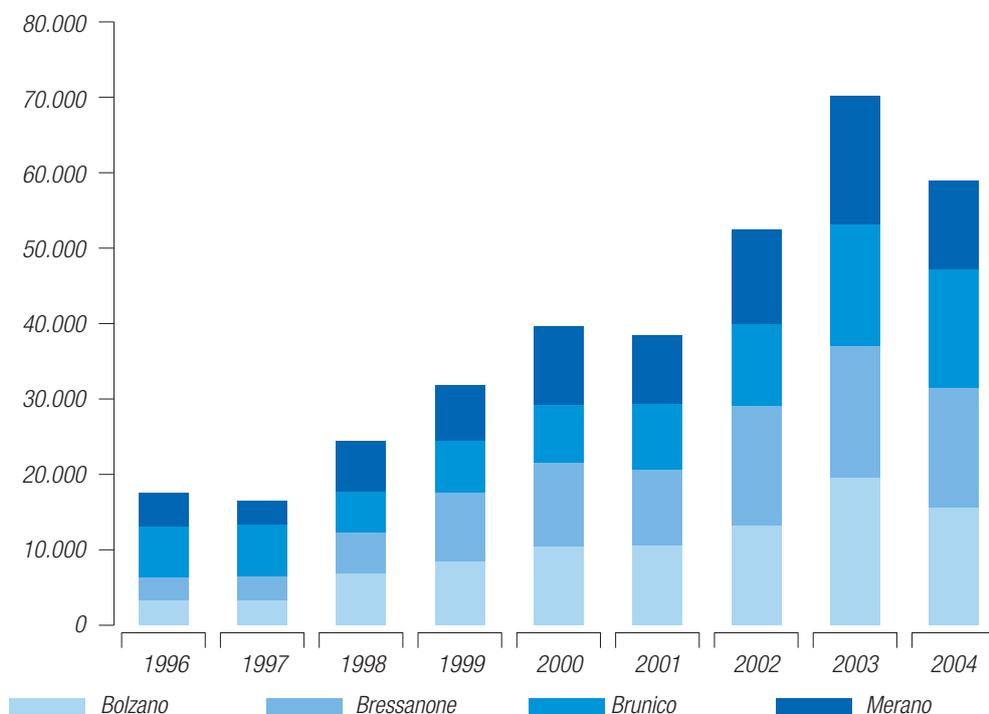
Tabella 90: **Prestazioni erogate da strutture austriache a pazienti altoatesini per azienda sanitaria di assistenza – Anno 2004**

Struttura austriaca erogatrice	Azienda sanitaria assistenza				
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Clinica universitaria di Innsbruck	14.430	15.745	15.674	11.714	57.563
Istituto statale di batteriologiasierologia di Innsbruck	759	-	-	-	759
Istituto di consulenza e visita genetica - Università di Innsbruck	-	1	-	-	1
Istituto di patologia gen. e sperimentale - Università di Innsbruck	13	-	-	-	13
Istituto di chimica medica e biochimica - Università di Innsbruck	40	17	-	-	57
Istituto di igiene e medicina sociale di Innsbruck	297	114	-	-	411
Ospedale di Salisbugo	11	12	-	-	23
Ospedale di Hochzirl	39	54	-	-	93
Istituto di patologia - Università di Innsbruck	-	17	-	-	17
<b>TOTALE</b>	<b>15.589</b>	<b>15.960</b>	<b>15.674</b>	<b>11.714</b>	<b>58.937</b>

Fonte: aziende sanitarie

Dalla Tabella 90 si nota che il 97,7% delle 58.937 prestazioni totali erogate in Austria a pazienti residenti in Alto Adige sono state erogate dalla Clinica universitaria di Innsbruck.

Figura 51: **Prestazioni erogate dalle strutture austriache a pazienti altoatesini per azienda sanitaria di assistenza - Anni 1996-2004**



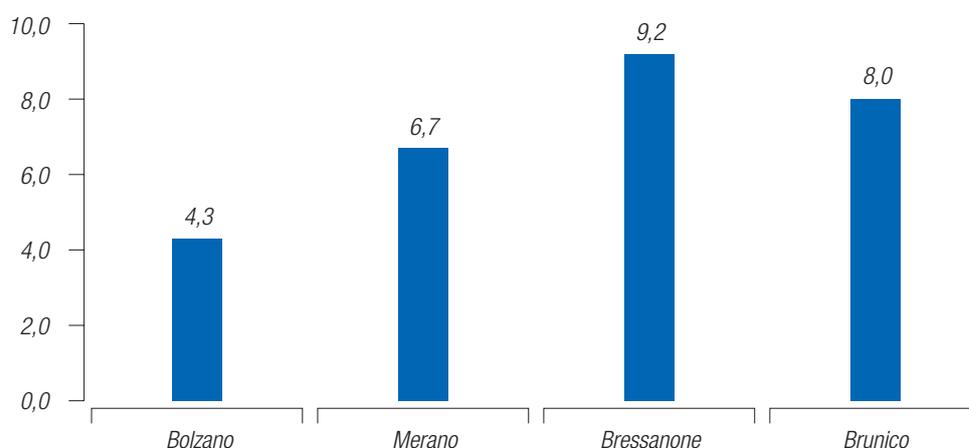
**PRESTAZIONI EROGATE IN  
STRUTTURE AUSTRIACHE**

Tabella 91: **Pazienti altoatesini che si sono rivolti a strutture austriache per azienda sanitaria di assistenza e importi – Anno 2004**

Azienda sanitaria di assistenza	Pazienti	Importi
Bolzano	909	452.127,92
Merano	827	496.968,12
Bressanone	627	452.636,48
Brunico	574	322.952,39
<b>TOTALE</b>	<b>2.937</b>	<b>1.724.684,91</b>

Fonte: aziende sanitarie

Figura 52: **Numero pazienti ogni 1.000 abitanti che si sono rivolti a strutture austriache - Anno 2004**



**PAZIENTI CHE SI SONO  
RIVOLTI A STRUTTURE  
AUSTRIACHE**

Se si rapportano i numeri assoluti di prestazioni al numero di residenti di ogni azienda sanitaria, si nota che sono stati prevalentemente i residenti dell'Azienda Sanitaria di Bressanone che si sono rivolti a strutture austriache seguiti dai residenti dell'Azienda Sanitaria di Brunico.

### 3.4.3.3. Mobilità specialistica complessiva

Nelle tabelle successive le prestazioni erogate dalle strutture pubbliche ed i relativi importi sono stati suddivisi per residenza del paziente. Si nota in generale una mobilità attiva molto alta per le aziende sanitarie di Bressanone e Brunico. Il rapporto tra le prestazioni prodotte e le prestazioni consumate mostra come le aziende sanitarie di Bressanone e Brunico producono molte più prestazioni di quelle che consumano. Per un'analisi più approfondita delle prestazioni erogate da strutture provinciali a favore di residenti fuori provincia nonché delle prestazioni fruitte da residenti in strutture extraprovinciali si rinvia al capitolo specifico "Mobilità specialistica interregionale"; per l'analisi delle prestazioni fruitte da pazienti altoatesini in Austria si rimanda invece al capitolo "Ricorso alle strutture convenzionate in Austria".

Tabella 92: Prestazioni di specialistica ambulatoriale per azienda sanitaria erogatrice e residenza del paziente – Anno 2004

Azienda sanitaria erogatrice	Residenza paziente							
	Bolzano	Merano	Bres-sanone	Brunico	Prestaz. residenti	Estero	Resto d'Italia	Totale prestaz.
Bolzano	2.764.167	92.199	18.154	14.388	<b>2.888.908</b>	12.692	94.907	<b>2.996.507</b>
Merano	48.787	1.564.439	2.566	2.008	<b>1.617.800</b>	31.108	22.491	<b>1.671.399</b>
Bressanone	133.048	12.663	571.529	24.397	<b>741.637</b>	18.729	31.175	<b>791.541</b>
Brunico	9.537	2.626	23.570	797.527	<b>833.260</b>	26.604	76.825	<b>936.689</b>
<b>PRESTAZ. EROGATE IN PROV.</b>	<b>2.955.539</b>	<b>1.671.927</b>	<b>615.819</b>	<b>838.320</b>	<b>6.081.605</b>	<b>89.133</b>	<b>225.398</b>	<b>6.396.136</b>
Resto d'Italia	64.612	20.117	6.747	7.460	<b>98.936</b>			
Austria	15.590	15.962	15.674	11.714	<b>58.940</b>			
<b>PRESTAZ. PER RESIDENTI</b>	<b>3.035.741</b>	<b>1.708.006</b>	<b>638.240</b>	<b>857.494</b>	<b>6.239.481</b>			

Fonte: aziende sanitarie e PAB - ufficio Economia Sanitaria

Tabella 93: Indici percentuali di mobilità passiva per azienda sanitaria erogatrice e residenza del paziente – Anno 2004

Azienda sanitaria erogatrice	Residenza paziente				
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Prestaz. residenti
Bolzano	91,1	5,4	2,8	1,7	<b>46,3</b>
Merano	1,6	91,6	0,4	0,2	<b>25,9</b>
Bressanone	4,4	0,7	89,5	2,8	<b>11,9</b>
Brunico	0,3	0,2	3,7	93,0	<b>13,4</b>
<b>PRESTAZIONI EROGATE IN PROVINCIA</b>	<b>97,4</b>	<b>97,9</b>	<b>96,5</b>	<b>97,8</b>	<b>97,5</b>
Resto d'Italia	2,1	1,2	1,1	0,9	<b>1,6</b>
Austria	0,5	0,9	2,5	1,4	<b>0,9</b>
<b>PRESTAZIONI PER RESIDENTI</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: aziende sanitarie e PAB - ufficio Economia Sanitaria

Tabella 94: Indici percentuali di mobilità attiva delle prestazioni per azienda sanitaria erogatrice e residenza del paziente - Anno 2004

Azienda sanitaria erogatrice	Residenza paziente							Totale
	Bolzano	Merano	Bres-sanone	Brunico	Prestaz. residenti	Estero	Resto d'Italia	
Bolzano	92,2	3,1	0,6	0,5	96,4	0,4	3,2	<b>100,0</b>
Merano	2,9	93,6	0,2	0,1	96,8	1,9	1,3	<b>100,0</b>
Bressanone	16,8	1,6	72,2	3,1	93,7	2,4	3,9	<b>100,0</b>
Brunico	1,0	0,3	2,5	85,1	89,0	2,8	8,2	<b>100,0</b>
<b>TOTALE</b>	<b>46,2</b>	<b>26,1</b>	<b>9,6</b>	<b>13,1</b>	<b>95,1</b>	<b>1,4</b>	<b>3,5</b>	<b>100,0</b>

Fonte: aziende sanitarie e PAB - ufficio Economia Sanitaria

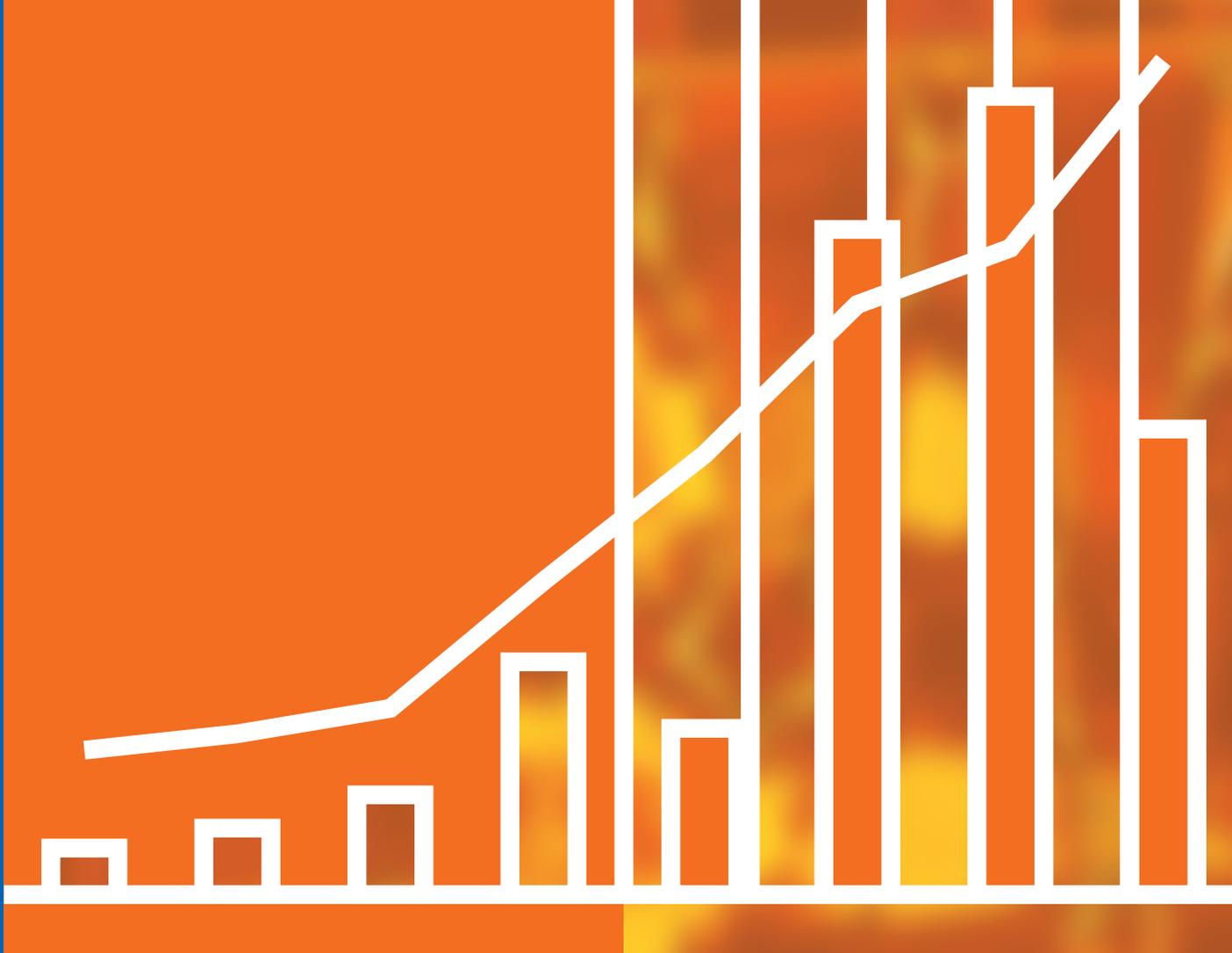
Tabella 95: **Riepilogo indici percentuali di mobilità e rapporto percentuale tra produzione e consumi di prestazioni per azienda sanitaria - Anno 2004**

<b>Mobilità attiva (su produzione)</b>	<b>Bolzano</b>	<b>Merano</b>	<b>Bressanone</b>	<b>Brunico</b>
da altre aziende sanitarie	4,2	3,2	21,5	3,8
da fuori Provincia	3,6	3,2	6,3	11,0
<b>TOTALE PRESTAZIONI EROGATE</b>	<b>7,8</b>	<b>6,4</b>	<b>27,8</b>	<b>14,9</b>
<b>Mobilità passiva (su consumo di prestazioni di residenti)</b>				
verso altre aziende sanitarie	6,3	6,3	6,9	4,8
verso resto d'Italia	2,1	1,2	1,1	0,9
verso Austria	0,5	0,9	2,5	1,4
<b>TOTALE PRESTAZIONI CONSUMATE</b>	<b>8,9</b>	<b>8,4</b>	<b>10,5</b>	<b>7,0</b>
<b>PRESTAZIONI EROGATE SU PRESTAZIONI CONSUMATE (X 100)</b>	<b>98,7</b>	<b>97,9</b>	<b>124,0</b>	<b>109,2</b>

Fonte: aziende sanitarie e PAB - ufficio Economia Sanitaria







# Parte Terza

Le risorse

# Le risorse

# 1. IL PERSONALE DIPENDENTE DELLE AZIENDE SANITARIE

## 1.1. IL PERSONALE IN SERVIZIO

Al 31.12.2004 il personale dipendente delle aziende sanitarie della Provincia Autonoma di Bolzano risulta pari a 8.583 unità, corrispondente a 6.478,35 unità equivalenti.

Il 29,2% del totale personale dipendente, pari a 2.504 unità, è impiegato a part-time.

Il 44% della spesa corrente totale (420,077 milioni di euro) sostenuta dalle aziende sanitarie, è destinata al personale.

L'azienda sanitaria con il maggior numero di personale dipendente in termini equivalenti risulta essere l'Azienda Sanitaria di Bolzano con 2.769,75 u. eq. (pari al 42,8% del totale provincia), seguita dall'azienda sanitaria di Merano (1.742,59 u. eq., corrispondente al 25,6%), da Brunico (998,47 – 14,4%) ed infine dall'azienda di Bressanone (967,54 u. eq. – 14,9%).

In Provincia Autonoma di Bolzano il personale dipendente è prevalentemente impiegato nell'area ospedaliera (59,6%), mentre la figura professionale predominante è quella del personale infermieristico (34,6%);

In Provincia vi sono 13,6 unità equivalenti di personale dipendente per 1.000 abitanti.

Il personale è la principale risorsa utilizzata dal servizio sanitario pubblico. Ciò è testimoniato dal fatto che il 44,3% della spesa corrente totale sostenuta dalle aziende sanitarie della Provincia è destinata al personale.

Nell'ambito del sistema sanitario pubblico viene impiegato personale dipendente variamente distribuito tra le diverse professioni previste dalla normativa vigente. La classificazione del personale è quella definita nel DPR del 20 dicembre 1979, n. 761 e nel DPR 28 novembre 1990, n. 384. A livello di aggregazione la normativa identifica quattro ruoli: sanitario, professionale, tecnico, amministrativo.

Del ruolo sanitario fanno parte il personale medico (incluso l'odontoiatra ed il veterinario), il personale infermieristico, il personale tecnico-sanitario, il personale della riabilitazione, il personale di vigilanza ed ispezione (tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro), e altro personale laureato dell'ambito sanitario (farmacista, veterinario, biologo, chimico, fisico, psicologo). Al ruolo tecnico fanno capo: l'addetto alle pulizie, l'ausiliario specializzato, l'operatore tecnico, l'assistente tecnico, l'assistente sociale, l'analista, lo statistico ed il sociologo. Del ruolo professionale fanno parte: l'assistente religioso, l'avvocato, l'architetto, l'ingegnere, il geologo. Infine, al ruolo amministrativo afferiscono: il fattorino, il

commesso, l'assistente di segreteria, l'assistente amministrativo, il traduttore, il collaboratore amministrativo, gli ispettori amministrativi, contabili, tecnici e traduttori, e infine, la dirigenza amministrativa (vicedirettori e direttori amministrativi).

Anche per questa edizione della Relazione sanitaria, è stato utilizzato il flusso informativo del personale sanitario operante presso i servizi sanitari della Provincia (SIPS) in alternativa alle schede di rilevazione dei dati inviate annualmente ai singoli servizi.

Tale flusso rileva il personale sanitario per singolo centro di costo, secondo la struttura definita dalle aziende sanitarie e viene aggiornato periodicamente, mediante l'invio dei dati dai CED delle aziende stesse all'Ufficio Personale Sanitario dell'Assessorato.

Il personale dipendente è rappresentato in termini assoluti (personale dipendente, distinto per tipologia di rapporto contrattuale - part-time o tempo pieno - presente alla data del 31.12.2004) ed in termini equivalenti, considerando il tempo di impiego effettivo del personale durante tutto il 2004. La rappresentazione dei dati in termini equivalenti spiega quindi la presenza di valori decimali nelle tabelle. Essa è anche più informativa dei dati grezzi, in quanto concerne valori omogenei sulla quantità di risorsa umana impiegata nei servizi.

I dati del personale equivalente considerano il tempo effettivo di impiego del personale. In caso di contemporanea registrazione dello stesso personale presso due distinti centri di costo, (ad esempio nel reparto di medicina in posizione di titolare e presso il servizio di endoscopia in posizione di incarico) viene privilegiata la posizione di incarico. Il periodo di analisi comprende l'intero anno 2004 (periodo lavorativo considerato dal 01.01.2004 al 31.12.2004, tolte le festività istituzionali). Vi è da segnalare che la banca dati SIPS non contiene – per la sola A.S. di Bolzano - i dati utilizzabili del primo semestre relativi alla rilevazione delle assenze. Per questo motivo si è provveduto per la sola A.S. di Bolzano, ad effettuare una stima sui dati annuali in base ai dati del secondo semestre. Risulta pertanto una sovrastima del personale equivalente nella stessa azienda sanitaria rispetto alle tre altre aziende della Provincia.

Il presente capitolo contiene l'analisi complessiva a livello provinciale del personale dipendente delle aziende sanitarie. Per approfondimenti ed analisi più dettagliate, relative alle singole aziende sanitarie e alle singole strutture, si invita alla consultazione del CD-Rom allegato alla presente edizione della Relazione sanitaria. Le tabelle disponibili su CD-Rom contengono tutte le informazioni relative al personale delle singole aziende sanitarie e delle singole strutture di ricovero, distinte per area e servizio di impiego.

### 1.1.1. Analisi generali

I dati rappresentati di seguito si riferiscono al personale dipendente delle aziende sanitarie. Le sigle utilizzate di seguito nelle tabelle e nei grafici corrispondono a:

- P.T. = personale a tempo parziale
- T.P. = personale a tempo pieno
- EQ = personale equivalente
- N = numero di dipendenti rilevato al 31.12.2004.

#### 1.1.1.1. Totale personale dipendente per area d'impiego

Con riferimento al contingente di personale dipendente in servizio presso le aziende sanitarie al 31.12.2004, il numero di dipendenti risulta pari a 8.583 unità (di cui 2.504 a part-time). Ciò corrisponde a 6.478,35 unità equivalenti.

Tabella 1: Personale dipendente per area e per azienda sanitaria - Anno 2004

Area	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
<b>Personale Part-Time</b>					
Area Strategica	47	41	27	31	146
Area di Supporto non sanitaria	131	129	52	34	346
Area Ospedaliera	558	331	267	324	1.480
Area Territoriale	250	135	69	78	532
<b>TOTALE</b>	<b>986</b>	<b>636</b>	<b>415</b>	<b>467</b>	<b>2.504</b>
<b>Personale a Tempo Pieno</b>					
Area Strategica	226	156	64	89	535
Area di Supporto non sanitaria	361	425	146	122	1.054
Area Ospedaliera	1.533	882	612	649	3.676
Area Territoriale	479	202	76	57	814
<b>TOTALE</b>	<b>2.599</b>	<b>1.665</b>	<b>898</b>	<b>917</b>	<b>6.079</b>
<b>Personale Equivalente</b>					
Area Strategica	214,07	163,70	70,06	88,06	535,89
Area di Supporto non sanitaria	376,27	444,99	169,12	131,10	1.121,48
Area Ospedaliera	1.637,36	905,05	622,86	695,05	3.860,32
Area Territoriale	542,05	228,85	105,50	84,26	960,66
<b>TOTALE</b>	<b>2.769,75</b>	<b>1.742,59</b>	<b>967,54</b>	<b>998,47</b>	<b>6.478,35</b>
Personale per 1.000 abitanti residenti	13,1	14,0	14,2	13,9	13,6

\*Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

Il dato provinciale del personale dipendente sulla popolazione residente registra a livello provinciale un valore di 13,6 unità equivalenti di personale per 1.000 abitanti (calcolati sulla popolazione residente media del 2004).

NUMERO TOTALE  
PERSONALE DIPENDENTE

Figura 1: Distribuzione % del personale equivalente dipendente per azienda sanitaria - Anno 2004

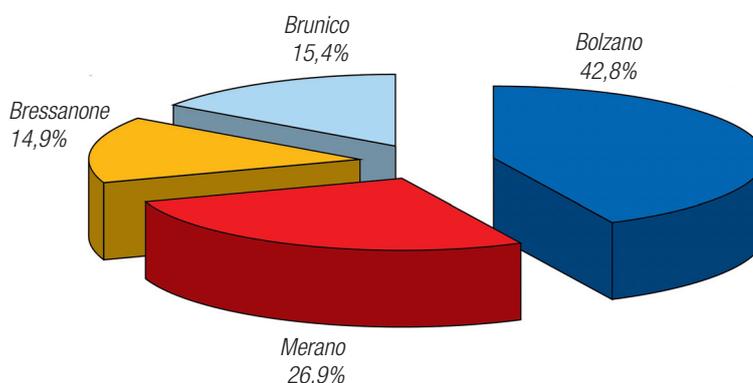
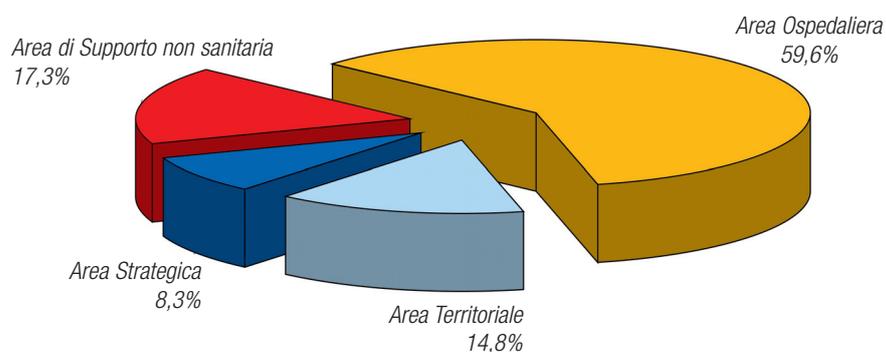


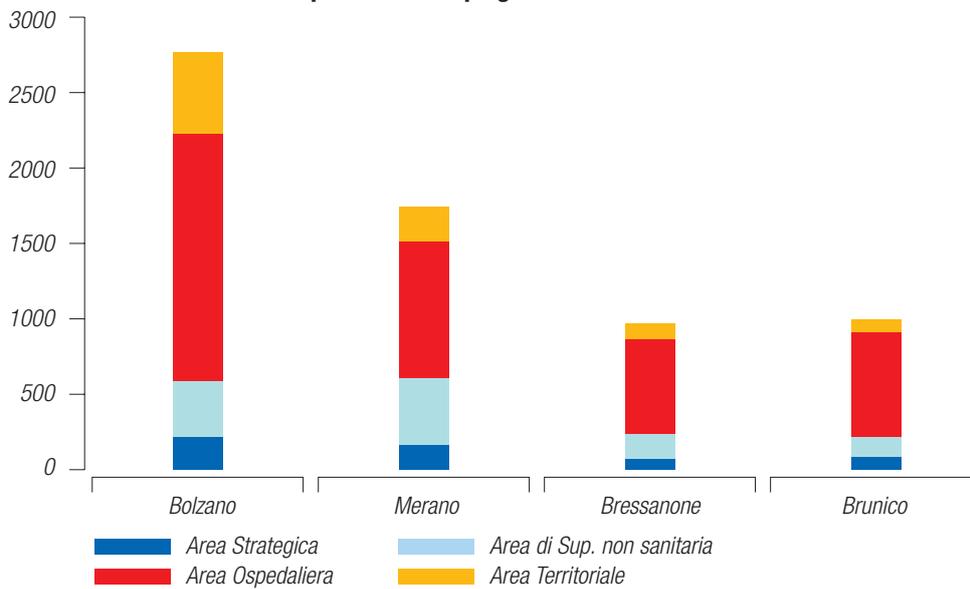
Figura 2: Distribuzione % del personale equivalente dipendente delle aziende sanitarie per area di impiego - Anno 2004



Approfondendo l'analisi sulle aree di impiego del personale nelle singole aziende sanitarie, si osserva una componente prevalente di personale dipendente presso l'area ospedaliera. Nell'A.S. di Merano il 25,5% del personale equivalente dipendente è impiegato presso l'area dei servizi di supporto non sanitari dell'azienda. Questa percentuale è più elevata rispetto ai valori registrati presso le altre aziende sanitarie.

Emergono le percentuali elevate di personale dipendente operante nell'area ospedaliera delle aziende sanitarie di Brunico e Bressanone; esse si attestano ai rispettivi valori di 69,6% e 64,3%. L'A.S. di Bolzano registra un valore del 59,1% di personale dipendente presso l'area ospedaliera, mentre chiude l'A.S. di Merano con il 51,9%.

Figura 3: **Personale equivalente medio dipendente delle aziende sanitarie della provincia - per area di impiego - Anno 2004**



### 1.1.1.2. Personale dipendente per figura professionale

La prevalenza del personale dipendente in termini equivalenti delle aziende sanitarie appartiene al ruolo sanitario con il 58,6%.

Segue come altra importante componente del personale dipendente quella del ruolo tecnico (27,0%), mentre il ruolo professionale registra solamente un 0,3% sul totale personale dipendente delle aziende.

Tabella 2: **Personale dipendente per ruolo / figura professionale e per azienda sanitaria - Anno 2004**

<b>Figura professionale</b>	<b>Bolzano</b>	<b>Merano</b>	<b>Bressanone</b>	<b>Brunico</b>	<b>Totale</b>
<b>Personale Part-Time</b>					
<i>Dirigenza medica (incl. odontoiatri e veterinari)</i>	10	-	4	1	15
<i>Personale laureato non medico</i>	20	5	8	2	35
<i>Personale infermieristico</i>	471	294	220	211	1.196
<i>Pers. tecnico.- san., di riabilitazione</i>	138	60	37	34	269
<b>Pers. ruolo sanitario</b>	<b>639</b>	<b>359</b>	<b>269</b>	<b>248</b>	<b>1.515</b>
<b>Pers. ruolo professionale</b>	<b>6</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>6</b>
<b>Pers. ruolo tecnico</b>	<b>139</b>	<b>164</b>	<b>73</b>	<b>143</b>	<b>519</b>
<b>Pers. ruolo amm.vo</b>	<b>202</b>	<b>113</b>	<b>73</b>	<b>76</b>	<b>464</b>
<b>TOTALE</b>	<b>986</b>	<b>636</b>	<b>415</b>	<b>467</b>	<b>2.504</b>
<b>Personale a Tempo Pieno</b>					
<i>Dirigenza medica (incl. odontoiatri e veterinari)</i>	473	196	131	138	938
<i>Personale laureato non medico</i>	65	40	29	27	161
<i>Personale infermieristico</i>	757*	509	341	337	1.944
<i>Pers. tecnico.- san., di riabilitazione</i>	305	141	95	88	629
<b>Pers. ruolo sanitario</b>	<b>1.600</b>	<b>886</b>	<b>596</b>	<b>590</b>	<b>3.672</b>
<b>Pers. ruolo professionale</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>20</b>
<b>Pers. ruolo tecnico</b>	<b>632</b>	<b>557</b>	<b>212</b>	<b>207</b>	<b>1.608</b>
<b>Pers. ruolo amm.vo</b>	<b>357</b>	<b>217</b>	<b>87</b>	<b>118</b>	<b>779</b>
<b>TOTALE</b>	<b>2.599</b>	<b>1.665</b>	<b>898</b>	<b>917</b>	<b>6.079</b>
<b>Personale Equivalente</b>					
<i>Dirigenza medica (incl. odontoiatri e veterinari)</i>	448,93	176,88	112,49	117,42	855,72
<i>Personale laureato non medico</i>	66,98	38,96	31,81	23,16	160,91
<i>Personale infermieristico</i>	843,40	538,33	352,45	379,70	2.113,88
<i>Pers. tecnico.- san., di riabilitazione</i>	331,55	146,12	104,61	83,05	665,33
<b>Pers. ruolo sanitario</b>	<b>1.690,86</b>	<b>900,29</b>	<b>601,36</b>	<b>603,33</b>	<b>3.795,84</b>
<b>Pers. ruolo professionale</b>	<b>11,01</b>	<b>4,60</b>	<b>3,00</b>	<b>2,00</b>	<b>20,61</b>
<b>Pers. ruolo tecnico</b>	<b>649,17</b>	<b>598,37</b>	<b>241,93</b>	<b>258,29</b>	<b>1.747,76</b>
<b>Pers. ruolo amm.vo</b>	<b>418,71</b>	<b>239,33</b>	<b>121,25</b>	<b>134,85</b>	<b>914,14</b>
<b>TOTALE</b>	<b>2.769,75</b>	<b>1.742,59</b>	<b>967,54</b>	<b>998,47</b>	<b>6.478,35</b>

\* è compreso anche 1 direttore del personale infermieristico

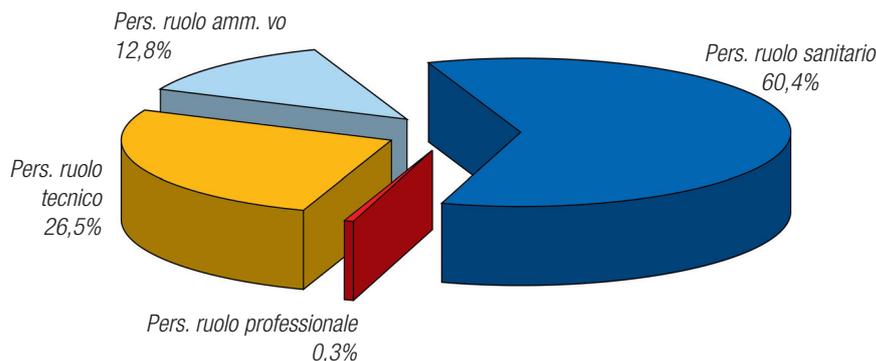
Tabella 3: Percentuale di personale dipendente per ruolo / figura professionale e per azienda sanitaria - Anno 2004

Ruolo / Figura professionale	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
	<b>Personale Part-Time</b>				
Dirigenza medica (incl. odontoiatri e veterinari)	1,0%	0,0%	1,0%	0,2%	0,6%
Personale laureato non medico	2,0%	0,8%	1,9%	0,4%	1,4%
Personale infermieristico	47,8%	46,2%	53,0%	45,2%	47,8%
Pers. tecnico.-san., di riabilitazione	14,0%	9,4%	8,9%	7,3%	10,7%
<b>Pers. ruolo sanitario</b>	<b>64,8%</b>	<b>56,2%</b>	<b>64,8%</b>	<b>53,1%</b>	<b>60,5%</b>
<b>Pers. ruolo professionale</b>	<b>0,6%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,2%</b>
<b>Pers. ruolo tecnico</b>	<b>14,1%</b>	<b>25,8%</b>	<b>17,6%</b>	<b>30,6%</b>	<b>20,7%</b>
<b>Pers. ruolo amm.vo</b>	<b>20,5%</b>	<b>17,8%</b>	<b>17,6%</b>	<b>16,3%</b>	<b>18,5%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>Personale a Tempo Pieno</b>					
Dirigenza medica (incl. odontoiatri e veterinari)	18,2%	11,8%	14,6%	15,0%	15,4%
Personale laureato non medico	2,5%	2,4%	3,2%	2,9%	2,6%
Personale infermieristico	29,1%	30,6%	38,0%	36,8%	32,0%
Pers. tecnico.-san., di riabilitazione	11,7%	8,5%	10,6%	9,6%	10,3%
<b>Pers. ruolo sanitario</b>	<b>61,6%</b>	<b>53,2%</b>	<b>66,4%</b>	<b>64,3%</b>	<b>60,4%</b>
<b>Pers. ruolo professionale</b>	<b>0,4%</b>	<b>0,3%</b>	<b>0,3%</b>	<b>0,2%</b>	<b>0,3%</b>
<b>Pers. ruolo tecnico</b>	<b>24,3%</b>	<b>33,5%</b>	<b>23,6%</b>	<b>22,6%</b>	<b>26,5%</b>
<b>Pers. ruolo amm.vo</b>	<b>13,7%</b>	<b>13,0%</b>	<b>9,7%</b>	<b>12,9%</b>	<b>12,8%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>Personale Equivalente</b>					
Dirigenza medica (incl. odontoiatri e veterinari)	16,2%	10,2%	11,6%	11,8%	13,2%
Personale laureato non medico	2,4%	2,2%	3,3%	2,3%	2,5%
Personale infermieristico	30,5%	30,9%	36,4%	38,0%	32,6%
Pers. tecnico.-san., di riabilitazione	12,0%	8,4%	10,8%	8,3%	10,3%
<b>Pers. ruolo sanitario</b>	<b>61,0%</b>	<b>51,7%</b>	<b>62,2%</b>	<b>60,4%</b>	<b>58,6%</b>
<b>Pers. ruolo professionale</b>	<b>0,4%</b>	<b>0,3%</b>	<b>0,3%</b>	<b>0,2%</b>	<b>0,3%</b>
<b>Pers. ruolo tecnico</b>	<b>23,4%</b>	<b>34,3%</b>	<b>25,0%</b>	<b>25,9%</b>	<b>27,0%</b>
<b>Pers. ruolo amm.vo</b>	<b>15,1%</b>	<b>13,7%</b>	<b>12,5%</b>	<b>13,5%</b>	<b>14,1%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPIS

Analizzando la situazione per singola azienda sanitaria, si registra presso l'Azienda Sanitaria di Bressanone la maggiore percentuale in termini equivalenti di personale del ruolo sanitario sul totale (62,2%), mentre l'Azienda Sanitaria di Bolzano presenta il valore piú elevato (15,1%) di personale del ruolo amministrativo sul totale personale dipendente dell'azienda.

Figura 4: Distribuzione % del personale equivalente medio dipendente delle aziende sanitarie per ruolo professionale - Anno 2004



**PERSONALE DISTINTO  
PER RUOLO SU  
POPOLAZIONE RESIDENTE**

Rispetto alla popolazione residente, vi sono, a livello provinciale, 8,0 unità equivalenti di personale del ruolo sanitario su 1.000 abitanti, 3,7 unità equivalenti di personale del ruolo tecnico e 1,9 unità equivalenti del ruolo amministrativo ogni 1.000 abitanti. Come evidenzia la Tabella 4, vi sono differenze tra le singole aziende sanitarie.

Tabella 4: **Personale equivalente medio in servizio per azienda sanitaria per ruolo professionale per 1.000 abitanti - Anno 2004**

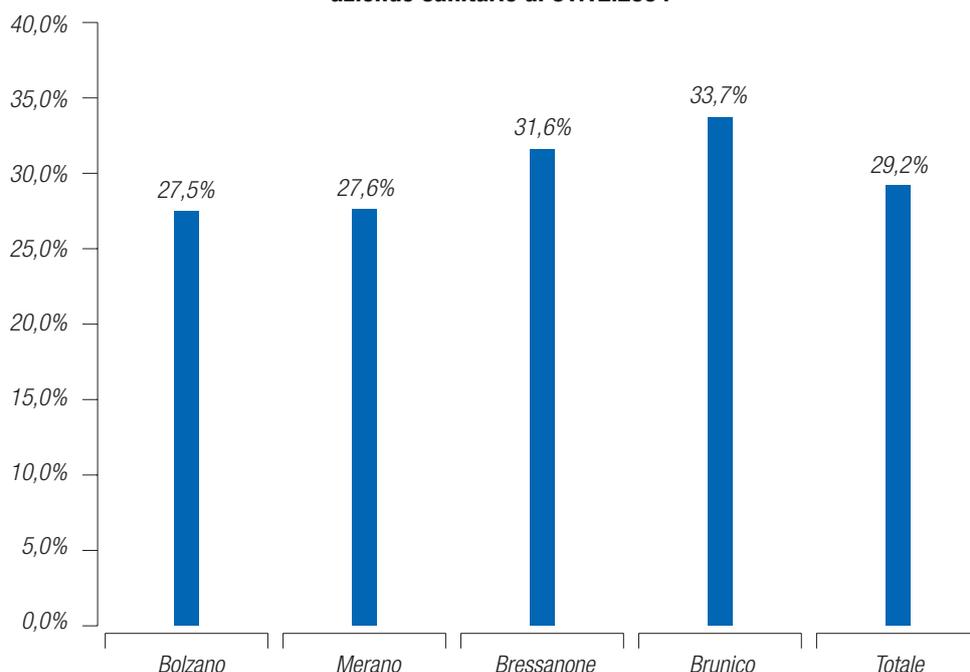
Ruolo	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Personale ruolo sanitario	8,0	7,2	8,8	8,4	8,0
Personale ruolo professionale	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Personale ruolo tecnico	3,1	4,8	3,6	3,6	3,7
Personale ruolo amministrativo	2,0	1,9	1,8	1,9	1,9
<b>TOTALE</b>	<b>13,1</b>	<b>14,0</b>	<b>14,2</b>	<b>13,9</b>	<b>13,6</b>

Fonte: aziende sanitarie - dati SIPs

**PERSONALE DIPENDENTE  
A PART-TIME E A TEMPO  
PIENO**

Analizzando il personale complessivo dipendente al 31.12.2004 per tempo di impiego, si osservano sensibili differenze tra le quattro aziende della Provincia. Il 29,2% del personale dipendente a livello provinciale è impiegato a tempo parziale (incremento del 1,6% rispetto al 31.12.2003). A livello di singola azienda sanitaria abbiamo agli estremi l'Azienda Sanitaria di Brunico con il 33,7% del proprio personale dipendente impiegato a part-time, a fronte dell'Azienda Sanitaria di Bolzano, con un valore del 27,5%.

Figura 5: **Distribuzione % del personale part-time sul totale personale dipendente delle aziende sanitarie al 31.12.2004**



### 1.1.2. Personale dipendente nell'area strategica

La rilevazione dei dati sul personale dipendente nell'area strategica delle aziende sanitarie prevede l'aggregazione del personale operante presso i seguenti centri di responsabilità: Costi comuni, Direzione amministrativa ASL, Direzione amministrativa ospedali, Direzione generale, Direzione infermieristica, Direzione medica di struttura, Direzione sanitaria ASL, Ufficio relazioni con il pubblico.

Le differenti consistenze di personale dipendente riscontrabili nei servizi di denominazione simile nelle diverse aziende, sono da ricondurre non solo alla diversa pianificazione di impiego di risorse umane nei servizi da parte delle direzioni amministrative, ma anche alla diversa struttura organizzativa delle aziende sanitarie stesse (p.e. alcuni centri di costo con denominazione simile possono – per espressa scelta organizzativa delle aziende - essere collocati presso centri di responsabilità diversi a seconda dell'azienda sanitaria).

Per quanto concerne invece la descrizione delle figure professionali impiegate nell'area strategica, viene utilizzata la seguente aggregazione dei profili professionali:

Assistenti/collaboratori amministrativi (assistenti amministrativi, collaboratori amministrativi, commesso/a), Ispettori (Ispettori), Personale professionale (assistenti religiosi, avvocati e procuratori legali), Personale sanitario (direttore personale infermieristico, personale con funzioni di riabilitazione, personale infermieristico, personale medico, personale tecnico-sanitario, psicologi), Altro personale tecnico (assistenti sociali, assistenti tecnici, sociologi), Ausiliario/a specializzato/a (ausiliari socio-sanitari specializzati), Operatori tecnici (operatori tecnici).

Il numero di persone dipendente nell'area strategica delle aziende sanitarie al 31.12.2004 risulta pari a 681 unità, pari a 535,89 unità equivalenti impiegate durante l'intero 2004.

Tabella 5: Totale personale dipendente nell'area strategica, per azienda sanitaria - Anno 2004

Centro di responsabilità	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
<b>Personale Part-Time</b>					
Costi comuni	1	-	-	1	2
Direzione Amministrativa ASL	7	-	1	-	8
Direzione Amministrativa Ospedali	9	13	14	21	57
Direzione Generale	3	1	-	-	4
Direzione infermieristica	4	2	2	-	8
Direzione Medica di struttura	21	25	10	9	65
Direzione Sanitaria ASL	-	-	-	-	-
Ufficio relazioni con il pubblico	2	-	-	-	2
<b>TOTALE</b>	<b>47</b>	<b>41</b>	<b>27</b>	<b>31</b>	<b>146</b>
<b>Personale a Tempo Pieno</b>					
Costi comuni	1	-	-	-	1
Direzione Amministrativa ASL	11	7	4	-	22
Direzione Amministrativa Ospedali	58	60	32	69	219
Direzione Generale	4	5	1	2	12
Direzione infermieristica	42	8	4	6	60
Direzione Medica di struttura	107	75	23	11	216
Direzione Sanitaria ASL	-	1	-	-	1
Ufficio relazioni con il pubblico	3	-	-	1	4
<b>TOTALE</b>	<b>226</b>	<b>156</b>	<b>64</b>	<b>89</b>	<b>535</b>
<b>Personale Equivalente</b>					
Costi comuni	1,42	-	-	0,75	2,17
Direzione Amministrativa ASL	12,78	4,66	3,75	-	21,19
Direzione Amministrativa Ospedali	59,94	65,00	38,03	53,76	216,73
Direzione Generale	5,26	5,43	0,17	1,96	12,82
Direzione infermieristica	20,39	8,84	3,00	3,09	35,32
Direzione Medica di struttura	111,13	78,77	25,11	28,33	243,34
Direzione Sanitaria ASL	-	1,00	-	-	1,00
Ufficio relazioni con il pubblico	3,15	-	-	0,17	3,32
<b>TOTALE</b>	<b>214,07</b>	<b>163,70</b>	<b>70,06</b>	<b>88,06</b>	<b>535,89</b>

Fonte: aziende sanitarie - dati SIPS

Figura 6: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nell'area strategica per azienda sanitaria - Anno 2004

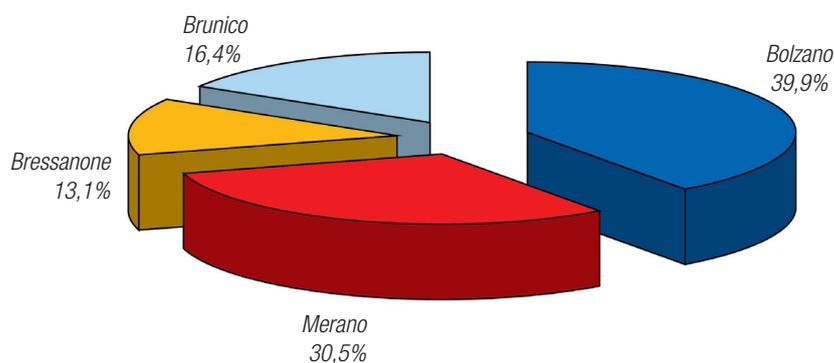
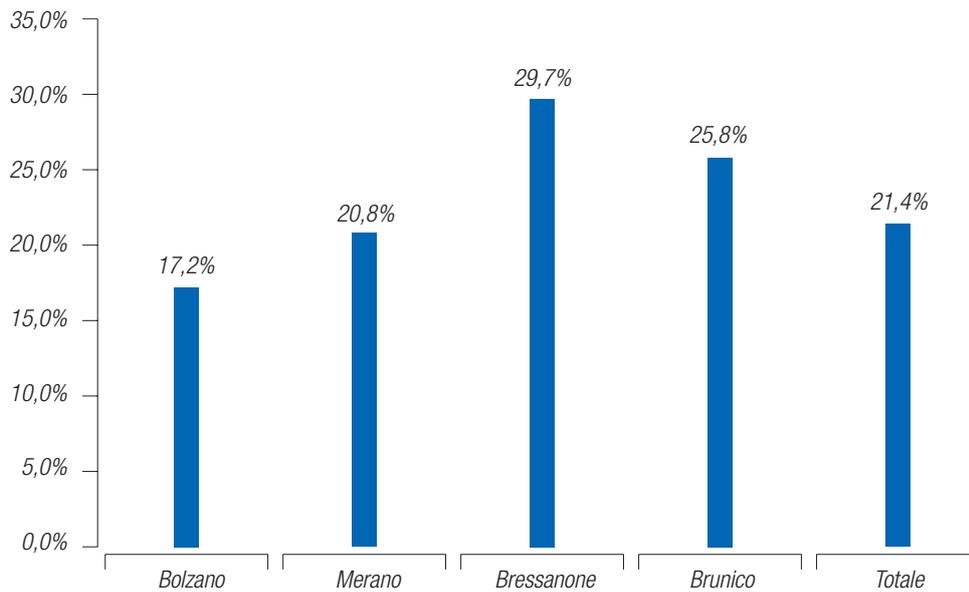


Figura 7: Area strategica - personale part-time sul totale personale dipendente delle aziende sanitarie al 31.12.2004



La figura professionale prevalente in termini equivalenti risulta essere quella dell'Operatore tecnico, con un volume complessivo di 204,54 unità equivalenti, pari al 38,2% del totale personale dipendente nell'area strategica delle aziende sanitarie.

Tabella 6: Totale personale dipendente nell'area strategica, per figura professionale - Anno 2004

Centro di responsabilità		Ispettori	Ass. / collab. amm.vo*	Operatore tecnico	Ausiliari specializ.	Altro person. tecnico	Person. sanitario	Person. profess.	Totale
Costi comuni	N	-	1	-	-	-	2	-	3
	EQ	-	0,46	-	-	-	1,71	-	2,17
Direzione Amministrativa ASL	N	7	19	1	1	-	-	2	30
	EQ	6,18	12,33	0,93	0,99	-	-	0,76	21,19
Direzione Amministrativa Ospedali	N	7	91	135	41	1	1	-	276
	EQ	6,59	61,78	122,21	24,93	0,97	0,25	-	216,73
Direzione Generale	N	2	11	1	-	1	1	-	16
	EQ	1,72	8,94	1,00	-	0,99	0,17	-	12,82
Direzione infermieristica	N	-	15	1	1	-	51	-	68
	EQ	-	9,88	1,03	0,49	-	23,92	-	35,32
Direzione Medica di struttura	N	-	46	92	72	7	49	15	281
	EQ	0,83	33,39	79,37	71,65	5,61	41,40	11,09	243,34
Direzione Sanitaria ASL	N	-	1	-	-	-	-	-	1
	EQ	-	1,00	-	-	-	-	-	1,00
Ufficio relazioni con il pubblico	N	1	5	-	-	-	-	-	6
	EQ	0,17	3,15	-	-	-	-	-	3,32
<b>TOTALE</b>	N	17	189	230	115	9	104	17	681
	EQ	15,49	130,93	204,54	98,06	7,57	67,45	11,85	535,89

\* sono compresi anche i commessi

Fonte: aziende sanitarie - dati SIPS

Le figure professionali amministrative (Assistente / collaboratore amministrativo) coprono il 24,4% del totale personale operante in quest'area.

I servizi in cui maggiormente sono collocati i dipendenti dell'area strategica delle aziende sono quelli della Direzione medica di struttura (45,4%) e delle Direzioni amministrative degli ospedali (40,4%).

Figura 8: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nell'area strategica delle aziende sanitarie per figura professionale - Anno 2004

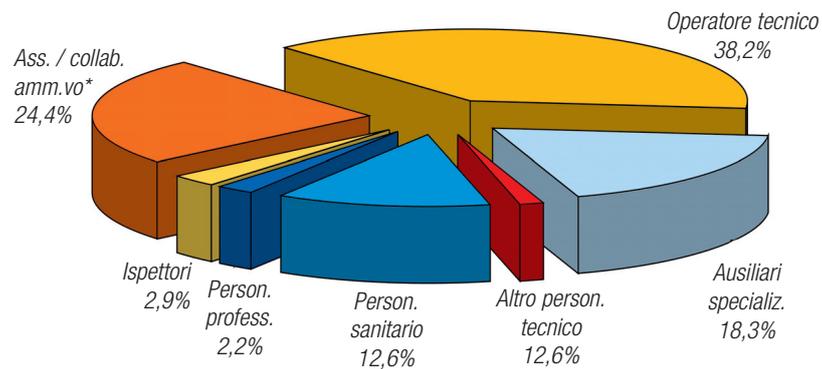
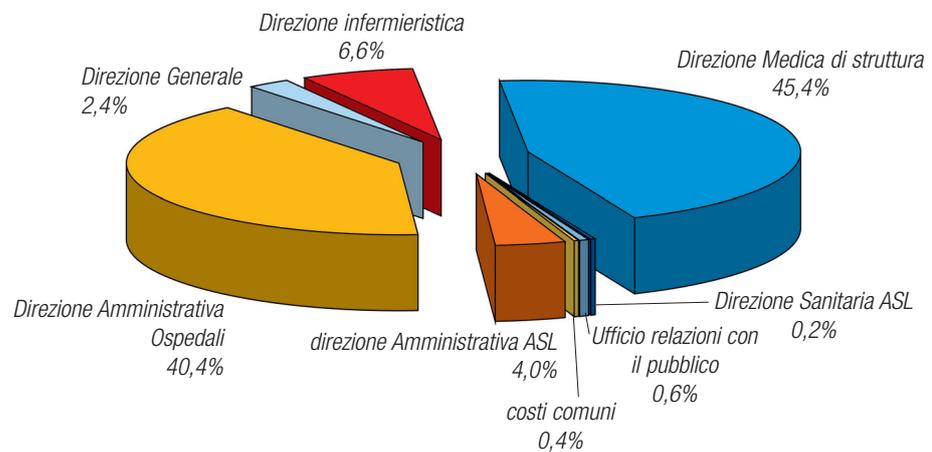


Figura 9: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nell'area strategica delle aziende sanitarie per centro di responsabilità - Anno 2004



Le figure professionali amministrative (Assistente / collaboratore amministrativo) coprono il 24,4% del totale personale operante in quest'area.

I servizi in cui maggiormente sono collocati i dipendenti dell'area strategica delle aziende sono quelli della Direzione medica di struttura (45,4%) e delle Direzioni amministrative degli ospedali (40,4%).

Figura 8: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nell'area strategica delle aziende sanitarie per figura professionale - Anno 2004

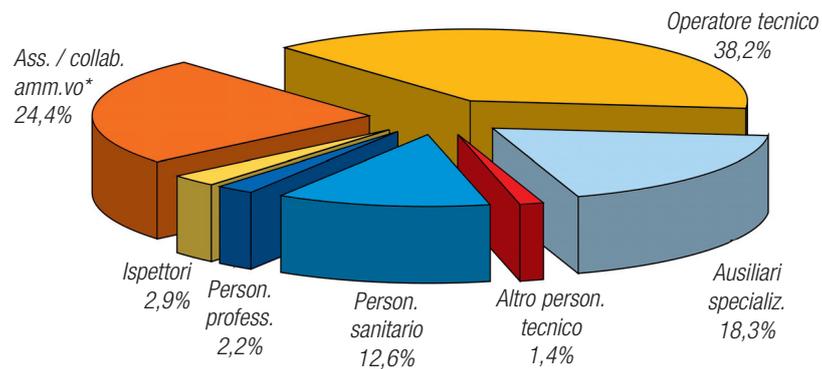


Figura 9: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nell'area strategica delle aziende sanitarie per centro di responsabilità - Anno 2004

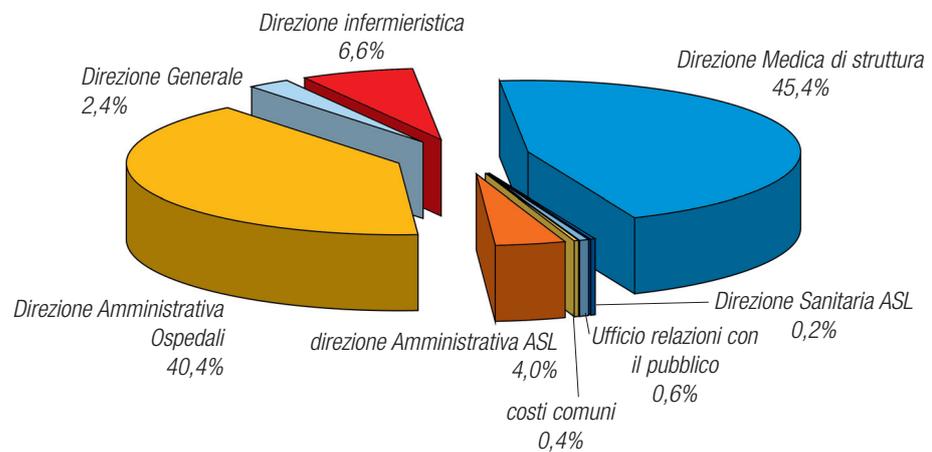


Figura 10: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nell'area strategica delle aziende sanitarie per figura professionale e per azienda sanitaria - Anno 2004

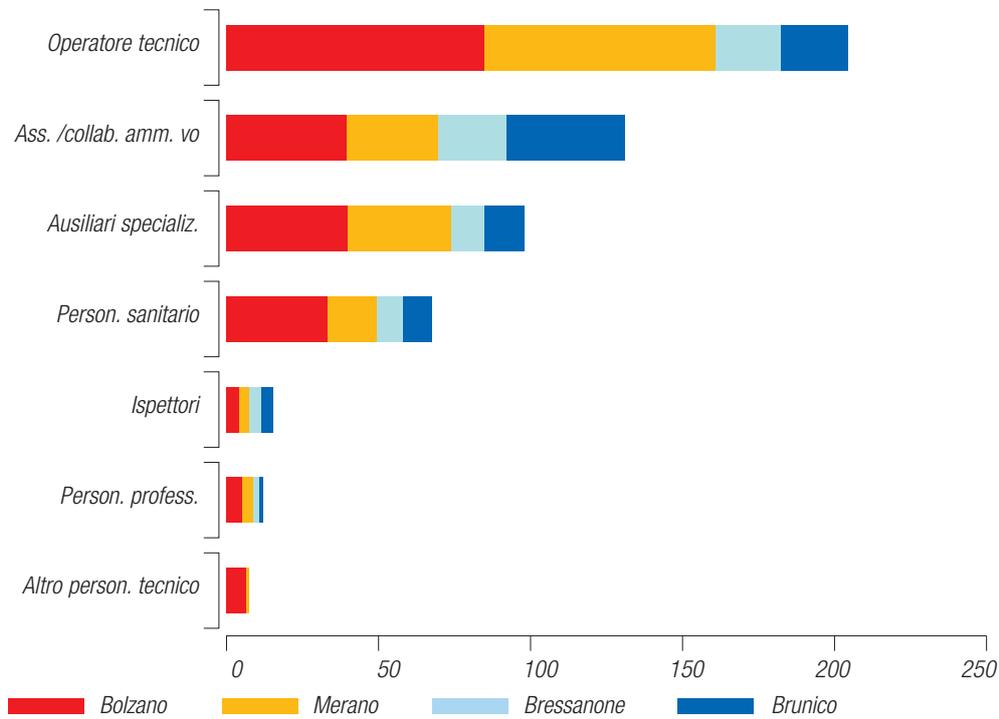
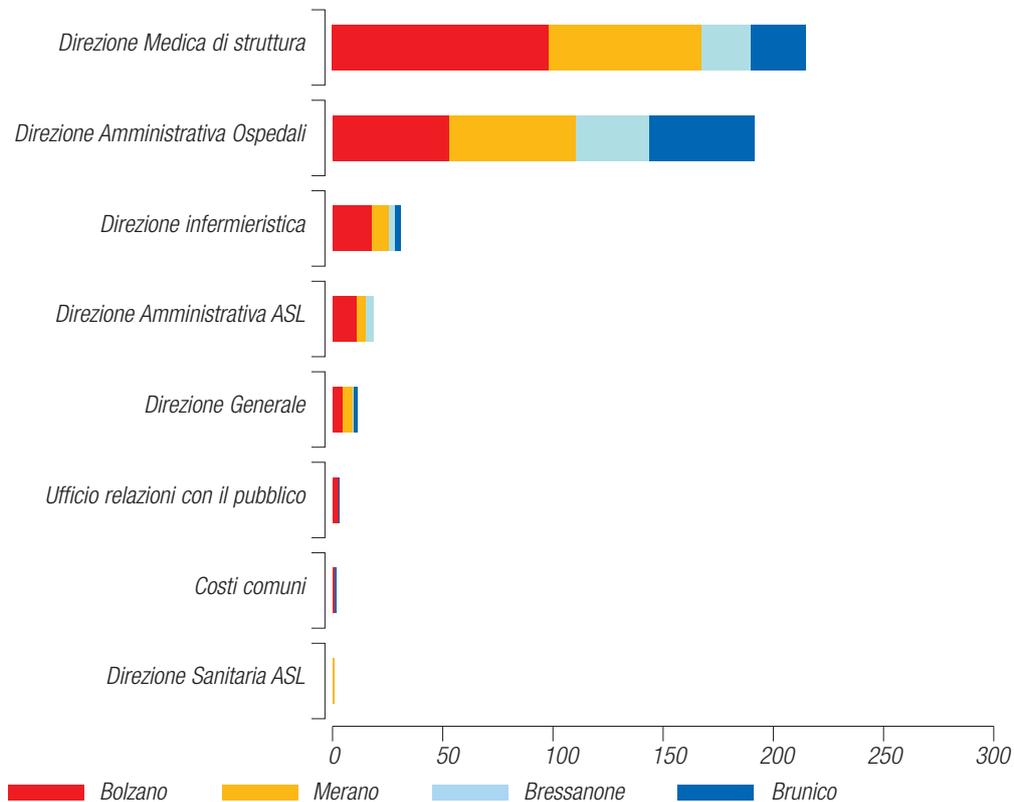


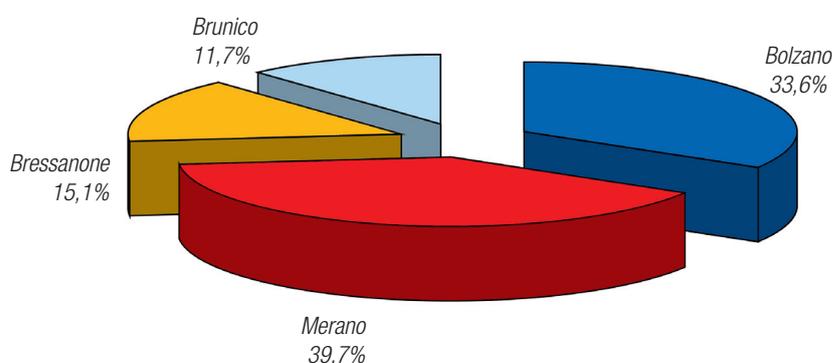
Figura 11: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nell'area strategica delle aziende sanitarie per centro di responsabilità e per azienda sanitaria - Anno 2004



Assistenti/collaboratori amministrativi (assistenti amministrativi, collaboratori amministrativi), Ispettori (Ispettori), Personale professionale (architetti, ingegneri), Personale sanitario (personale con funzioni di riabilitazione, personale infermieristico, personale tecnico-sanitario), Altro personale tecnico (analisti, assistenti tecnici), Ausiliario/a specializzato/a (ausiliari socio-sanitari specializzati), Operatori tecnici (operatori tecnici).

Il numero di persone dipendenti dell'area di supporto non sanitaria delle aziende sanitarie al 31.12.2004 risulta pari a 1.400 unità, pari a 1.121,48 unità equivalenti impiegate durante l'intero 2004.

Figura 12: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nell'area di supporto non sanitaria, per azienda sanitaria - Anno 2004



La figura professionale prevalente in termini equivalenti risulta essere quella dell'Ausiliario specializzato, con un volume complessivo di 405,14 unità equivalenti, pari al 36,1% del totale personale dipendente nell'area di supporto non sanitaria delle aziende sanitarie.

La figura professionale dell'Operatore tecnico copre il 29,5% del totale personale dipendente in quest'area, mentre le figure professionali amministrative registrano una presenza del 23,5%.

Al 31.12.2004 il 24,7% del personale operante nell'area di supporto non sanitaria è impiegato a part-time.

Figura 13: Area di supporto non sanitaria - personale part-time sul totale personale dipendente delle aziende sanitarie al 31.12.2004

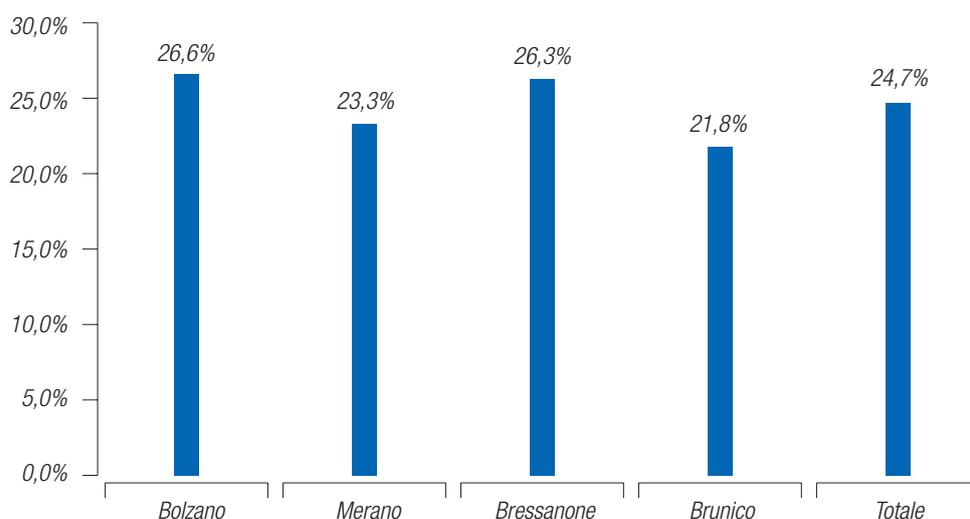


Tabella 8: Totale personale dipendente nell'area di supporto non sanitaria, per figura professionale - Anno 2004

Centro di responsabilità		Ispettori	Ass. / collab. amm.vo*	Operatore tecnico	Ausiliari specializ.	Altro person. tecnico	Person. sanitario	Person. profess.	Totale
Direzione Affari Generali	N	5	6	-	1	-	-	-	12
	EQ	3,99	4,13	-	1,00	-	-	-	9,12
Ripartizione economato-provveditorato	N	15	69	165	494	1	-	-	744
	EQ	14,11	52,62	152,61	371,83	0,99	-	-	592,16
Ripartizione economico-finanziaria	N	6	32	-	-	-	-	-	38
	EQ	6,75	27,45	-	-	-	-	-	34,20
Ripartizione informatica	N	4	9	28	-	20	-	1	62
	EQ	4,00	6,39	26,54	-	18,27	-	0,91	56,11
Ripartizione patrimoniale-tecnica	N	5	19	157	34	9	-	5	229
	EQ	4,99	14,05	148,97	27,99	8,92	-	4,98	209,90
Ripartizione personale	N	20	104	-	3	1	-	-	128
	EQ	19,37	82,63	-	2,32	1,00	-	-	105,32
Ripartizione prestazioni	N	13	110	4	1	-	12	-	140
	EQ	12,25	75,07	2,88	1,04	-	7,37	-	98,61
Formazione - scuole	N	-	2	-	2	-	43	-	47
	EQ	-	1,22	-	0,96	-	13,88	-	16,06
<b>TOTALE</b>	<b>N</b>	<b>68</b>	<b>351</b>	<b>354</b>	<b>535</b>	<b>31</b>	<b>55</b>	<b>6</b>	<b>1.400</b>
	<b>EQ</b>	<b>65,46</b>	<b>263,56</b>	<b>331,00</b>	<b>405,14</b>	<b>29,18</b>	<b>21,25</b>	<b>5,89</b>	<b>1.121,48</b>

Fonte: aziende sanitarie - dati SIPS

Il servizio in cui maggiormente sono collocati i dipendenti dell'area di supporto non sanitaria delle aziende è quello delle Ripartizioni economato - provveditorato delle aziende, con una percentuale del 52,8% del totale personale operante in quest'area (Figura 15).

Figura 14: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nell'area di supporto non sanitaria delle aziende sanitarie per figura professionale - Anno 2004

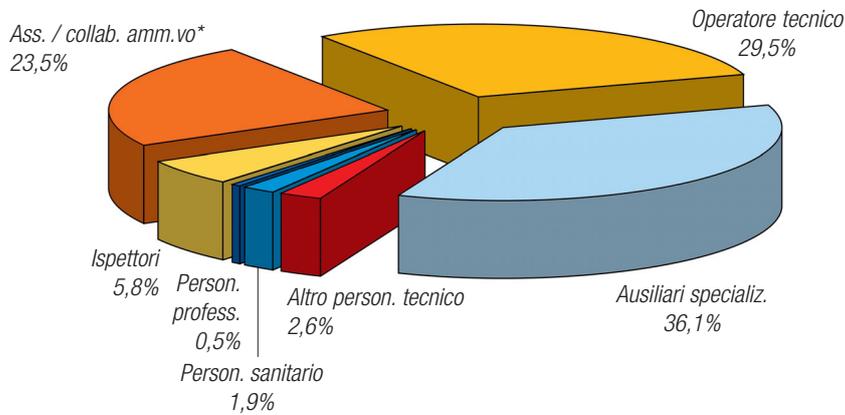
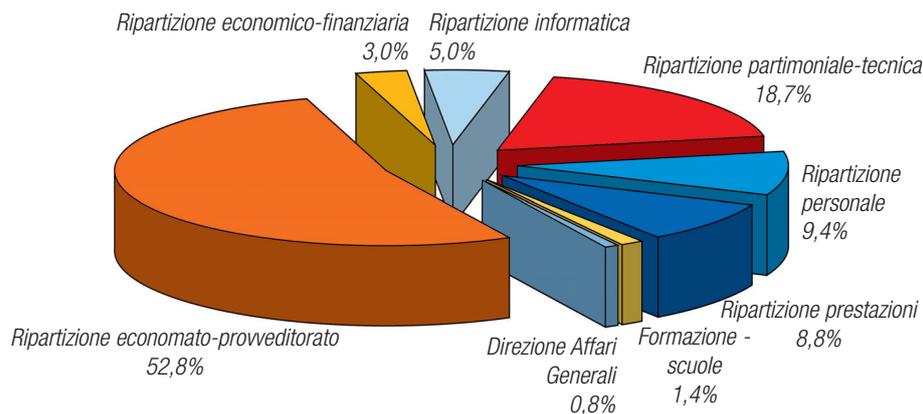


Figura 15: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nell'area di supporto non sanitaria delle aziende sanitarie per centro di responsabilità - Anno 2004



### 1.1.4. Personale dipendente nell'area ospedaliera

La descrizione delle figure professionali dipendenti nell'area ospedaliera segue la seguente aggregazione dei profili professionali:

Personale amministrativo (assistenti amministrativi, collaboratori amministrativi, ispettori), Personale professionale (ingegneri), Altro personale sanitario (biologi, chimici, farmacisti, fisici, personale con funzioni di riabilitazione, personale tecnico sanitario, psicologi), Personale infermieristico (personale infermieristico), Personale medico (medici ed odontoiatri), personale tecnico (assistenti tecnici, ausiliari socio-sanitari specializzati, operatori tecnici).

#### 1.1.4.1. Personale dipendente nell'area ospedaliera, distinto secondo le sottoaree reparto/servizio

Nell'area ospedaliera opera il 59,6% del totale personale equivalente dipendente delle aziende sanitarie. Ciò corrisponde a 3.860,32 unità equivalenti.

Tabella 9: Totale personale dipendente nell'area ospedaliera, per azienda sanitaria - Anno 2004

Sottoaree	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
<b>Personale Part-Time</b>					
Totale reparti ospedalieri	311	207	178	233	929
Totale servizi ospedalieri	247	124	89	91	551
<b>TOTALE</b>	<b>558</b>	<b>331</b>	<b>267</b>	<b>324</b>	<b>1.480</b>
<b>Personale a Tempo Pieno</b>					
Totale reparti ospedalieri	914	560	418	468	2.360
Totale servizi ospedalieri	619	322	194	181	1.316
<b>TOTALE</b>	<b>1.533</b>	<b>882</b>	<b>612</b>	<b>649</b>	<b>3.676</b>
<b>Personale Equivalente</b>					
Totale reparti ospedalieri	964,51	564,79	409,00	498,94	2.437,24
Totale servizi ospedalieri	672,85	340,26	213,86	196,11	1.423,08
<b>TOTALE</b>	<b>1.637,36</b>	<b>905,05</b>	<b>622,86</b>	<b>695,05</b>	<b>3.860,32</b>

Fonte: aziende sanitarie - dati SIPs

Il 63,1% del personale equivalente operante nell'area ospedaliera è impiegato nei reparti ospedalieri degli istituti di ricovero della Provincia.

Il 42,4% del personale complessivo dell'area ospedaliera opera presso il presidio ospedaliero di Bolzano, a fronte del 16,1% di personale impiegato presso le strutture ospedaliere dell'A.S. di Bressanone.

Figura 16: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nell'area ospedaliera, per azienda sanitaria - Anno 2004

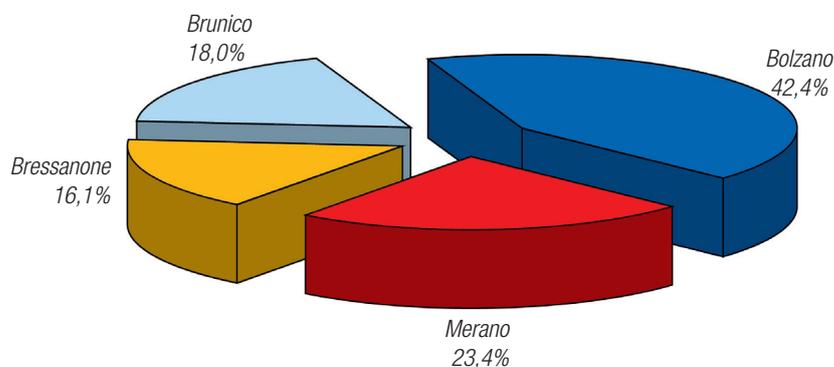


Figura 17: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nell'area ospedaliera, per sottoarea di impiego - Anno 2004

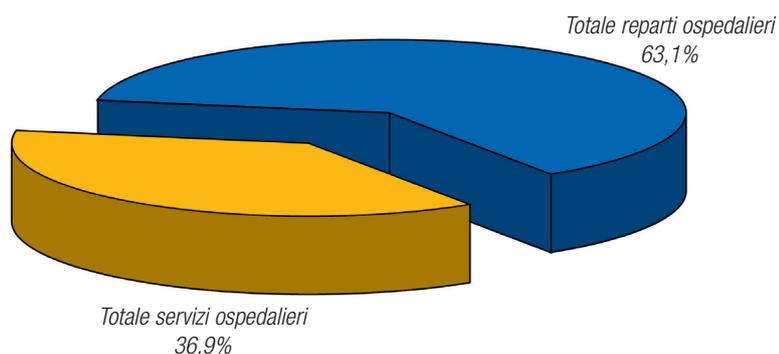
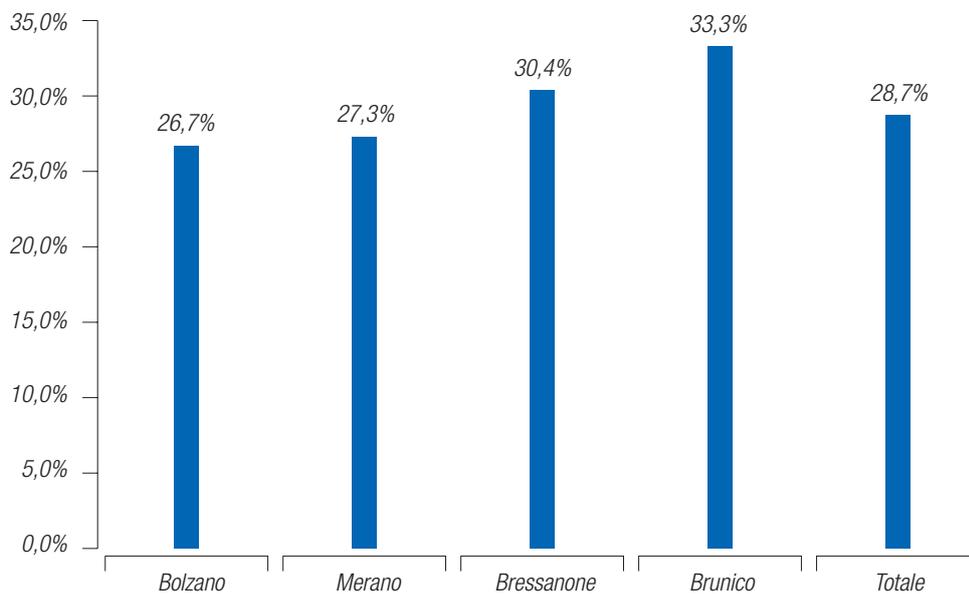


Figura 18: Area ospedaliera - personale part-time sul totale personale dipendente delle aziende sanitarie al 31.12.2004



Il 28,7% del personale dipendente nell'area ospedaliera delle aziende è impiegato part-time. Le differenze della composizione del personale dipendente per tempo di impiego presso le singole aziende sanitarie sono desumibili dalla Figura 18.

#### 1.1.4.1.1. Personale dipendente nei reparti ospedalieri

Del totale personale equivalente delle aziende sanitarie operante nei reparti delle rispettive aree ospedaliere, il 15,5% opera nei reparti di medicina degli ospedali della Provincia, il 10,1% è operante nei reparti di ostetricia e ginecologia, segue il 9,9% che è in servizio nei reparti di anestesia e rianimazione. Il 9,8% del personale è impiegato nei reparti di chirurgia degli ospedali provinciali, mentre l'8,5% opera nei reparti di ortopedia e traumatologia. Queste 5 tipologie di reparto ospedaliero impiegano pertanto il 53,8% del personale operante nei reparti dell'area ospedaliera delle aziende sanitarie provinciali.

A livello provinciale, il 28,2% del personale dipendente nei reparti dell'area ospedaliera delle aziende è impiegato part-time (+ 0,9% rispetto al 2003).

Tabella 10: Totale personale dipendente nei reparti ospedalieri, per azienda sanitaria - Anno 2004

Reparto		Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Anestesia e Rianim.	Part-Time	14	14	7	11	46
	T.Pieno	108	68	50	43	269
	Pers. Equiv.	102,02	60,56	39,09	39,37	241,04
Cardiologia	Part-Time	18	1	-	-	19
	T.Pieno	61	19	-	-	80
	Pers. Equiv.	61,04	20,77	-	-	81,81
Chirurgia 1	Part-Time	6	22	19	30	77
	T.Pieno	27	65	46	71	209
	Pers. Equiv.	26,58	65,26	46,93	77,09	215,86
Chirurgia 2	Part-Time	3	-	-	-	3
	T.Pieno	25	-	-	-	25
	Pers. Equiv.	22,50	-	-	-	22,50
Chirurgia pediatrica	Part-Time	4	-	-	-	4
	T.Pieno	17	-	-	-	17
	Pers. Equiv.	17,93	-	-	-	17,93
Chirurgia Vasc.	Part-Time	10	-	-	-	10
	T.Pieno	21	-	-	-	21
	Pers. Equiv.	22,65	-	-	-	22,65
Dermatologia	Part-Time	21	7	7	4	39
	T.Pieno	22	11	4	12	49
	Pers. Equiv.	28,75	13,38	5,64	11,91	59,68
Ematologia	Part-Time	21	-	-	-	21
	T.Pieno	47	-	-	-	47
	Pers. Equiv.	52,89	-	-	-	52,89
Gastroenterol.	Part-Time	11	-	-	-	11
	T.Pieno	36	-	-	-	36
	Pers. Equiv.	37,17	-	-	-	37,17
Geriatra	Part-Time	22	9	-	-	31
	T.Pieno	38	33	-	-	71
	Pers. Equiv.	45,80	33,23	-	-	79,03
Malattie infet.	Part-Time	3	-	-	-	3
	T.Pieno	24	-	-	-	24
	Pers. Equiv.	23,38	-	-	-	23,38
Medicina 1	Part-Time	8	34	35	51	128
	T.Pieno	44	110	72	105	331
	Pers. Equiv.	44,61	96,22	69,39	110,58	320,80
Medicina 2	Part-Time	9	-	8	-	17
	T.Pieno	34	-	17	-	51
	Pers. Equiv.	34,33	-	21,55	-	55,88
Nefrologia - Emodialisi	Part-Time	11	6	2	6	25
	T.Pieno	26	12	10	6	54
	Pers. Equiv.	29,95	15,01	9,53	8,30	62,79
Neurochirurgia	Part-Time	4	-	-	-	4
	T.Pieno	19	-	-	-	19
	Pers. Equiv.	19,78	-	-	-	19,78
Neurologia	Part-Time	8	1	1	2	12
	T.Pieno	30	6	-	7	43
	Pers. Equiv.	30,27	11,88	2,68	6,40	51,23
Nido	Part-Time	15	15	-	5	35
	T.Pieno	9	19	-	5	33
	Pers. Equiv.	12,93	19,32	-	6,79	39,04
Oculistica	Part-Time	20	-	-	13	33
	T.Pieno	19	5	-	21	45
	Pers. Equiv.	24,83	6,13	-	22,21	53,17
Odontostom.	Part-Time	3	-	-	2	5
	T.Pieno	13	1	1	2	17
	Pers. Equiv.	13,98	1,00	-	3,32	19,27

Reparto		Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Oncologia medica	Part-Time	4	6	-	-	10
	T.Pieno	10	5	-	-	15
	Pers. Equiv.	12,60	6,22	-	-	18,82
Ortopedia e traum.	Part-Time	10	14	20	32	76
	T.Pieno	41	58	54	56	209
	Pers. Equiv.	41,98	58,02	0,97	59,99	207,14
Ostetricia – Ginecologia	Part-Time	20	35	42	30	127
	T.Pieno	54	62	52	74	242
	Pers. Equiv.	52,73	65,47	47,15	72,26	246,37
ORL	Part-Time	10	16	4	4	34
	T.Pieno	18	22	19	1	60
	Pers. Equiv.	18,57	27,60	18,51	3,00	67,68
Pediatría	Part-Time	31	12	21	23	87
	T.Pieno	78	27	35	30	170
	Pers. Equiv.	85,74	25,91	36,31	37,58	185,54
Pneumologia	Part-Time	8	-	1	-	9
	T.Pieno	32	-	-	-	32
	Pers. Equiv.	36,20	-	2,04	-	38,24
Psichiatria	Part-Time	6	4	7	20	37
	T.Pieno	37	13	42	35	127
	Pers. Equiv.	36,11	16,02	36,09	40,14	128,36
Urologia	Part-Time	11	11	4	-	26
	T.Pieno	24	24	16	-	-
	Pers. Equiv.	29,19	22,79	17,21	64	69,19
<b>TOTALE</b>	<b>Part-Time</b>	<b>311</b>	<b>207</b>	<b>178</b>	<b>233</b>	<b>929</b>
	<b>T.Pieno</b>	<b>914</b>	<b>560</b>	<b>418</b>	<b>468</b>	<b>2.360</b>
	<b>Pers. Equiv.</b>	<b>964,51</b>	<b>564,79</b>	<b>409,00</b>	<b>498,94</b>	<b>2.437,24</b>

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

La figura professionale maggiormente impiegata nei reparti dell'area ospedaliera delle aziende sanitarie è quella del personale infermieristico. In termini equivalenti ne compone il 53,1% del totale personale impiegato (1.293,00 unità equivalenti). Il personale medico copre il 25,2%, il restante 21,7% è composto da personale amministrativo, tecnico e da altro personale sanitario.

Figura 19: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nei reparti nell'area ospedaliera, per azienda sanitaria - Anno 2004

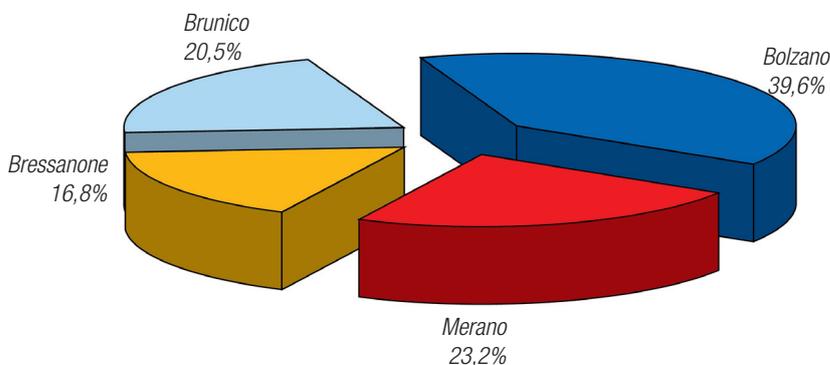
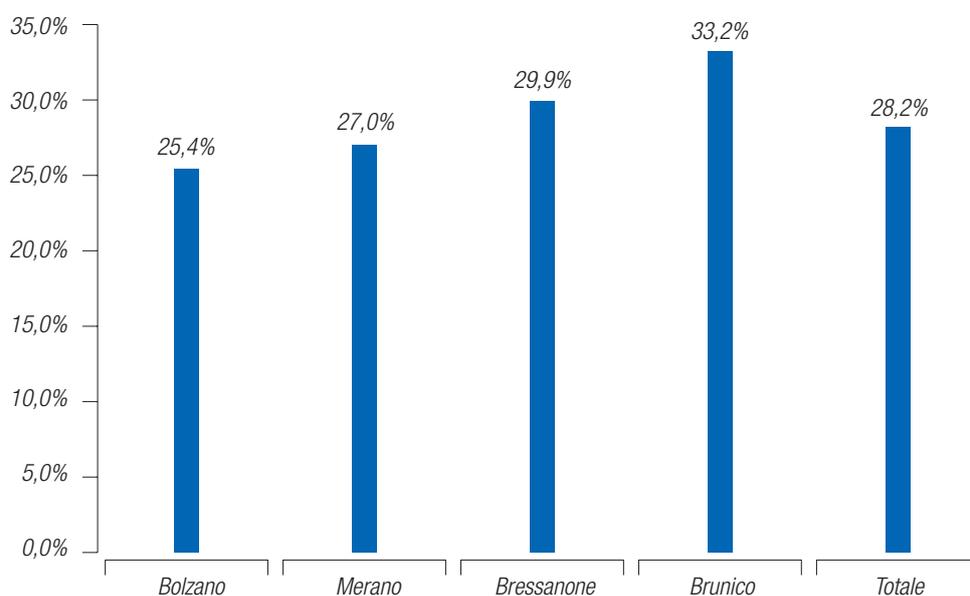


Figura 20: Area ospedaliera - personale part-time sul totale personale dipendente nei reparti al 31.12.2004



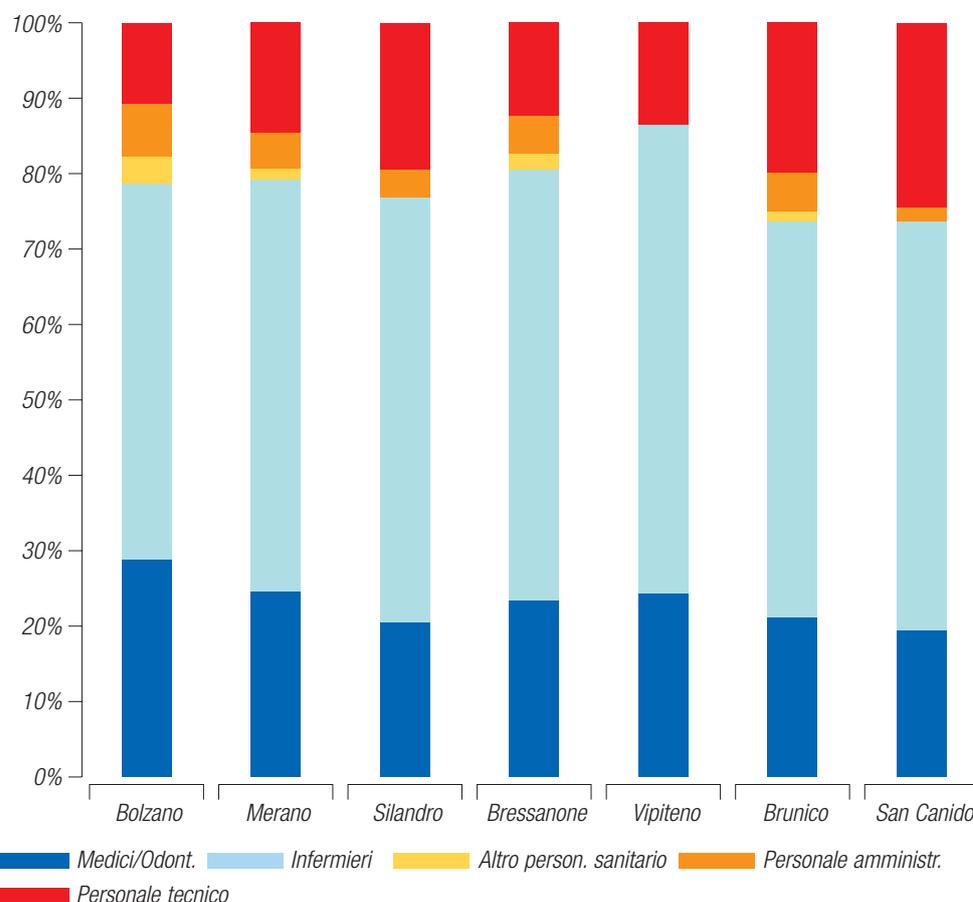
La tipologia di reparto con il maggior numero di personale medico è l'unità operativa di anestesia e rianimazione (79,7 unità equivalenti di personale), mentre quella con il maggior numero di personale infermieristico è quella dei reparti di medicina con un totale di 182,78 unità equivalenti, presso la quale si osserva anche la maggiore presenza di personale amministrativo e di personale tecnico (rispettivamente 20,85 e 79,37 unità equivalenti).

Tabella 11: Totale personale dipendente nei reparti ospedalieri, per figura professionale - Anno 2004

Reparto	Medici/ Odont.		Infermieri		Altro person. sanitario		Personale amministr.		Personale tecnico		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Anestesia e R.	96	79,27	187	140,11	-	-	7	5,40	25	16,26	315	241,04
Cardiologia	25	24,59	59	45,41	1	0,24	9	7,25	5	4,32	99	81,81
Chirurgia 1	61	55,85	149	104,65	-	-	13	8,04	63	47,32	286	215,86
Chirurgia 2	10	9,06	15	10,82	-	-	1	0,97	2	1,65	28	22,50
Chir. Pediatrica	6	6,00	13	9,73	-	-	1	1,23	1	0,97	21	17,93
Chir.Vasc. Tor.	6	5,94	17	10,98	-	-	5	2,93	3	2,80	31	22,65
Dermatologia	22	18,38	50	29,91	1	0,25	12	8,59	3	2,55	88	59,68
Ematologia	12	11,53	31	21,29	12	10,11	4	3,34	9	6,62	68	52,89
Gastroenterol.	13	12,96	24	16,43	-	-	5	4,27	5	3,51	47	37,17
Geriatra	21	19,20	52	40,27	-	-	6	4,14	23	15,42	102	79,03
Malattie infettive	6	5,55	18	15,14	-	-	2	1,86	1	0,83	27	23,38
Medicina 1	86	76,46	250	158,50	-	-	28	17,90	95	67,94	459	320,80
Medicina 2	19	17,22	34	24,28	-	-	3	2,95	12	11,43	68	55,88
Nefrologia - Emodialisi	7	6,98	63	48,99	-	-	3	1,46	6	5,36	79	62,79
Neurochirurgia	5	4,34	14	12,44	-	-	2	1,21	2	1,79	23	19,78
Neurologia	23	19,78	23	24,52	-	-	6	3,79	3	3,14	55	51,23
Nido	-	-	67	38,18	-	-	-	-	1	0,86	68	39,04
Oculistica	24	20,74	31	16,71	10	6,02	6	4,47	7	5,23	78	53,17
Odontostom.	6	5,92	5	3,31	2	1,00	2	1,14	7	7,90	22	19,27
Oncologia m.	4	2,33	16	12,96	-	-	4	2,67	1	0,86	25	18,82
Ortopedia e t.	62	56,23	159	105,29	-	-	17	11,01	47	34,61	285	207,14
Ostetricia/G.	53	44,14	248	159,96	1	1,00	21	11,52	46	29,75	369	246,37
Otorinolarin.	16	16,24	46	30,84	15	8,74	8	5,15	9	6,71	94	67,68
Pediatria	49	44,11	157	106,16	20	13,66	13	6,53	18	15,08	257	185,54
Pneumologia	11	11,65	21	18,50	-	-	5	4,12	4	3,97	41	38,24
Psichiatria	24	20,81	70	51,15	13	9,03	7	4,98	50	42,39	164	128,36
Urologia	19	18,06	50	36,47	3	2,40	8	4,92	10	7,34	90	69,19
<b>TOTALE</b>	<b>686</b>	<b>613,34</b>	<b>1.869</b>	<b>1.293,00</b>	<b>78</b>	<b>52,45</b>	<b>198</b>	<b>131,84</b>	<b>458</b>	<b>346,61</b>	<b>3.289</b>	<b>2.437,24</b>

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPS

Figura 21: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nei reparti dell'area ospedaliera delle singole aziende sanitarie, per figura professionale - Anno 2004



#### 1.1.4.1.2. Personale dipendente presso i servizi dell'area ospedaliera

Del totale personale equivalente delle aziende sanitarie operante nei servizi delle rispettive aree ospedaliere, il 22,9% del totale è collocato presso i servizi di riabilitazione fisica degli ospedali provinciali (compresi i servizi di logopedia e di riabilitazione fisica dell'A.S. di Bolzano). Il 13,9% del personale dipendente è occupato nei servizi di radiologia, segue il 13,5% dei laboratori di analisi, mentre il 12,8% del personale è dipendente nei gruppi operatori degli ospedali provinciali. Da evidenziare inoltre il 10,0% del personale equivalente dipendente nei servizi di Pronto soccorso – Astanteria degli ospedali. Queste 5 aree di impiego nei servizi racchiudono il 73,1% circa del personale totale impiegato nei servizi dell'area ospedaliera.

A livello provinciale, il 29,5% del personale dipendente nei servizi dell'area ospedaliera delle aziende è impiegato part-time (+ 2,3% rispetto al 2003) con valori massimi rilevati presso l'Azienda Sanitaria di Brunico con una percentuale pari al 33,5%.

Tabella 12: Totale personale dipendente nei servizi ospedalieri, per azienda sanitaria - Anno 2004

Servizio		Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Camere Speciali	Part-Time	1	-	-	-	1
	T. Pieno	-	-	-	-	-
	Pers. Equiv.	0,92	-	-	-	0,92
Consulenza Genetica	Part-Time	2	-	-	-	2
	T. Pieno	6	-	-	-	6
	Pers. Equiv.	6,75	-	-	-	6,75
Costi comuni area ospedaliera	Part-Time	-	-	2	-	2
	T. Pieno	-	-	1	-	1
	Pers. Equiv.	-	-	1,79	-	1,79
Diagnostica Funzionale	Part-Time	-	3	-	-	3
	T. Pieno	-	15	-	-	15
	Pers. Equiv.	-	11,59	-	-	11,59
Gruppo Operatorio	Part-Time	21	10	13	9	53
	T. Pieno	55	45	43	35	178
	Pers. Equiv.	59,04	43,66	43,10	36,63	182,43
Istologia e anatomia patologica	Part-Time	9	-	-	-	9
	T. Pieno	50	-	-	-	50
	Pers. Equiv.	48,50	-	-	-	48,50
Istologia e anatomia patologica - Registro Tumori	Part-Time	3	-	-	-	3
	T. Pieno	2	-	-	-	2
	Pers. Equiv.	3,40	-	-	-	3,40
Laboratorio di analisi	Part-Time	27	12	20	16	75
	T. Pieno	84	32	29	25	170
	Pers. Equiv.	88,42	37,00	36,46	29,86	191,74
Medicina nucleare	Part-Time	2	1	-	-	3
	T. Pieno	15	3	-	-	18
	Pers. Equiv.	16,82	3,70	-	-	20,52
Poliambulatori	Part-Time	28	19	-	2	49
	T. Pieno	32	26	-	3	61
	Pers. Equiv.	46,40	29,85	-	4,50	80,75
Pronto soccorso - Astanteria	Part-Time	16	18	1	1	36
	T. Pieno	73	32	21	14	140
	Pers. Equiv.	68,14	39,39	19,93	14,61	142,07
Radiologia	Part-Time	26	7	9	9	51
	T. Pieno	78	53	29	27	187
	Pers. Equiv.	83,92	49,71	33,33	30,18	197,14
Servizio di Fisica sanitaria	Part-Time	3	-	-	-	3
	T. Pieno	10	-	-	-	10
	Pers. Equiv.	12,12	-	-	-	12,12
Servizio di immuno-ematologia e trasfusionale	Part-Time	12	1	1	-	14
	T. Pieno	36	16	-	-	52
	Pers. Equiv.	38,14	13,71	0,93	-	52,78
Servizio di Ingegneria clinica	Part-Time	-	1	-	-	1
	T. Pieno	28	-	-	-	28
	Pers. Equiv.	26,60	0,75	-	-	27,35
Servizio di Radioterapia	Part-Time	2	-	-	-	2
	T. Pieno	5	-	-	-	5
	Pers. Equiv.	6,44	-	-	-	6,44
Servizio di Riabilitazione fisica	Part-Time	18	46	36	46	146
	T. Pieno	36	80	62	63	241
	Pers. Equiv.	36,42	90,13	67,40	65,78	259,73
Servizio di riabilitazione fisica - Logopedia	Part-Time	12	-	-	-	12
	T. Pieno	15	-	-	-	15
	Pers. Equiv.	20,01	-	-	-	20,01
Servizio di riabilitazione fisica - Via Fago	Part-Time	43	-	-	-	43
	T. Pieno	32	-	-	-	32
	Pers. Equiv.	45,88	-	-	-	45,88

Servizio		Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Servizio diabetologico	Part-Time	10	1	2	-	13
	T. Pieno	5	2	-	-	7
	Pers. Equiv.	9,52	1,66	0,87	-	12,05
Servizio dietetico nutrizionale	Part-Time	4	4	5	4	17
	T. Pieno	23	10	4	6	43
	Pers. Equiv.	22,26	10,62	5,05	5,58	43,51
Servizio farmaceutico	Part-Time	8	1	-	4	13
	T. Pieno	34	8	5	8	55
	Pers. Equiv.	33,15	8,49	5,00	8,97	55,61
<b>TOTALE</b>	Part-Time	<b>247</b>	<b>124</b>	<b>89</b>	<b>91</b>	<b>551</b>
	T. Pieno	<b>619</b>	<b>322</b>	<b>194</b>	<b>181</b>	<b>1.316</b>
	Pers. Equiv.	<b>672,85</b>	<b>340,26</b>	<b>213,86</b>	<b>196,11</b>	<b>1.423,08</b>

Fonte: aziende sanitarie - dati SIPS

Figura 22: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nei servizi dell'area ospedaliera, per azienda sanitaria - Anno 2004

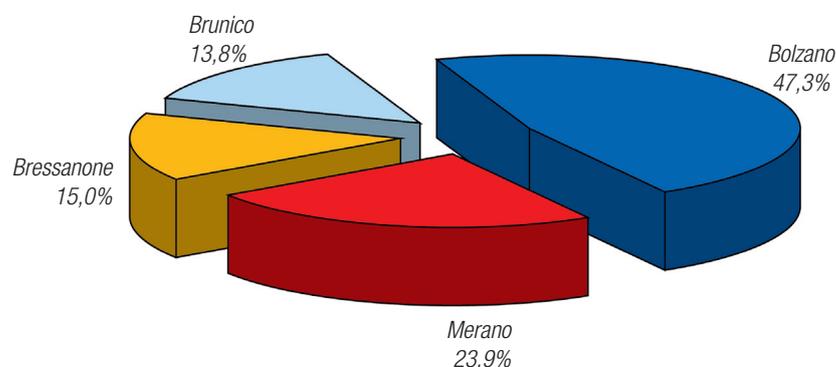
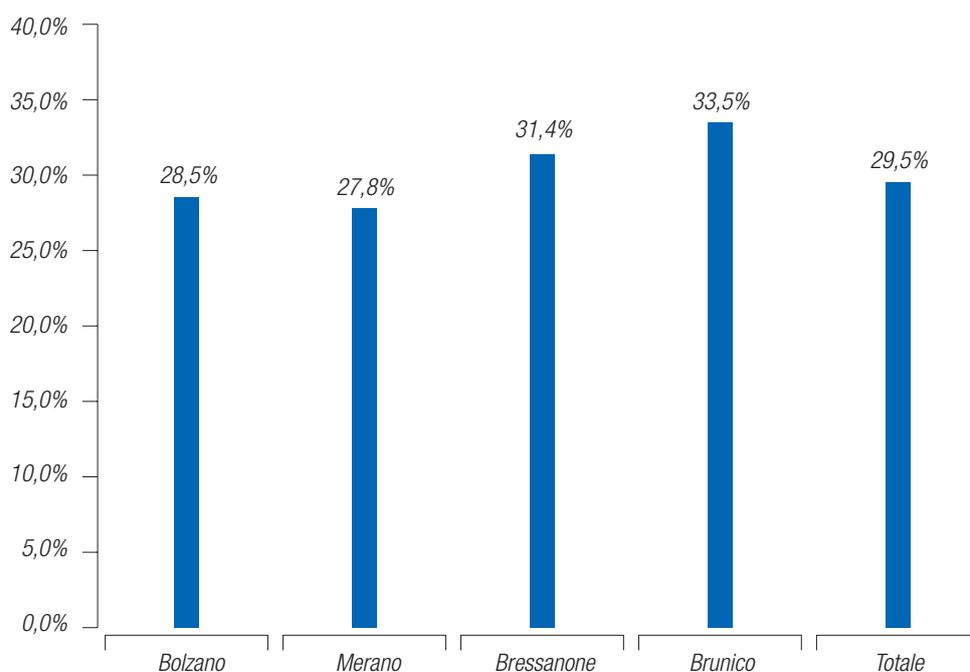


Figura 23: Area ospedaliera - personale part-time sul totale personale dipendente nei servizi al 31.12.2004



Le figure professionali maggiormente impiegate in termini equivalenti nei servizi dell'area ospedaliera (esclusa l'area della riabilitazione) si riferiscono ad altro personale sanitario (33,7%), seguite dal personale infermieristico (29,6%), dal personale tecnico (16,1%) e dal personale amministrativo (11,6%). Il personale medico copre l'8,8%. Il restante 0,3% è attribuibile al personale professionale.

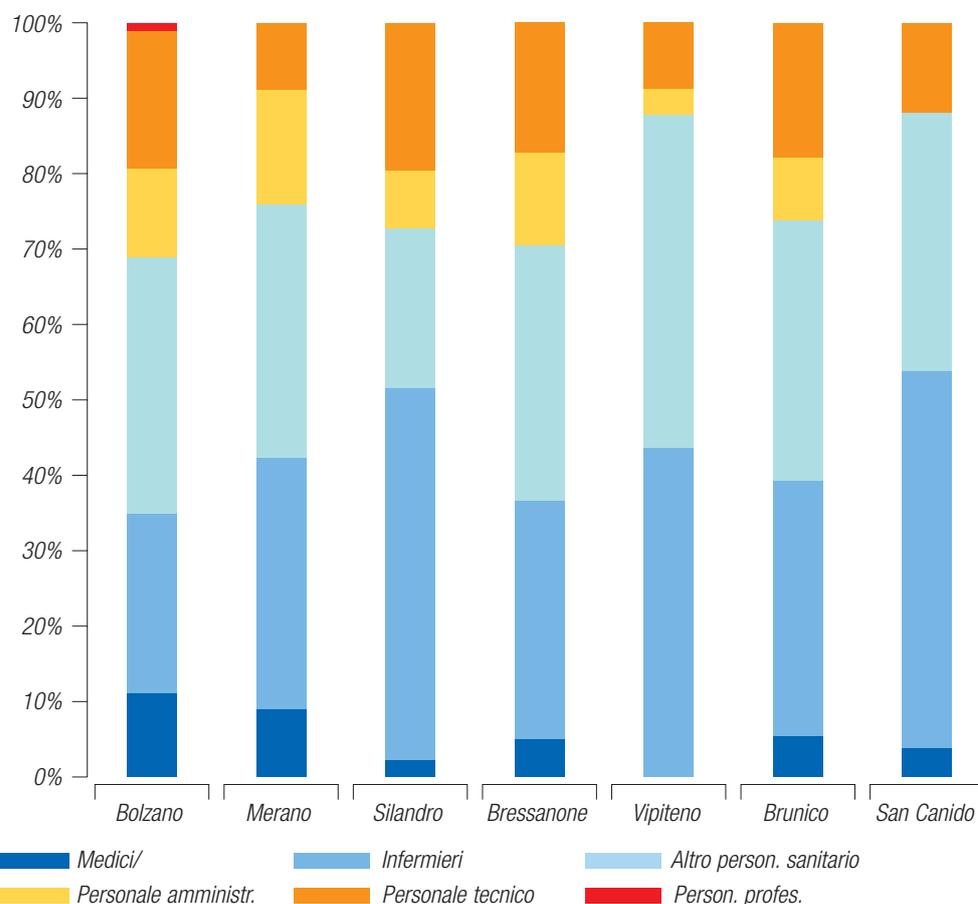
La maggiore presenza di personale amministrativo è rilevata nei Laboratori di analisi degli ospedali (24,01 unità equivalenti). Il personale medico è maggiormente presente nel servizio di radiologia (32,39 unità equivalenti), mentre quello infermieristico ha la concentrazione maggiore nel centro di responsabilità Gruppo operatorio.

Tabella 13: Totale personale dipendente nei servizi ospedalieri, per figura professionale - Anno 2004

Servizio		Medici/ Odont.	Infermieri	Altro person. sanitario	Personale amministr.	Personale tecnico	Person. profes.	Totale
Camere Speciali	N	-	1	-	-	-	-	1
	EQ	-	0,75	-	-	0,17	-	0,92
Consulenza Genetica	N	2	5	-	1	-	-	8
	EQ	2,00	3,78	-	0,97	-	-	6,75
Costi comuni area ospedaliera	N	-	-	-	3	-	-	3
	EQ	-	-	-	1,79	-	-	1,79
Diagnostica Funzionale	N	-	15	-	3	-	-	18
	EQ	-	8,63	-	2,96	-	-	11,59
Gruppo Operatorio	N	-	144	-	2	85	-	231
	EQ	-	111,58	-	1,48	69,37	-	182,43
Istologia e anatomia patologica	N	11	-	28	9	11	-	59
	EQ	10,95	-	21,50	5,93	10,12	-	48,50
Istologia e anatomia pato- logica - Registro Tumori	N	1	-	-	4	-	-	5
	EQ	1,00	-	-	2,40	-	-	3,40
Laboratorio di analisi	N	18	22	151	32	22	-	245
	EQ	14,72	12,80	122,96	24,01	17,25	-	191,74
Medicina nucleare	N	5	-	12	3	1	-	21
	EQ	4,94	-	12,11	2,54	0,93	-	20,52
Poliambulatori	N	1	69	1	32	7	-	110
	EQ	0,33	51,77	1,00	21,45	6,20	-	80,75
Pronto soccorso - Astanteria	N	16	130	-	16	14	-	176
	EQ	14,80	103,18	-	12,65	11,44	-	142,07
Radiologia	N	37	4	153	28	16	-	238
	EQ	32,39	4,04	124,73	22,49	13,49	-	197,14
Servizio di Fisica sanitaria	N	-	-	9	2	2	-	13
	EQ	-	-	8,66	1,97	1,49	-	12,12
Servizio di immuno- ematologia e trasfusionale	N	10	17	29	6	4	-	66
	EQ	8,79	11,74	24,11	4,64	3,50	-	52,78
Servizio di Ingegneria clinica	N	-	-	-	5	21	3	29
	EQ	-	-	-	4,62	19,86	2,87	27,35
Servizio di Radioterapia	N	1	3	2	-	1	-	7
	EQ	0,98	2,47	2,00	-	0,99	-	6,44
Servizio diabetologico	N	-	20	-	-	-	-	20
	EQ	-	11,57	0,48	-	-	-	12,05
Servizio dietetico nutrizionale	N	6	-	50	4	-	-	60
	EQ	5,59	0,06	34,05	3,81	-	-	43,51
Servizio farmaceutico	N	-	5	21	19	23	-	68
	EQ	-	2,10	17,85	13,66	22,00	-	55,61
<b>TOTALE</b>	N	108	435	456	169	207	3	1.378
	EQ	96,49	324,47	369,45	127,37	176,81	2,87	1.097,46

Fonte: aziende sanitarie - dati SIPS

Figura 24: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nei servizi dell'area ospedaliera delle singole aziende sanitarie, per figura professionale - Anno 2004



384

**PERSONALE DIPENDENTE  
PRESSO I SERVIZI DI  
RIABILITAZIONE FISICA**

Il personale operante nei servizi di riabilitazione fisica risulta pari a 325,62 unità equivalenti. Il 31,4% è dipendente nell'Azienda Sanitaria di Bolzano, il 27,7% in quella di Merano, il 20,7% nell'Azienda Sanitaria di Bressanone ed il 20,2% in quella di Brunico.

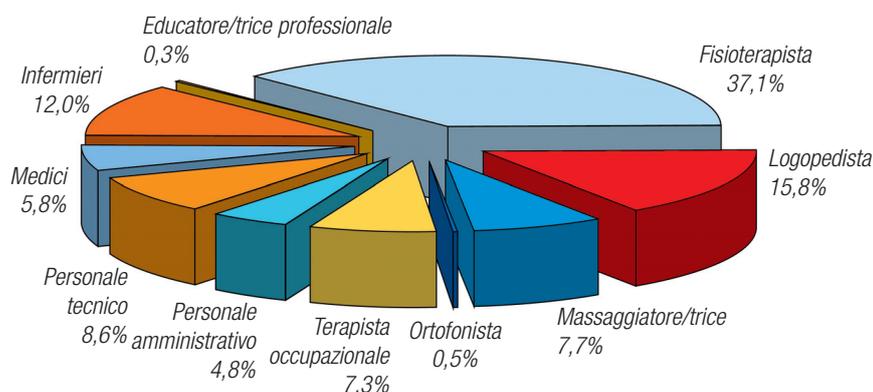
Tabella 14: Totale personale dipendente nei servizi di riabilitazione fisica, per azienda sanitaria - Anno 2004

Figure Professionali	Bolzano		Merano		Bressanone		Brunico		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Medici	2	1,45	7	7,06	8	5,25	7	5,05	24	18,81
Infermieri	13	9,26	19	13,11	15	8,10	14	8,76	61	39,23
Educatore/trice professionale	-	-	-	-	1	1,00	-	-	1	1,00
Fisioterapista	73	45,03	47	28,77	36	27,78	33	19,37	189	120,95
Logopedista	32	22,42	15	9,47	14	9,75	17	9,89	78	51,53
Massaggiatore/trice	17	11,53	10	7,85	6	2,97	6	2,65	39	25,00
Ortofonista	2	1,68	-	-	-	-	-	-	2	1,68
Terapista occupazionale	6	4,16	14	9,53	7	4,98	7	5,13	34	23,80
Personale amministrativo	7	4,86	7	3,89	3	2,75	7	4,10	24	15,60
Personale tecnico	4	1,92	7	10,45	8	4,82	18	10,83	37	28,02
<b>TOTALE</b>	<b>156</b>	<b>102,31</b>	<b>126</b>	<b>90,13</b>	<b>98</b>	<b>67,40</b>	<b>109</b>	<b>65,78</b>	<b>489</b>	<b>325,62</b>

Fonte: aziende sanitarie - dati SIPS

Il personale dipendente presso i servizi di riabilitazione fisica dell'Azienda sanitaria di Bolzano risulta pari a 102,31 unità equivalenti.

Figura 25: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nei servizi di riabilitazione fisica delle aziende sanitarie, per figura professionale - Anno 2004



La figura professionale prevalente nei servizi di riabilitazione fisica delle aziende della Provincia è quella del fisioterapista (37,1%), seguita dalla figura del logopedista (15,8%) e dal personale infermieristico (12,0%). L'8,6% corrisponde alla figura del personale tecnico, il 7,7% a quella del massaggiatore/trice, mentre il restante 18,8% del personale è composto da terapisti occupazionali, personale medico, personale amministrativo ed altro personale.

Il 44,8% del personale dipendente nei servizi riabilitativi dell'Azienda Sanitaria di Bolzano è impiegato nel servizio di riabilitazione fisica di via Fago, il 35,6% nel servizio di riabilitazione fisica presso l'ospedale di Bolzano, il restante 19,6% presso il servizio di Logopedia.

### 1.1.5. Personale dipendente nell'area territoriale

Le figure professionali dell'area territoriale sono aggregate secondo i seguenti profili professionali:

Personale amministrativo (assistenti amministrativi, collaboratori amministrativi, commesso/a, ispettori), Personale medico (personale medico), Personale infermieristico (personale infermieristico), Altro personale sanitario (personale con funzioni di riabilitazione, personale tecnico-sanitario, psicologi), Personale tecnico (assistenti sociali, ausiliari socio-sanitari specializzati, operatori tecnici, sociologi).

#### 1.1.5.1. Personale dipendente per macroarea territoriale

L'area territoriale è suddivisa in sei ulteriori sottoaree. La macro-area con la maggiore percentuale di personale dipendente in termini equivalenti risulta quella dell'Assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale (31,8%, corrispondente a 305,12 unità equivalenti).

Tabella 15: Totale personale dipendente nell'area territoriale, per macroarea e per azienda sanitaria - Anno 2004

Area	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
<b>Personale Part-Time</b>					
Assistenza distrettuale	128	63	29	47	267
Assistenza territoriale in convenzione	-	-	7	-	7
Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale	46	60	18	19	143
Medicina di base	1	-	2	-	3
Prevenzione	64	11	9	12	96
Servizi generali, amministrativi area territoriale	11	1	4	-	16
<b>TOTALE</b>	<b>250</b>	<b>135</b>	<b>69</b>	<b>78</b>	<b>532</b>
<b>Personale a Tempo Pieno</b>					
Assistenza distrettuale	93	75	9	20	197
Assistenza territoriale in convenzione	-	-	23	-	23
Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale	118	96	21	28	263
Medicina di base	31	-	2	-	33
Prevenzione	190	22	15	9	236
Servizi generali, amministrativi area territoriale	47	9	6	-	62
<b>TOTALE</b>	<b>479</b>	<b>202</b>	<b>76</b>	<b>57</b>	<b>814</b>
<b>Personale Equivalente</b>					
Assistenza distrettuale	134,39	85,13	22,25	37,57	279,34
Assistenza territoriale in convenzione	-	-	23,64	-	23,64
Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale	128,33	111,16	33,45	32,18	305,12
Medicina di base	31,20	-	3,16	-	34,36
Prevenzione	205,69	25,11	17,66	14,51	262,97
Servizi generali, amministrativi area territoriale	42,44	7,45	5,34	-	55,23
<b>TOTALE</b>	<b>542,05</b>	<b>228,85</b>	<b>105,50</b>	<b>84,26</b>	<b>960,66</b>

Fonte: aziende sanitarie - dati SIPS

Nell'area relativa all'assistenza territoriale in convenzione (presente solo presso l'Azienda Sanitaria di Bressanone), si osserva invece la concentrazione piú bassa di personale dipendente.

Figura 26: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nell'area territoriale, per azienda sanitaria - Anno 2004

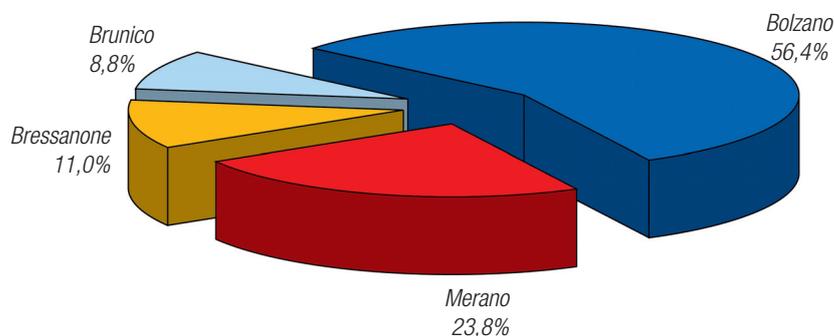


Figura 27: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nell'area territoriale, per macroarea di impiego - Anno 2004

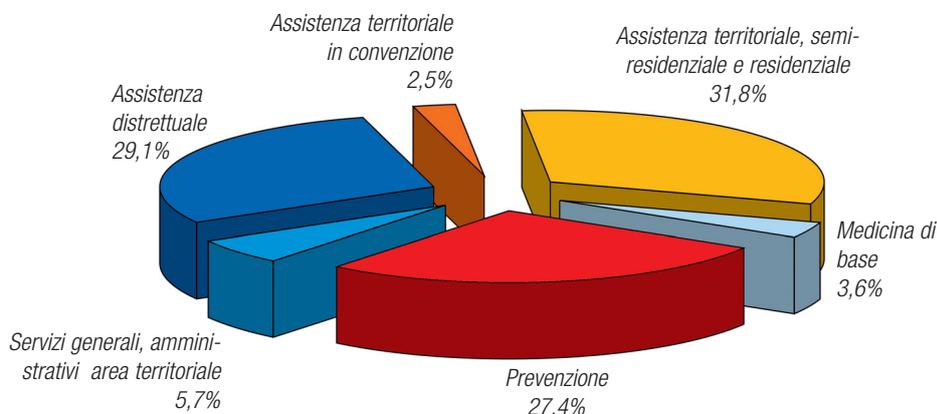
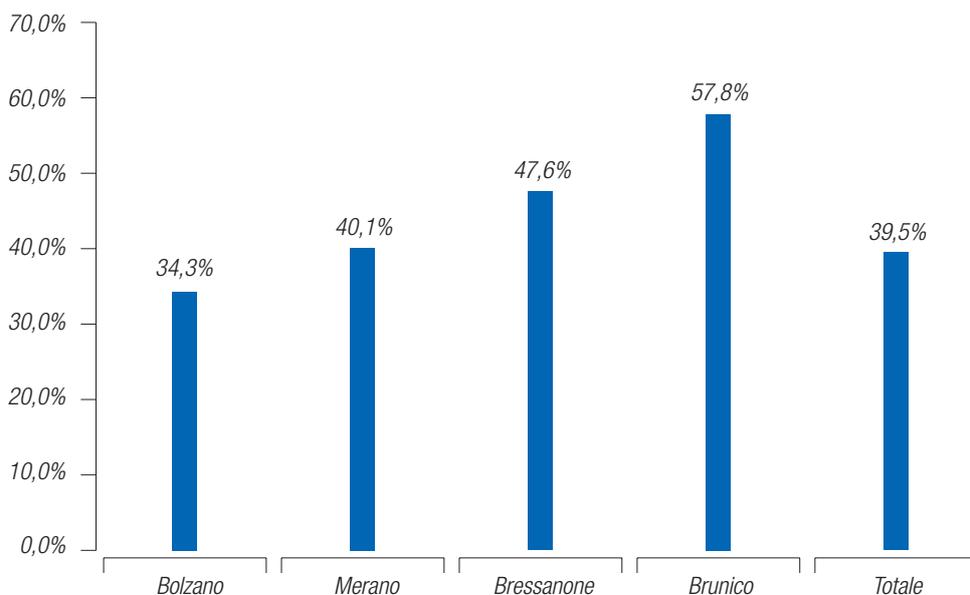
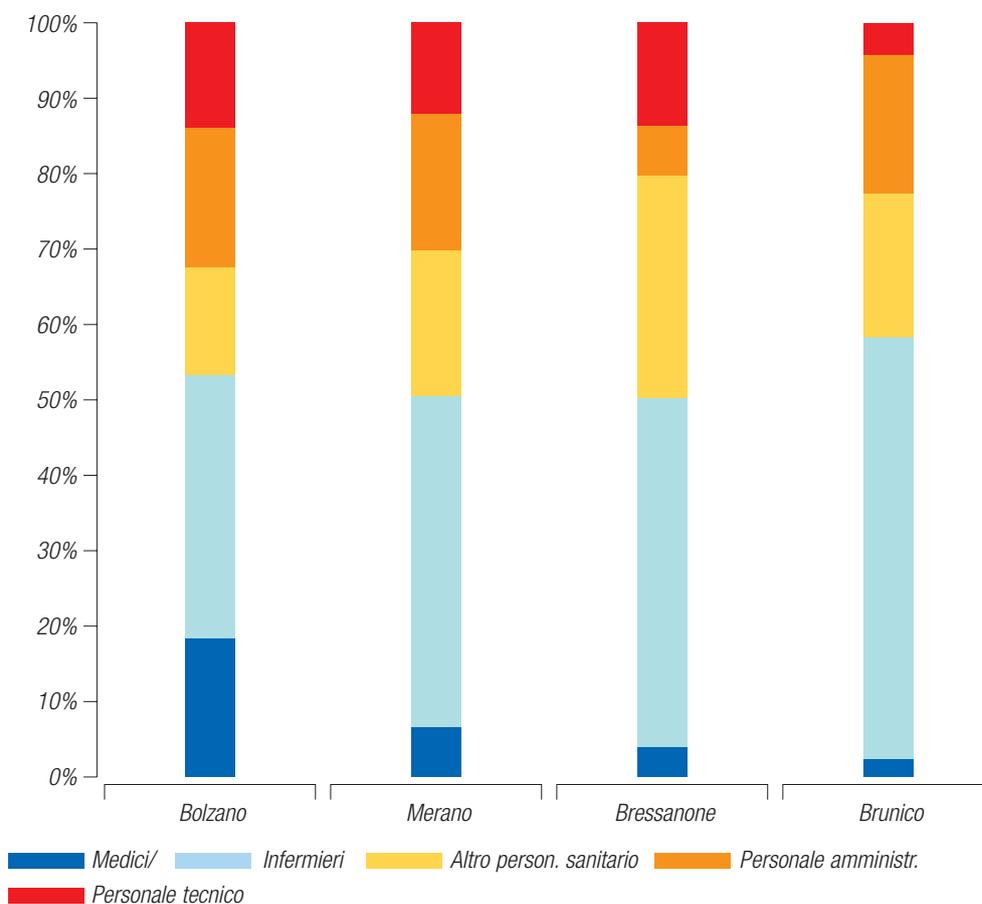


Figura 28: Area territoriale - personale part-time sul totale personale dipendente delle aziende sanitarie al 31.12.2004



Il 39,5% del personale dipendente nell'area territoriale delle aziende è impiegato part-time. Presso l'Azienda Sanitaria di Brunico si osserva la percentuale più elevata (57,8%) del personale equivalente impiegato a part-time. L'azienda di Bolzano registra invece la percentuale più bassa (34,3%).

Figura 29: Distribuzione % del personale equivalente dipendente dell'area territoriale delle aziende sanitarie, per figura professionale ed azienda sanitaria di impiego - Anno 2004



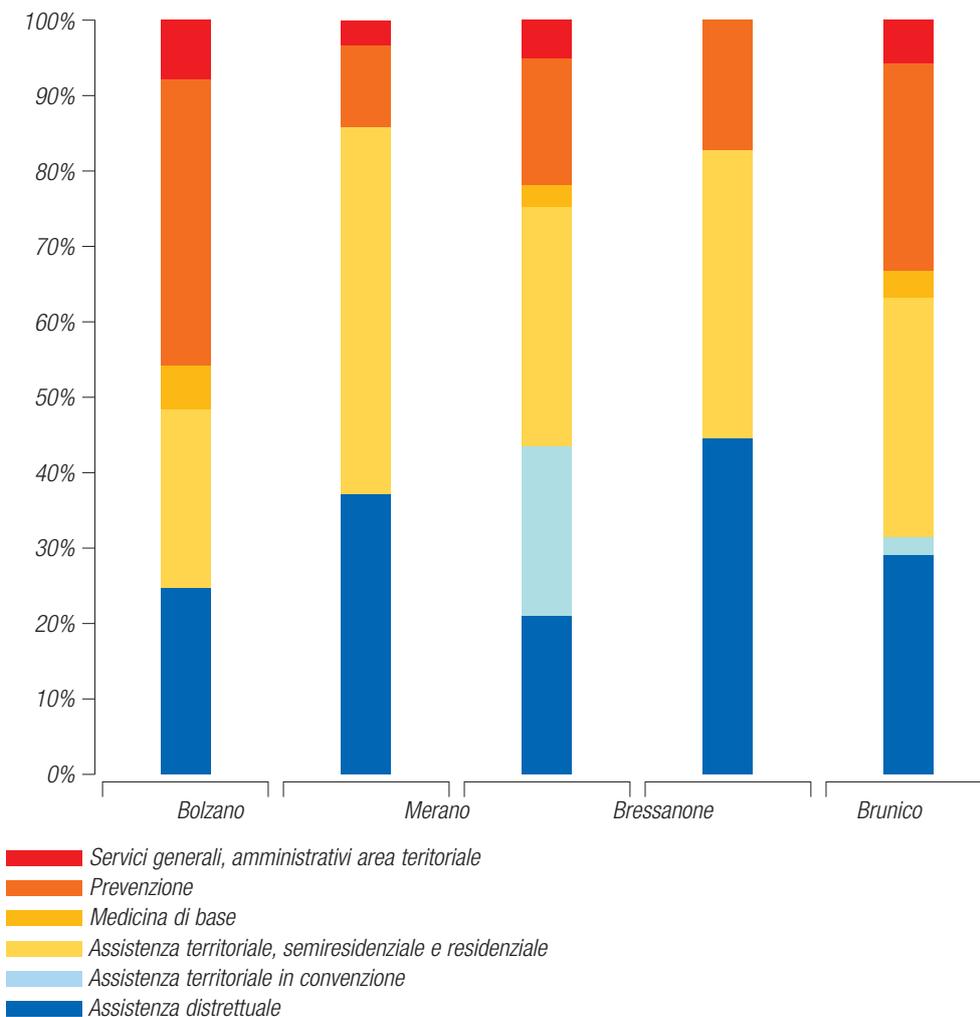
La figura professionale maggiormente presente tra i dipendenti dell'area territoriale delle aziende sanitarie è quella del personale infermieristico. In termini equivalenti corrisponde al 40,2% del totale personale impiegato (385,83 unità equivalenti). L'altro personale sanitario copre il 17,6%, seguito dal personale amministrativo con il 17,1%. Le figure mediche ed il personale tecnico compongono entrambi il 12,6% del personale dipendente nell'area territoriale.

Tabella 16: Totale personale dipendente nell'area territoriale, per macroarea e per figura professionale - Anno 2004

Servizio	Medici/ Odont.		Infermieri		Altro person. sanitario		Personale amministr.		Personale tecnico		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Assistenza distrettuale	1	1,00	352	197,32	16	14,00	76	54,69	19	12,33	464	279,34
Assistenza territoriale in convenzione	1	0,75	13	9,84	9	7,82	2	1,73	5	3,50	30	23,64
Assistenza territoriale, semire- sidenziale e residenziale	29	31,17	159	102,04	111	89,44	21	15,44	86	67,03	406	305,12
Medicina di base	3	2,99	12	11,65	-	-	1	0,90	20	18,82	36	34,36
Prevenzione	84	75,98	88	56,69	65	57,68	77	56,17	18	16,45	332	262,97
Servizi generali ed amministra- tivi area territoriale	10	9,28	15	8,29	-	-	50	34,96	3	2,70	78	55,23
<b>TOTALE</b>	<b>128</b>	<b>121,17</b>	<b>639</b>	<b>385,83</b>	<b>201</b>	<b>168,94</b>	<b>227</b>	<b>163,89</b>	<b>151</b>	<b>120,83</b>	<b>1.346</b>	<b>960,66</b>

Fonte: aziende sanitarie - dati SIPS

Figura 30: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nell'area territoriale, per macroarea e per azienda sanitaria di impiego - Anno 2004



La figura medica (comprensiva anche della figura professionale del veterinario) è maggiormente presente nell'ambito dell'area prevenzione. Il personale infermieristico è maggiormente impiegato nell'area distrettuale con 197,32 unità equivalenti, mentre il personale tecnico (67,03 u. eq.) è prevalente nell'area dell'assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale. L'area prevenzione presenta anche la maggiore concentrazione di personale amministrativo (56,17 u. eq.).

### 1.1.5.1.1. Assistenza distrettuale

Il numero di persone dipendenti nell'ambito dell'assistenza distrettuale al 31.12.2004 risulta pari a 464 unità (57,5% di questo è impiegato a part-time). Ciò corrisponde a 279,34 unità equivalenti.

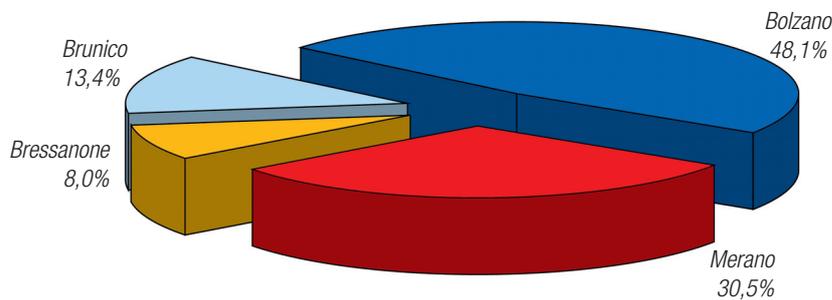
Tabella 17: Totale personale dipendente nell'area territoriale, per distretto e per azienda sanitaria - Anno 2004

Distretto	Bolzano			Merano			Bressanone			Brunico		
	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ
Val Gardena	9	2	6,04	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Val d'Ega Sciliar	15	10	14,01	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Salto-Sarentino-Renon	13	6	9,90	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oltradige	12	12	16,20	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Laives-Bronzolo-Vadena	13	6	13,34	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bassa Atesina	24	10	19,29	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolzano	42	45	55,61	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alta Val Venosta	-	-	-	8	5	8,82	-	-	-	-	-	-
Media Val Venosta	-	-	-	14	10	12,07	-	-	-	-	-	-
Naturno-circondario	-	-	-	4	10	7,98	-	-	-	-	-	-
Lana-circondario	-	-	-	12	12	16,20	-	-	-	-	-	-
Merano-circondario	-	-	-	20	26	32,19	-	-	-	-	-	-
Val Passiria	-	-	-	5	12	7,87	-	-	-	-	-	-
Alta Valle Isarco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bressanone-circond.	-	-	-	-	-	-	21	6	15,18	-	-	-
Chiusa-circondario	-	-	-	-	-	-	8	3	7,07	-	-	-
Tures-Aurina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	3	6,81
Brunico-circondario	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	12	19,59
Alta Val Pusteria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	3	6,45
Val Badia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	2	4,72
<b>TOTALE</b>	<b>128</b>	<b>93</b>	<b>134,39</b>	<b>63</b>	<b>75</b>	<b>85,13</b>	<b>29</b>	<b>9</b>	<b>22,25</b>	<b>47</b>	<b>20</b>	<b>37,57</b>

Fonte: aziende sanitarie – dati SIPs

Il distretto con la maggiore presenza di personale equivalente risulta essere quello di Bolzano (55,61 u. eq.), mentre nel distretto della Alta Val d'Isarco non figura alcuna unità di personale dipendente.

Figura 31: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nei distretti nell'area territoriale, per azienda sanitaria - Anno 2004



### 1.1.5.1.2. Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale

Il numero di persone dipendenti nell'ambito dell'assistenza territoriale, semi-residenziale e residenziale al 31.12.2004 risulta pari a 406 unità (35,2% di questo è impiegato a part-time). Ciò corrisponde a 305,12 unità equivalenti.

La figura prevalente operante nella macro-area dell'assistenza territoriale semi-residenziale e residenziale è quella del personale infermieristico, che copre il 33,4% del totale personale equivalente operante in quest'area (corrisponde a 102,04 u. eq.). Seguono le altre figure professionali del personale sanitario con il 29,3% sul totale (89,44 u. eq.) ed il personale tecnico con il 22,0%. Il restante personale è composto da personale medico (10,2%) e personale amministrativo (5,1%).

Tabella 18: Totale personale dipendente nell'area dell'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale, per servizio e per azienda sanitaria - Anno 2004

Distretto		Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Assistenza ai tossico ed alcolodipendenti - SerT	P.T.	5	6	4	-	15
	T.P.	21	11	6	-	38
	EQ	20,81	13,65	8,40	-	42,86
Assistenza psichiatrica - Centri diurni	P.T.	-	-	-	-	-
	T.P.	2	-	-	-	2
	EQ	1,94	-	-	-	1,94
Assistenza psichiatrica - Centro riabilitazione psichiatrica Stadio	P.T.	16	-	-	-	16
	T.P.	26	1	-	-	27
	EQ	32,86	0,85	-	-	33,71
Assistenza psichiatrica - CSM	P.T.	13	14	5	2	34
	T.P.	41	47	2	10	100
	EQ	42,96	49,34	7,11	9,71	109,12
Assistenza psichiatrica - Focolari protetti	P.T.	1	5	4	7	17
	T.P.	2	16	4	5	27
	EQ	2,57	18,58	6,00	7,86	35,01
Assistenza residenziale agli anziani	P.T.	-	30	-	-	30
	T.P.	-	13	-	-	13
	EQ	-	21,05	-	-	21,05
Centri di degenza	P.T.	4	4	-	8	16
	T.P.	6	5	-	3	14
	EQ	6,09	4,79	-	6,12	17,00
Servizio psicologico	P.T.	7	1	5	2	15
	T.P.	20	3	9	10	42
	EQ	21,10	2,90	11,94	8,49	44,43
<b>TOTALE</b>	P.T.	<b>46</b>	<b>60</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>143</b>
	T.P.	<b>118</b>	<b>96</b>	<b>21</b>	<b>28</b>	<b>263</b>
	EQ	<b>128,33</b>	<b>111,16</b>	<b>33,45</b>	<b>32,18</b>	<b>305,12</b>

Fonte: aziende sanitarie - dati SIPs

Figura 32: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nell'ambito dell'assistenza territoriale, residenziale e semiresidenziale, per azienda sanitaria - Anno 2004

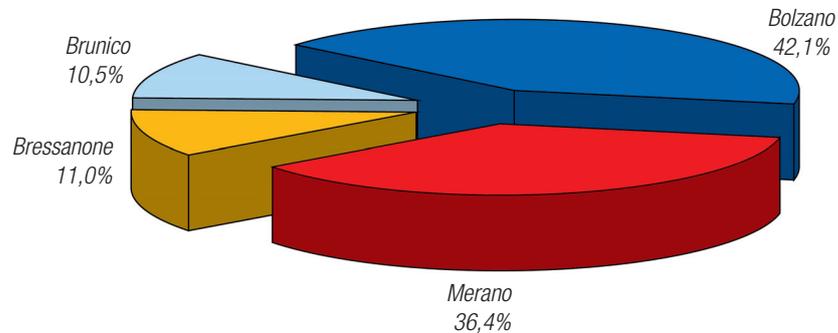
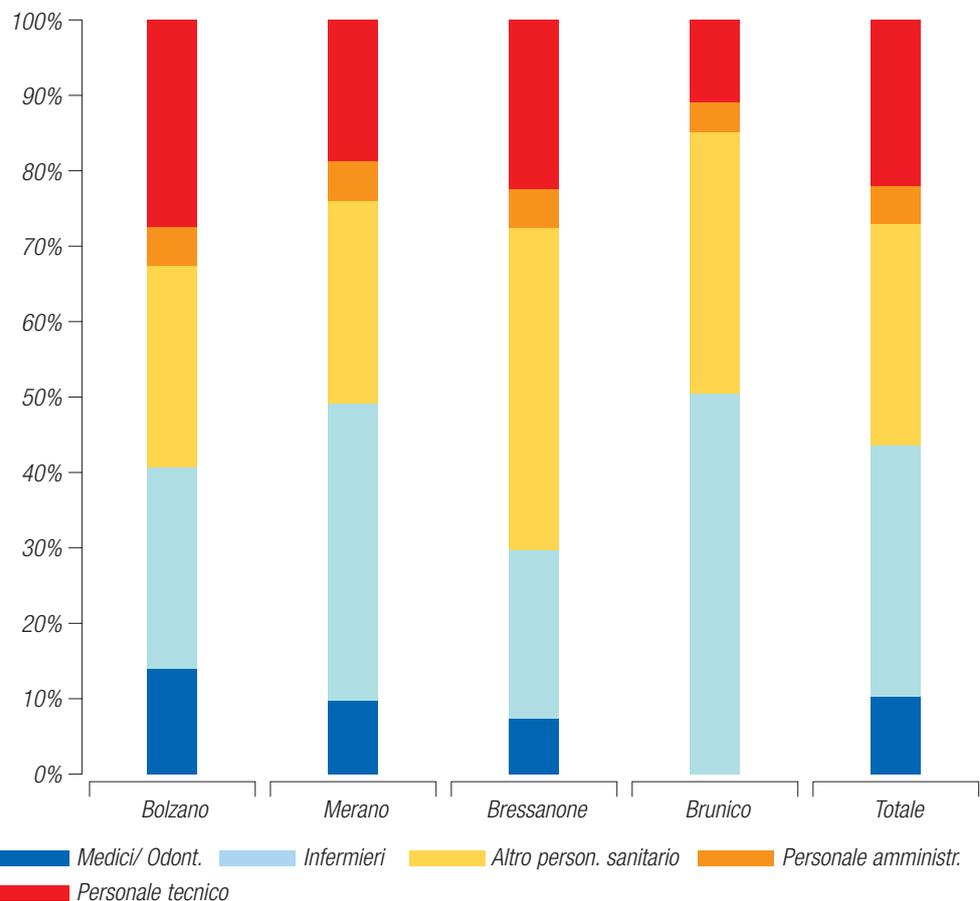


Figura 33: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nell'ambito dell'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale per figura professionale ed azienda sanitaria di impiego - Anno 2004



La maggiore concentrazione di personale medico, di personale infermieristico, di personale amministrativo e di personale tecnico dipendente è presente nei servizi di assistenza psichiatrica dei Centri di salute mentale (rispettivamente 21,69, 28,67, 5,14 e 19,55 u. eq.).

Tabella 19: Totale personale dipendente nell'area dell'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale per figura professionale - Anno 2004

Servizio	Medici		Infermieri		Altro person. sanitario		Personale amministr.		Personale tecnico		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Assistenza ai tossico ed alcolodipendenti - SerT	6	6,63	14	10,05	16	14,62	5	3,38	12	8,18	53	42,86
Assistenza psichiatrica - Centri diurni	-	-	2	1,94	-	-	-	-	-	-	2	1,94
Assistenza psichiatrica - Centro riabilitazione psichiatrica Stadio	3	2,85	11	9,00	3	2,21	2	2,00	24	17,65	43	33,71
Assistenza psichiatrica - CSM	20	21,69	38	28,67	42	34,07	8	5,14	26	19,55	134	109,12
Assistenza psichiatrica - Focolari protetti	-	-	23	15,37	1	1,00	-	-	20	18,64	44	35,01
Assistenza residenziale agli anziani	-	-	41	20,01	-	-	-	-	2	1,04	43	21,05
Centri di degenza	-	-	30	17,00	-	-	-	-	-	-	30	17,00
Servizio psicologico	-	-	-	-	49	37,54	6	4,92	2	1,97	57	44,43
<b>TOTALE</b>	<b>29</b>	<b>31,17</b>	<b>159</b>	<b>102,04</b>	<b>111</b>	<b>89,44</b>	<b>21</b>	<b>15,44</b>	<b>86</b>	<b>67,03</b>	<b>406</b>	<b>305,12</b>

Fonte: aziende sanitarie - dati SIPS

### 1.1.5.1.3. Area Prevenzione

Il personale dipendente nell'area prevenzione delle aziende sanitarie al 31.12.2004 risulta pari a 332 unità (28,9% di questo è impiegato a part-time), che in termini equivalenti corrisponde a 262,97 unità. Il 33,2% del totale personale equivalente (87,24 u. eq.) opera nei servizi di igiene e sanità pubblica delle aziende. Seguono i servizi veterinari con il 25,8% (67,74 u. eq.), i servizi di medicina legale (12,7%, corrispondente a 33,32 u. eq.), il personale dipendente nella sezione clinica della medicina del lavoro dell'A.S. di Bolzano ed i servizi pneumologici (entrambi 9,5%, corrispondente rispettivamente a 25,08 e 25,06 u. eq.). Il restante personale è impiegato presso i servizi di medicina sportiva e di igienistica del servizio di medicina del lavoro dell'A.S. di Bolzano.

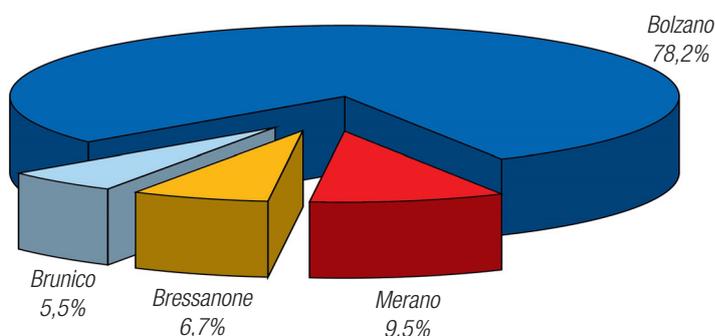
Tabella 20: Totale personale dipendente nell'area della prevenzione, per servizio e per azienda sanitaria - Anno 2004

Servizio		Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Igiene e sanità pubblica	Part-Time	14	7	5	6	32
	T. Pieno.	40	17	12	7	76
	Pers. Equiv	44,21	19,12	14,49	9,42	87,24
Medicina dello sport	Part-Time.	3	-	4	6	13
	T. Pieno	9	-	2	2	13
	Pers. Equiv	10,56	-	2,17	3,65	16,38
Medicina Legale	Part-Time	11	4	-	-	15
	T. Pieno	20	5	-	-	25
	Pers. Equiv	25,89	5,99	-	1,44	33,32
Servizio di medicina del lavoro - Clinica	Part-Time	7	-	-	-	7
	T. Pieno	25	-	-	-	25
	Pers. Equiv	25,08	-	-	-	25,08
Servizio di medicina del lavoro - Igienistica	Part-Time.	2	-	-	-	2
	T. Pieno	9	-	-	-	9
	Pers. Equiv	8,15	-	-	-	8,15
Servizio pneumologico	Part-Time	16	-	-	-	16
	T. Pieno	19	-	1	-	20
	Pers. Equiv.	24,06	-	1,00	-	25,06
Servizio veterinario	Part-Time	11	-	-	-	11
	T. Pieno.	68	-	-	-	68
	Pers. Equiv	67,74	-	-	-	67,74
<b>TOTALE</b>	Part-Time	<b>64</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>96</b>
	T. Pieno.	<b>190</b>	<b>22</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>236</b>
	Pers. Equiv	<b>205,69</b>	<b>25,11</b>	<b>17,66</b>	<b>14,51</b>	<b>262,97</b>

Fonte: aziende sanitarie - dati SIPS

La figura professionale prevalente operante nella macro-area della Prevenzione è quella del personale medico (compresi i veterinari), che copre il 28,9% del totale personale equivalente operante in quest'area (corrisponde a 75,98 u. eq.). Seguono le altre figure professionali del personale sanitario ed il personale infermieristico con rispettivamente il 21,9% (57,68 u.eq.) ed il 21,6% (56,69 u. eq.). Il personale amministrativo copre il 21,4% (56,17 u. eq.) mentre il restante 6,3% (16,45 u. eq.) è composto da personale tecnico.

Figura 34: Distribuzione % del personale equivalente dipendente nell'area prevenzione, per azienda sanitaria - Anno 2004



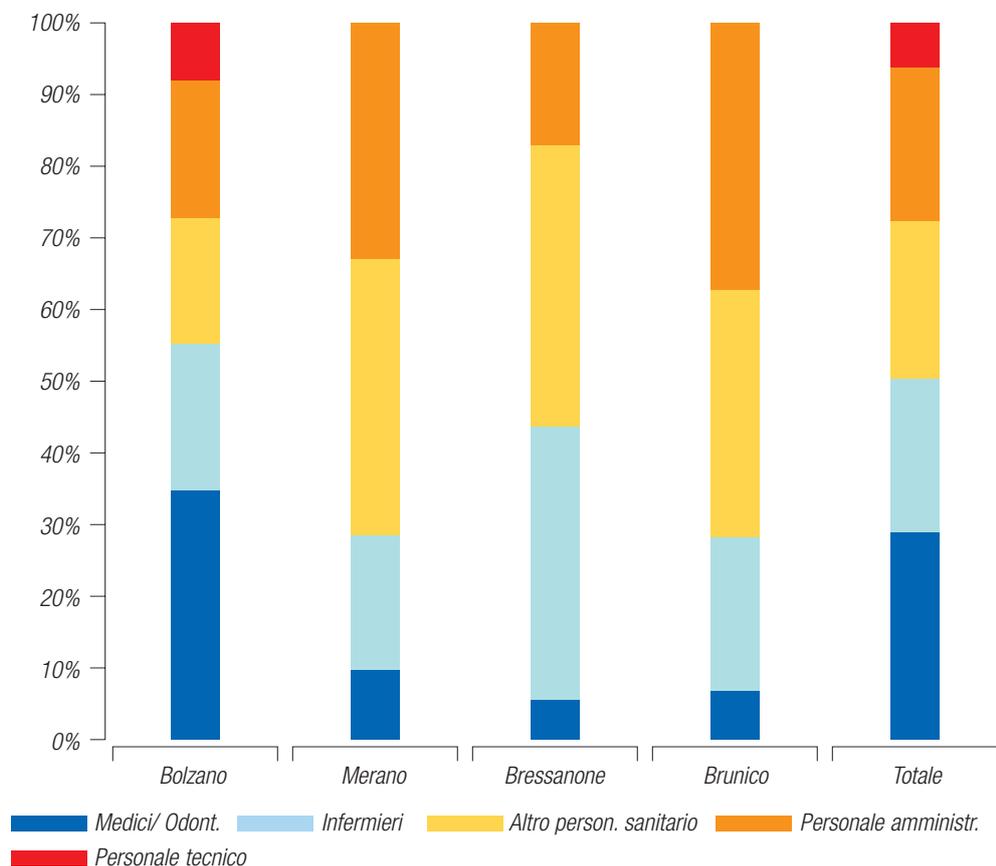
La maggiore concentrazione di personale della classe medico/veterinario è presente nel servizio veterinario (35,10 u. eq.). Il servizio con la presenza più elevata di personale infermieristico dipendente è il Servizio di Igiene e sanità pubblica, con 18,52 unità equivalenti. La maggiore concentrazione di personale amministrativo si registra presso il Servizio di medicina legale (21,21 u. eq.).

Tabella 21: **Totale personale dipendente nell'area della prevenzione per figura professionale - Anno 2004**

Servizio	Medici		Infermieri		Altro person. sanitario		Personale amministr.		Personale tecnico		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Igiene e sanità pubblica	10	9,94	29	18,52	45	41,01	22	15,80	2	1,97	108	87,24
Medicina dello sport	5	4,91	16	8,53	-	-	5	2,94	-	-	26	16,38
Medicina Legale	5	4,94	7	5,19	-	-	26	21,21	2	1,98	40	33,32
Servizio di medicina del lavoro - Clinica	14	11,51	14	9,76	-	-	3	2,81	1	1,00	32	25,08
Servizio di medicina del lavoro - Igienistica	3	2,52	2	1,65	4	2,54	2	1,44	-	-	11	8,15
Servizio pneumologico	8	7,06	20	13,04	2	0,99	6	3,97	-	-	36	25,06
Servizio veterinario	39	35,10	-	-	14	13,14	13	8,00	13	11,50	79	67,74
<b>TOTALE</b>	<b>84</b>	<b>75,98</b>	<b>88</b>	<b>56,69</b>	<b>65</b>	<b>57,68</b>	<b>77</b>	<b>56,17</b>	<b>18</b>	<b>16,45</b>	<b>332</b>	<b>262,97</b>

Fonte: aziende sanitarie - dati SIPS

Figura 35: **Distribuzione % del personale equivalente dipendente nell'area prevenzione, per figura professionale ed azienda sanitaria di impiego - Anno 2004**



## 1.2. LA FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO

Nell'anno scolastico 2004/2005 gli iscritti alla Scuola Superiore di Sanità "Claudiana" sono stati 614; i diplomati 141.

Nel 2004 sono stati 191 gli operatori socio sanitari (OSS) diplomati presso le aziende sanitarie e le scuole per le professioni sociali.

Sono state concesse 91 borse di studio a personale medico per specializzazioni all'estero e 39 per specializzazioni in Italia.

Nell'ambito della formazione continua, sono stati 71 i corsi e 25 i convegni organizzati dalla Provincia; 483 i corsi organizzati dalle aziende sanitarie.

La Provincia Autonoma di Bolzano promuove e gestisce, direttamente o attraverso convenzioni con enti e con le aziende sanitarie, interventi di formazione ed aggiornamento in forma coordinata e coerente con lo sviluppo dell'organizzazione dei servizi sanitari e il relativo fabbisogno di risorsa umana qualificata nel breve e nel medio termine.

L'attività di formazione ed aggiornamento viene distinta in formazione di base, formazione specialistica e formazione continua. A queste vanno aggiunti i tirocini obbligatori per i medici laureandi e la formazione per i medici di base.

La programmazione degli interventi di formazione di base, specialistica e continua viene effettuata attraverso il piano triennale della formazione del personale sanitario della Provincia, che viene elaborato secondo gli indirizzi del Piano Sanitario Provinciale 2000-2002, tenendo conto delle esigenze di crescita professionale del personale dei servizi sanitari, individuate direttamente dall'Assessorato alla sanità, nonché delle priorità segnalate dalle aziende sanitarie. Tale piano viene annualmente integrato con iniziative emergenti che vengono inserite nel calendario degli interventi (seminari, convegni, corsi di formazione) da realizzare nel corso dell'anno.

I corsi di formazione continua per il personale in servizio presso le strutture sanitarie, sono gestiti sia a livello provinciale che a livello di singola azienda sanitaria.

### 1.2.1. Formazione di base

La formazione di base prepara il personale per una qualifica professionale e si riferisce a corsi e scuole per operatori sanitari, al termine dei quali viene rilasciato un diploma / titolo di studio.

A partire dall'anno scolastico 1996/97 è iniziata l'attività della "Scuola Provinciale Superiore di Sanità - Claudiana", istituita a seguito dell'introduzione dei "diplomi universitari" in ambito nazionale. A questo fine sono state stipulate convenzioni con 5 università italiane, mentre l'organizzazione didattica fa riferimento ai modelli degli stati membri dell'Unione Europea di lingua tedesca.

E' da segnalare che a seguito della riforma universitaria con l'inizio dell'anno accademico 2002/2003 i diplomi universitari sono diventati lauree di 1° livello.

Tabella 22: **Numero iscritti a corsi della Scuola superiore di sanità secondo l'anno di frequenza – Anno 2004/2005**

<b>Figura professionale</b>	<b>I anno</b>	<b>II anno</b>	<b>III anno</b>	<b>Totale</b>
Infermieri professionali	135	85	83	303
Assistente sanitario	-	-	14	14
Ostetriche	15	12	18	45
Tecnici di radiologia	15	-	13	28
Tecnici di laboratorio	-	12	-	12
Fisioterapisti	18	19	16	53
Ergoterapisti	-	19	-	19
Dietisti	-	12	-	12
Igieniste dentali	14	-	-	14
Logopedisti	-	-	19	19
Infermieri pediatrici	-	23	21	44
Tecnici della prevenz. amb.	-	16	-	16
Tecnici ortopedici	-	-	4	4
Ortottisti	-	-	11	11
Master management	20	-	-	20
<b>TOTALE</b>	<b>217</b>	<b>198</b>	<b>199</b>	<b>614</b>

Fonte: PAB - Ufficio Formazione del personale

Anche nell'anno scolastico 2003/04 sono stati svolti i corsi integrativi OTA (operatori tecnici addetti all'assistenza) – OSS (operatori socio-sanitari), nonché i corsi per operatori socio-sanitari. Questi operatori svolgono la loro attività sia nel settore sociale che in quello sanitario, in servizi di tipo socio-assistenziale e socio-sanitario, residenziali o semiresidenziali, in ambiente ospedaliero, territoriale e al domicilio dell'utente.

I corsi vengono svolti presso le aziende sanitarie, presso le Scuole per le professioni sociali italiana e tedesca e presso il KVV ("Katholischer Verband der Werktätigen") e si sono conclusi nel 2004 con il seguente numero di diplomati:

Tabella 23: **Numero operatori socio sanitari (OSS) diplomati per istituto frequentato – Anno 2004**

<b>Istituto</b>	<b>n. diplomati</b>
Aziende sanitarie	59
Scuole prof. sociali in lingua italiana	49
Scuole prof. sociali in lingua tedesca	70
KVV	13
<b>TOTALE OSS DIPLOMATI</b>	<b>191</b>

Nel 2004 sono terminati, inoltre, presso le aziende sanitarie di Bolzano e Merano i moduli di specializzazione in psichiatria, e, presso l'Azienda Sanitaria di Bressanone il modulo di specializzazione in sala operatoria.

Figura 36: N° iscritti ai corsi di formazione di base anni scolastici 1995/1996 - 2004/2005

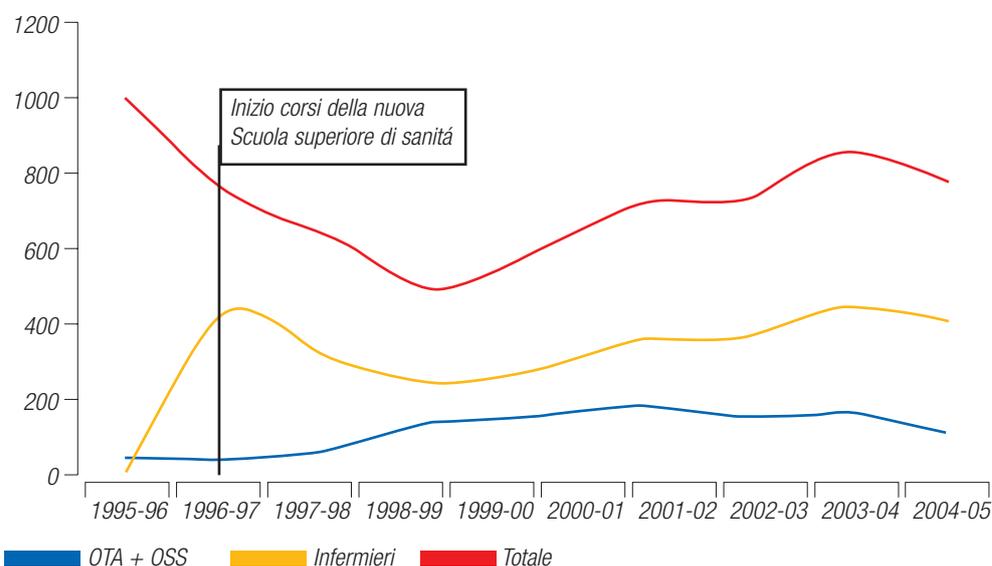


Tabella 24: Numero diplomati alla Scuola Provinciale Superiore di Sanità "Claudiana" per figura professionale – Anno 2004

Figura professionale	n° diplomati	percentuale sugli iscritti all'ultimo anno di corso
Infermieri professionali	85	72,6 %
Fisioterapisti	11	84,6 %
Ostetriche	11	78,6 %
Dietisti	14	93,3 %
Igienisti dentali	9	90,0 %
Tecnici di radiologia	11	100,0 %
<b>TOTALE</b>	<b>141</b>	<b>78,3 %</b>

Fonte: PAB - Ufficio Formazione del personale

Il numero totale di diplomati presso la Scuola Provinciale Superiore di Sanità "Claudiana" e ai corsi per OSS nell'anno scolastico 2003/2004 è stato pari a 434. Rispetto all'anno precedente il numero totale di diplomati è aumentato del 17,6% circa. Il numero totale dei diplomati alla Scuola Provinciale Superiore di Sanità "Claudiana" nel 2004 è invece diminuito di 80 unità rispetto al 2003. In particolare è diminuito il numero degli infermieri professionali diplomati (passato da 104 nel 2003 a 85 nel 2004). Tale diminuzione è imputabile ad una maggiore selezione dei diplomati riconducibile alla riduzione della percentuale di diplomati rispetto al numero di iscritti all'ultimo anno.

Per quanto riguarda la medicina di emergenza/urgenza sono stati definiti, ai sensi dell'articolo 72 della Legge provinciale 5 marzo 2001, n. 312 i livelli di formazione "A" e "B" dell'autista soccorritore e del soccorritore volontario e approvata con deliberazione della Giunta provinciale 11 agosto 2004, n. 2929 la formazione integrativa degli infermieri diplomati che operano nel sistema di emergenza/urgenza.

## 1.2.2. Formazione specialistica

La formazione specialistica consente a chi possiede una laurea in medicina e chirurgia di proseguire la propria preparazione in un determinato ambito medico.

La Provincia Autonoma di Bolzano sostiene la formazione specialistica di medici e di altre figure sanitarie professionali laureate appartenenti all'ambito sanitario (psicologi, biologi, fisici, farmacisti, etc.) tramite convenzioni con università italiane, austriache o di altri stati membri della Comunità Europea appartenenti all'area culturale di lingua tedesca e mediante la concessione di borse di studio.

Il fabbisogno di medici specialisti viene stabilito per ciascuna specializzazione dalla Giunta Provinciale in base a quanto segnalato dalle aziende sanitarie e dalle strutture convenzionate, tenendo presenti gli obiettivi del piano sanitario provinciale.

E' stata inoltre approvata la nuova legge provinciale n. 14/2002 sulla formazione medico-specialistica elaborata in armonia con le novità legislative statali ed europee in materia. Al momento della stesura del presente testo restano da elaborare e da sottoporre all'esame della Giunta Provinciale i relativi regolamenti di esecuzione.

Tabella 25: **Numero borse di studio concesse per le specializzazioni – Anno accademico 2003-2004**

<i>Tipo di specializzazione</i>	<i>Estero</i>	<i>Italia</i>
Anestesia e rianimazione	11	2
Cardiologia	-	2
Chirurgia generale	7	1
Chirurgia maxillo-facciale	-	3
Chirurgia plastica	1	-
Chirurgia toracica	-	2
Dermatologia e Venereologia	3	2
Ematologia	-	2
Geriatra	-	2
Ginecologia e ostetricia	11	2
Medicina del lavoro	-	1
Medicina fisica e riabilitazione	4	1
Medicina dello sport	-	1
Medicina interna	8	3
Neurochirurgia	-	1
Neurologia	6	-
Neuropsichiatria infantile	2	-
Oftalmologia	3	-
Ortopedia e traumatologia	5	1
Otorinolaringoiatria	1	-
Pediatria	20	6
Psichiatria	4	-
Psicologia clinica	-	3
Radiodiagnostica	3	2
Urologia	2	-
Scienza dell'alimentazione	-	1
Igiene e medicina preventiva	-	1
<b>TOTALE</b>	<b>91</b>	<b>39</b>

Fonte: PAB - Ufficio Formazione del personale

Nel 2004 alcuni biologi, fisici, medici e psicologi hanno inoltre beneficiato di contributi per brevi periodi di specializzazione o pratica, secondo quanto previsto dalla l.prov. n. 14/2002 art. 4, per un importo complessivo impegnato pari a 199.632,00 euro<sup>1</sup>.

Tabella 26: **Numero contributi concessi per periodi di specializzazione o pratica (art. 4 L.P. n. 14/2002) – Anno 2004**

Tipo di specializzazione	Estero	Italia
Biologi	-	3
Medici	8	-
Psicologi	9	29
<b>TOTALE</b>	<b>18</b>	<b>14</b>

Fonte:PAB - Ufficio Formazione del personale

### 1.2.3. Tirocini

Nel 2004 il numero di domande per l'assegno di studio relativo al tirocinio per l'ammissione all'esame di stato, inoltrate da psicologi e veterinari, è leggermente aumentato rispetto all'anno precedente, passando da 40 a 45 richieste totali per un importo totale di 348.247,00 Euro. Delle 45 domande 43 provenivano da psicologi e 2 da veterinari.

Tabella 27: **Numero domande di assegno di studio presentate da biologi, psicologi e veterinari tirocinanti e importo impegnato - Anni 1993-2004**

Anno	N° domande			Importo totale (Euro)
	Biologi	Psicologi	Veterinari	
1993	10	-	-	27.891,00
1994	13	19	-	108.942,00
1995	12	13	-	81.165,00
1996	13	7	-	113.495,00
1997	15	11	1	191.281,00
1998	16	25	-	247.077,00
1999	16	13	-	274.873,00
2000	11	26	3	257.093,00
2001	3	25	2	297.232,00
2002	-	32	3	246.955,00
2003	-	39	1	318.722,00
2004	-	43	2	348.247,00

Fonte:PAB - Ufficio Formazione del personale

### 1.2.4. Medicina generale

Nel 2004 ha avuto inizio il corso triennale di formazione specifica in medicina generale con 15 partecipanti. È stata stipulata una convenzione con l'Accademia altoatesina di medicina generale per la parte teorica della formazione. Sono stati organizzati due corsi per tutors ospedalieri e tutors medici di medicina generale. Il Comitato scientifico si è riunito quattro volte.

<sup>1</sup> I dati relativi al finanziamento della Provincia per le specializzazioni del personale sanitario sono disponibili per anno solare, non per anno accademico

### 1.2.5. Formazione continua

La formazione continua offre ai professionisti la possibilità di acquisire nel corso della loro carriera nuove conoscenze ed abilità, che consentono di mantenere il livello della loro professionalità al passo con l'evoluzione della cultura scientifica e tecnica nel loro settore e di essere quindi competenti ed in grado di gestire, secondo standard appropriati, il proprio lavoro, tenendo conto anche degli sviluppi del sistema sanitario provinciale previsti dal Piano sanitario provinciale.

Il 5/3/2001 è entrata in vigore la L.P. n. 7, che all'art. 49 prevede l'istituzione della Commissione provinciale per la formazione continua (operante dal dicembre 2002). Si tratta di un organo provinciale coerente con l'attuale "sistema nazionale ECM" (educazione continua in medicina). Alla base del sistema dei "crediti formativi" vi è la convinzione che ogni operatore sanitario, sia esso medico, infermiere o altro, non può permettersi, una volta terminata la formazione di base e specialistica, di fermarsi nel proprio sviluppo professionale. Per ogni operatore sanitario è quindi previsto un aggiornamento continuo delle conoscenze teoriche, delle abilità pratiche e delle competenze relazionali e comunicative.

Ciò si concretizza nell'obbligo di maturare 150 crediti formativi nell'arco di 3 anni a partire dal 2006 e di una maturazione graduale negli anni precedenti (10 crediti nel 2002, 20 crediti nel 2003, ecc.).

Come previsto dalla disciplina della materia a livello nazionale, e nel rispetto dell'autonomia di cui è dotata la Provincia Autonoma di Bolzano, la commissione provinciale per la formazione continua ha elaborato:

- a) gli obiettivi formativi provinciali in ambito sanitario
- b) i criteri di valutazione delle iniziative formative che si svolgono in Alto Adige ed i criteri di valutazione delle esperienze formative degli operatori del Servizio Sanitario Provinciale maturati all'estero. Gli eventi formativi offerti nelle altre regioni o province vengono valutati a livello locale, se il sistema ivi è stato implementato, oppure dalla Commissione nazionale. L'assegnazione del punteggio in base alla L.P. n. 14/2002 e al relativo regolamento di esecuzione, è stata delegata agli ordini e ai collegi professionali.

Sarà inoltre compito della Commissione provinciale stabilire i criteri di accreditamento delle società scientifiche e degli enti pubblici e privati che offrono formazione in ambito sanitario in provincia di Bolzano e accreditabili. Questo a livello nazionale sarà sperimentato nel 2004.

#### 1.2.5.1. Corsi gestiti dalla Provincia

L'orientamento della Provincia verso progetti di formazione continua interaziendali al posto di singole iniziative non connesse tra di loro, si è rilevata una buona scelta da parte dell'Ufficio formazione del personale sanitario e tiene conto del

ruolo della Provincia nell'ambito della formazione continua. Ciò significa affrontare e sviluppare importanti argomenti di interesse provinciale, nonché costruire l'offerta formativa in modo corrispondente.

L'obiettivo di ciò è raggruppare le risorse, promuovere l'interdisciplinarietà e realizzare reti di collaborazione.

Gli argomenti trattati in forma di progetto sono tra gli altri: Palliative Care, Evidence Based Nursing, Evidence Based Medicine in dermatologia e nella riabilitazione, l'informazione biomedica con l'avvio della Biblioteca medica virtuale, management, medicina d'urgenza, psicologia d'emergenza, riabilitazione, etica, medicina complementare e tutta la tematica della Privacy in particolar modo in relazione all'applicazione del nuovo codice.

La Biblioteca Medica Virtuale è uno strumento di supporto all'attività operativa quotidiana degli operatori sanitari altoatesini: nell'attività assistenziale, nel lavoro amministrativo, nello studio, nell'educazione continua e nella ricerca. E' un portale aperto alle conoscenze medico-scientifiche, rivolto alla sanità altoatesina, alla quale offre la possibilità di accedere facilmente alle più autorevoli fonti di conoscenza disponibili online. Il sito "[www.bmv.bolzano.it](http://www.bmv.bolzano.it)" è accessibile a tutti. Alle risorse dei periodici elettronici e alle banche dati della Biblioteca Medica Virtuale hanno accesso:

- il personale dipendente delle Aziende sanitarie della Provincia Autonoma di Bolzano
- il personale e gli studenti della Scuola provinciale superiore di sanità "Claudia"
- il personale del Dipartimento Sanità e Politiche Sociali della Provincia Autonoma di Bolzano.

Nel 2004 la Provincia Autonoma di Bolzano ha organizzato 71 corsi e 25 convegni rivolti al personale sia laureato che al personale infermieristico, tecnico, riabilitativo e ausiliario operante nelle aziende sanitarie.

I corsi di formazione continua hanno visto la partecipazione di 2.265 operatori sanitari. La figura professionale prevalente tra quelle partecipanti ai corsi è quella del personale infermieristico (623 partecipanti), seguita da quella dei medici (522). Le ore complessive organizzate per attività di formazione continua sono state circa 2.288, a cui è equivalsa una spesa di circa 551.784 €.

Ai 25 convegni organizzati dalla Provincia hanno partecipato 3.034 dipendenti delle aziende sanitarie, di cui 1.854 erano medici. Complessivamente le ore dedicate ai convegni sono state 250 e l'importo liquidato ammonta a 724.803 € circa.

Tabella 28: **Attività di aggiornamento per il personale impiegato nei servizi sanitari della Provincia– Anno 2004**

<b>Figure professionali</b>	<b>N° partecipanti a corsi di formazione continua</b>	<b>N° partecipanti a convegni</b>
Medici	522	1.854
Psicologi	345	92
Psichiatri	69	2
Veterinari	2	38
Biologi, fisici, farmacisti, chimici	10	267
Personale amministrativo	83	25
Personale infermieristico	623	385
Personale riabilitativo	271	84
Personale tecnico sanitario	16	6
Personale ausiliario	20	6
Altro personale non laureato	304	275
<b>TOTALE</b>	<b>2.265</b>	<b>3.034</b>

Fonte: PAB - Ufficio Formazione del personale

Tra i corsi per il personale medico vanno evidenziati quelli sulla riabilitazione neurologica. Vanno segnalati anche il corso sulla tutela della privacy nell'amministrazione sanitaria.

Vanno inoltre evidenziati il corso base sulla "Spiraldynamik" per fisioterapisti, che addestra ad un approccio semplice e trasparente all'analisi posturale e motoria ed al corso "Introduzione alla virologia alimentare: come gestire le epidemie virali d'origine alimentare" per gli operatori impegnati nella prevenzione (tecnici ed assistenti sanitari).

Nel 2004 sono stati attivati i primi due corsi di management e gestione per dirigenti sanitari ai sensi del D.P.R. n. 484/1997 e della Legge provinciale n. 5/1998 con validità su tutto il territorio nazionale. Vi hanno partecipato 42 persone, di cui 17 tra primari e direttori. Ai corsi sono stati ammessi anche collaboratori non dirigenti per consentire alle aziende sanitarie di creare un pool di futuri dirigenti; vi hanno partecipato inoltre alcuni dirigenti amministrativi al fine di creare una rete di connessione tra le esigenze del settore medico e quelle del settore amministrativo. L'innovativo concetto didattico del corso era incentrato sui partecipanti, la realtà professionale e i problemi concreti tratti da essa hanno costituito il punto di partenza per la programmazione dei singoli moduli di formazione. Gli argomenti dei moduli didattici trattavano la gestione del personale, la gestione d'impresa e l'organizzazione. Per quanto riguarda i contenuti, la realizzazione dei corsi è stata affidata all'Università Bocconi di Milano e all'Università di Innsbruck, mentre il coordinamento è stato gestito in loco.

Come previsto dalle Linee guida del Ministero della Salute del 1998 e dal Decreto del Presidente della Provincia n. 56/1999, nel 2004 è stato organizzato il 4° "Corso di formazione per esercenti le attività di tatuaggio e piercing", al quale hanno partecipato 19 interessati. Negli ultimi anni infatti si è assistito anche in provincia di Bolzano alla notevole diffusione, specie fra i giovani, di queste pratiche. Considerata la possibilità di trasmissione per via ematica di infezioni in caso di

**CORSI  
INTERDISCIPLINARI**

utilizzo di procedure che implicano l'impiego di aghi e di strumenti taglienti, ampiamente dimostrata, si è reso necessario provvedere ad un'adeguata formazione degli operatori del settore, al fine di ottenere un rigoroso rispetto delle indicazioni per l'esecuzione delle varie procedure in condizioni di sicurezza.

Come previsto dal punto 4.6 del Piano Sanitario Provinciale 2000-2002, anche nel 2004 sono stati effettuati alcuni corsi di formazione con lo scopo di favorire l'incontro tra le varie figure professionali del servizio sanitario e il lavoro in team.

Tra i corsi interprofessionali per il personale medico e infermieristico vanno segnalati un'ulteriore edizione del Corso sulla selezione e codifica delle diagnosi e degli interventi chirurgici nella scheda di dimissione ospedaliera e il Corso sulle responsabilità (penale, civile, amministrativa, dirigenziale e disciplinare) del dipendente pubblico alla luce della legislazione più recente.

Tra i convegni realizzati si segnalano i seguenti: Psicologia d'emergenza - La mano del musicista - La mano dello sportivo - Neuropsychological Rehabilitation after Brain Injury - VI AIRT - Gastroenterology Update 2004 - XIV Congresso nazionale ACOI di Videochirurgia.

Il Convegno sulle Cure Palliative anche quest'anno ha suscitato notevole interesse nell'ambito sanitario e sociale e ha coinvolto un grande numero di operatori appartenenti a vari profili professionali (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, tecnici di radiologia, operatori socio-sanitari).

Nel 2004 ha continuato ed ampliato la sua attività il Comitato Etico Provinciale, che ha svolto una seduta plenaria e 14 sedute dei sottogruppi per l'esame di vari argomenti. Il tema principale dell'anno era "L'allocazione delle risorse", intorno al quale sono state svolte le seguenti iniziative:

- Incontro di dialogo tra Comitato etico e rappresentanti della sanità, economia, sindacati, chiesa, politici, amministrazione pubblica, giornalismo
- Convegno per personale sanitario ed altri interessati
- Una conferenza per il pubblico

Sulla webpage è stata pubblicata una serie di domande di bioetica "Uomo o cos'altro?" riguardo l'inizio della vita, con informazione su stampa e radio.

I membri del Comitato hanno risposto a numerose richieste pervenute via e-mail da parte di cittadini.

Inoltre sono stati espressi pareri su diverse ricerche ed è stata completamente ristrutturata la pagina web.

#### **1.2.5.2. Corsi gestiti dalle aziende sanitarie**

Anche nel 2004 le aziende sanitarie hanno organizzato numerosi corsi di formazione continua per il personale operante sia nel territorio che in ospedale. Complessivamente le aziende sanitarie hanno organizzato 483 corsi, alcuni dei quali ripetuti in diverse edizioni durante l'anno.

Come ogni anno, i corsi realizzati hanno trattato diverse tematiche, da quelle di approfondimento medico, a quelle connesse con l'assistenza infermieristica, con un occhio di riguardo per la formazione in campo informatico per tutti i profili professionali dei dipendenti delle aziende sanitarie.

Nel 2004 si osserva una generale corrispondenza rispetto all'anno precedente con il numero di corsi organizzati da parte delle aziende sanitarie (nel 2003 i corsi organizzati erano stati 491 a fronte dei 483 effettuati nel 2004). In particolare emergono le aziende sanitarie di Bolzano e Merano, che hanno notevolmente incrementato, rispetto al 2003, il proprio numero di corsi di formazione (nel 2003 organizzati rispettivamente 76 e 118 corsi di formazione, a fronte dei 112 e 179 del 2004).

Tabella 29: **Numero corsi e spesa complessiva per l'attività di formazione gestita dalle aziende sanitarie – Anno 2004**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico
N° corsi	112	179	78	114
Spesa complessiva (in Euro)	166.789	217.356	n.d.	n.d.

Fonte: aziende sanitarie

I dati riguardanti il numero dei partecipanti non sono perfettamente confrontabili, poiché per le aziende sanitarie di Bolzano e Merano sono state considerate le partecipazioni di personale ai vari corsi di formazione continua, mentre per le aziende sanitarie di Bressanone e Brunico si è contato il numero effettivo di personale dipendente partecipante ai corsi durante il 2004.

Tabella 30: **Numero partecipanti all'attività di formazione gestita dalle aziende sanitarie – Anno 2004**

	Bolzano *	Merano *	Bressanone**	Brunico**
Medici	484	706	103	103
Altro personale laureato	79	101	31	25
Personale infermieristico	1.793	2.574	472	495
Personale di riabilitazione	435	203	62	46
Personale tecnico-sanitario	329	220	35	34
Personale amministrativo	397	218	110	174
Altre figure professionali	241	530	180	227

\* n° partecipazioni personale per profilo professionale

\*\* n° effettivo di personale che ha partecipato all'attività di formazione

Fonte: aziende sanitarie

### 1.2.5.3. Contributi ad enti ed associazioni che organizzano corsi in campo sanitario

La Legge provinciale n. 14/02 prevede la concessione di contributi ad enti ed associazioni che organizzano corsi in campo sanitario. Nell'anno 2004 sono state presentate e accolte 23 domande e sono stati assegnati contributi per un importo complessivo di circa 442.880 Euro, che corrispondono ad un + 21% circa di finanziamento rispetto al 2003.

#### **1.2.5.4. Assegni di studio per la formazione e specializzazione del personale sanitario specializzato, degli operatori tecnici e del personale ausiliario**

La Legge provinciale n. 14/02 prevede, inoltre, la possibilità di concedere assegni di studio a coloro che frequentano scuole o corsi di formazione di base, specialistica e continua. Nell'anno 2004 sono state presentate 54 domande (8 delle quali sono state respinte) ed è stato impegnato a tal fine l'importo complessivo di Euro 113.067,00.

Sono escluse da questo importo le domande presentate dagli studenti della Scuola Provinciale Superiore di Sanità "Claudiana" e dei corsi per operatori socio-sanitari, in quanto queste ricadono nelle competenze dell'Ufficio Assistenza Scolastica ed Universitaria.

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

L'art. 6 del D.P.R. 26 gennaio 1980, n. 197 prevede che la Provincia Autonoma di Bolzano può rilasciare una dichiarazione di equipollenza per titoli di studio riguardanti professioni sanitarie non mediche che siano stati conseguiti da cittadini dell'Unione Europea in un paese dell'area culturale tedesca (Germania, Austria e Svizzera), tenendo conto del fabbisogno di detti operatori nel servizio sanitario della Provincia di Bolzano. Questa equipollenza è valida solo nel territorio della Provincia di Bolzano.

La dichiarazione di equipollenza viene rilasciata solamente se il candidato possiede gli stessi requisiti richiesti in Italia per la frequenza della stessa formazione. Inoltre la formazione frequentata e conclusa all'estero deve avere la stessa durata sia per quanto riguarda l'insegnamento teorico che per il tirocinio.

Nell'anno 2004 sono state rilasciate 16 dichiarazioni di equipollenza. Con Decreto del Ministero della salute del 18/06/2002 la Provincia Autonoma di Bolzano (insieme ad altre regioni interessate) è stata autorizzata a compiere gli atti istruttori per il riconoscimento dei titoli abilitanti dell'area sanitaria (infermieri e tecnici sanitari di radiologia medica) conseguiti in paesi extracomunitari, ai sensi dell'art. 1, comma 10-ter, del Decreto legge 12/11/01 n. 402, convertito in legge dall'art. 1 della Legge 8/1/2002 n. 1. Con questa autorizzazione è stato accelerato lo svolgimento delle pratiche.



## 2. LA SPESA SANITARIA

La spesa sanitaria pubblica complessiva per l'anno 2004 ammonta a 1.085,122 milioni di euro (2.278,32 euro pro-capite).

La spesa sanitaria corrente rappresenta il 93,1% della spesa sanitaria complessiva sostenuta dalle aziende sanitarie (1.010 milioni di euro; 2.120,82 euro pro-capite).

La spesa sanitaria corrente provinciale complessiva, rapportata al PIL ammonta nel 2004 al 7,6% (a livello nazionale si pone al 6,6%).

Il saldo monetario della mobilità ospedaliera interregionale del 2003 risulta essere complessivamente positivo, e corrisponde a 5,2 milioni di euro.

Anche il saldo monetario della mobilità specialistica interregionale del 2003 risulta essere positivo, e corrisponde a circa 539.000 euro.

Dall'analisi macroeconomica della spesa sanitaria si deduce che le famiglie italiane negli ultimi anni hanno destinato risorse sempre crescenti per i consumi sanitari.

Le analisi che seguono sono dedicate alla sola spesa sanitaria pubblica, in quanto essendo la quota della spesa privata di difficile rilevazione a causa della scarsità delle fonti informative non viene esaminata.

Alla determinazione della spesa concorrono:

- i costi sostenuti dalle aziende sanitarie e gli investimenti effettuati dalle stesse desumibili rispettivamente dai bilanci e dalle deliberazioni provinciali;
- le spese direttamente sostenute dalla Provincia, sia correnti che in conto capitale, che si rilevano dal bilancio provinciale.

All'interno della spesa pubblica è possibile distinguere due grossi macroaggregati, la spesa corrente e la spesa in conto capitale, trattate rispettivamente nel paragrafo 3.2 e nel paragrafo 3.3.

Per spesa corrente si intende la spesa sostenuta per la copertura dei costi di gestione, come ad esempio quelli relativi al personale e all'acquisto di beni e servizi ed è composta dai costi sostenuti dalle aziende sanitarie e da una quota a carico del bilancio della Provincia. La spesa in conto capitale o per investimenti è invece quella diretta all'acquisto, alla costruzione e alla ristrutturazione di beni durevoli ed è costituita dagli investimenti effettuati dalle aziende e dalle spese direttamente sostenute dalla Provincia a tal scopo.

I dati di costo delle aziende sanitarie sono estrapolati dal piano dei conti che alimenta il bilancio delle aziende ed elaborati secondo la logica di aggregazione del Ministero della Salute. A concorrere alla determinazione dei costi delle aziende sanitarie vi sono i costi di gestione (personale, acquisti di beni, servizi sanitari e

non sanitari, ...), i costi straordinari, altri costi (come gli accantonamenti per il personale) e la quota relativa alla mobilità passiva extra provinciale ed estera. Non concorrono alla determinazione dei costi sostenuti dalle aziende sanitarie la mobilità passiva infraprovinciale in quanto viene eliminata a livello di bilancio consolidato delle aziende e le voci di natura economica come gli ammortamenti e la svalutazione dei crediti. I costi sostenuti dalle aziende sanitarie per l'erogazione dell'assistenza aggiuntiva (assistenza erogata oltre i LEA nazionali) sono stati anch'essi scorporati, in quanto attribuiti alle spese sostenute dalla Provincia; sono state evitate in tal modo duplicazioni della spesa. Tale criterio di aggregazione dei costi è stato utilizzato a partire dal 2002, anno di adozione della contabilità economico-patrimoniale da parte delle aziende sanitarie. Prima del 2002 vigeva la contabilità finanziaria; dato che i due sistemi contabili si fondano su presupposti diversi, non è sempre possibile effettuare confronti storici. Fonte dei dati per gli anni 2002 e 2003 è il bilancio di esercizio delle aziende, mentre per il 2004 è il preconsuntivo.

Gli investimenti delle aziende sanitarie sono stati calcolati sulla base delle assegnazioni effettuate alle stesse mediante deliberazioni della Giunta Provinciale. Tali assegnazioni provengono da fondi stanziati sugli appositi capitoli del bilancio provinciale 2004; non vengono imputate le quote relative alla riassegnazione dei residui perenti perché non di competenza.

Il documento di riferimento per i dati della spesa corrente direttamente sostenuta dalla Provincia è il modello CE ministeriale del IV trimestre 2004. Il modello è stato rivisto nell'ottica di considerare anche la quota della spesa aggiuntiva scorporata dai costi di esercizio delle aziende sanitarie e di depurare il dato così ottenuto da quote di costo già imputate alle aziende sanitarie per evitare duplicazioni di spesa. Quindi la spesa corrente della Provincia comprende sia l'assistenza che ricade all'interno dei livelli essenziali di assistenza (LEA) definiti a livello nazionale (DPCM 22/11/2001), che quella oltre i LEA nazionali. Non sono compresi nella spesa corrente della Provincia i fondi destinati alla copertura di spese socio-sanitarie (sovvenzioni per cure climatiche a minori, sovvenzioni per iniziative nel settore socio-sanitario e sovvenzioni a favore di associazioni donatori di sangue).

La spesa per investimenti della Provincia è data dagli impegni sui capitoli del bilancio provinciale direttamente gestiti dalla Provincia volti al finanziamento delle spese in conto capitale.

Per consentire i confronti temporali sono stati applicati ai valori nominali di spesa dei vari anni, i coefficienti di conversione da lire correnti espresse in euro a lire costanti espresse in euro riferite al 2004. Tali coefficienti, sintetizzati in Tabella 1, considerati i differenti andamenti del tasso di inflazione provinciale e nazionale, sono stati calcolati rispettivamente per i due ambiti territoriali e si basano sulla

**INVESTIMENTI DELLE  
AZIENDE SANITARIE**

**SPESA CORRENTE DELLA  
PROVINCIA**

**SPESA IN CONTO  
CAPITALE DELLA  
PROVINCIA  
COEFFICIENTI DI  
CONVERSIONE DELLE  
LIRE CORRENTI IN LIRE  
COSTANTI ESPRESSE IN  
EURO 2004**

media degli indici ASTAT/ISTAT di variazione del costo della vita per le famiglie di operai ed impiegati.

Tabella 1: **Coefficienti di conversione delle lire correnti espresse in euro in lire costanti espresse in Euro 2004: Provincia (Comune di Bolzano) e Italia**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Provincia	1,520	1,435	1,366	1,272	1,206	1,167	1,143	1,124	1,100	1,073	1,042	1,017	1,000
Italia	1,406	1,349	1,298	1,232	1,186	1,166	1,145	1,127	1,099	1,070	1,045	1,020	1,000

Fonte: ASTAT / ISTAT

I dati nazionali relativi alla spesa sanitaria ed al prodotto interno lordo, utilizzati ai fini dei confronti della realtà provinciale rispetto alla situazione nazionale, sono desunti dalla pubblicazione IRIS 1996, per il periodo 1990-95; i dati relativi alla spesa sanitaria corrente riferita al territorio nazionale per gli anni 1996-99 sono stati tratti dalla “Relazione generale sulla situazione economica del paese - 1999”; i dati nazionali per gli anni successivi sono stati forniti dal Ministero della Salute.

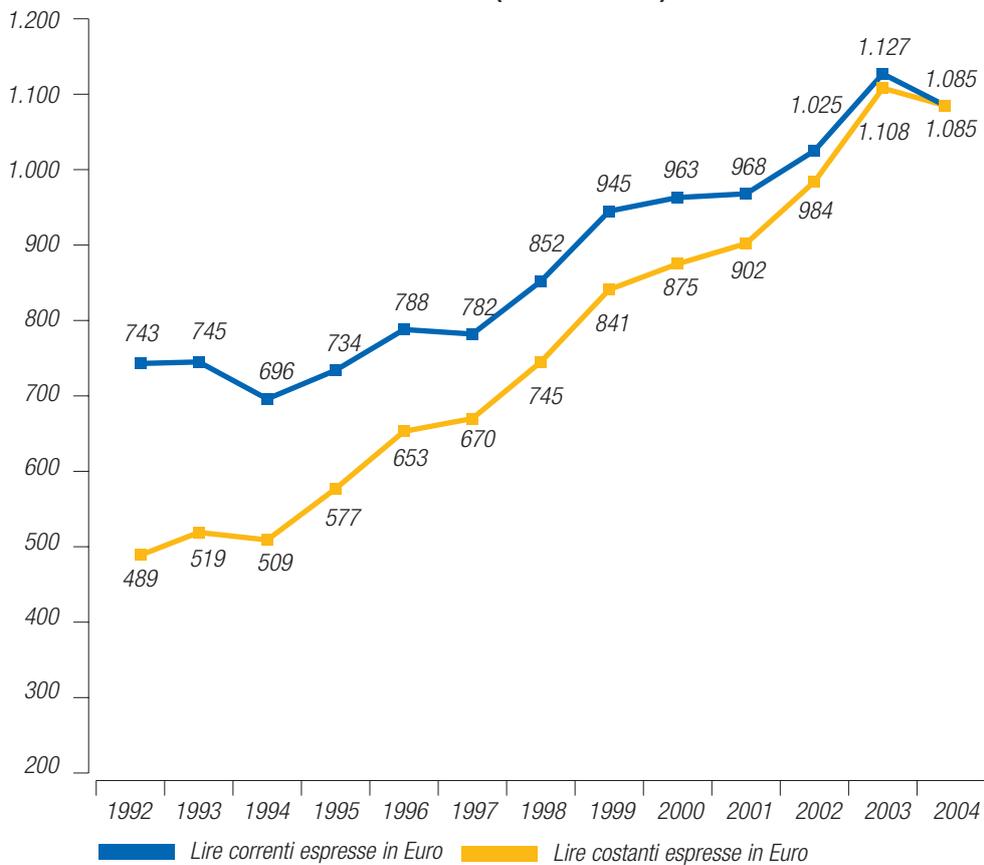
Il rapporto tra la spesa sanitaria nazionale e il PIL a prezzi di mercato, è stato ricostruito, dal 1999 al 2003, in base alle valutazioni riportate nella “Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2003”. La fonte del PIL a prezzi di mercato per l'anno 2004 è Eurostat.

Infine i dati riferiti al prodotto interno lordo della Provincia per gli anni 1992-2004 sono stati forniti dall'ASTAT. Per gli anni 2003 e 2004 esistono solo delle previsioni.

## 2.1. LA SPESA SANITARIA PUBBLICA

Per spesa sanitaria pubblica complessiva è da intendersi l'ammontare delle spese sostenute direttamente dalla Provincia per il Servizio Sanitario Provinciale (espresse in termini di impegni effettuati sia per la parte corrente sia per quella in conto capitale) a cui vanno ad aggiungersi i costi di esercizio sostenuti, nonché gli investimenti effettuati dalle aziende sanitarie. Quindi il Servizio sanitario provinciale è finanziato dal Fondo sanitario provinciale (costituito prevalentemente da imposte e tasse), dalla compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria e dai proventi derivanti dalla gestione finanziaria e straordinaria delle aziende.

Figura 1: Spesa sanitaria pubblica complessiva (Aziende Sanitarie e Provincia);  
Anni 1992-2004 (Milioni di Euro)



La spesa sanitaria pubblica complessiva rilevata per l'anno 2004 ammonta complessivamente a 1.085 milioni di euro pari a 2.278,32 euro pro-capite. In Figura 1 è rappresentato l'andamento della spesa sanitaria pubblica provinciale per il periodo temporale 1992-2004. Dal grafico si evince che la spesa complessiva per l'anno 2003 risulta superiore rispetto a quella registrata per il 2004; tale differenza è giustificata dal fatto che nell'anno 2003 il Servizio sanitario provinciale ha potuto disporre di oltre 60 milioni di euro pervenuti dallo Stato una tantum destinati al finanziamento delle spese in conto capitale.

Dalla distribuzione della spesa sanitaria complessiva secondo le componenti, spesa corrente e spesa per investimenti, rappresentata in Figura 2, emerge che l'incidenza della spesa corrente sulla spesa complessiva nel 2004, è pari al 93,1%; il rimanente 6,9% riguarda la spesa per investimenti in beni immobili, beni mobili ed attrezzature biomediche.

**SPESA CORRENTE E  
SPESA PER  
INVESTIMENTI**

Figura 2: Spesa sanitaria corrente e per investimenti - Anno 2004

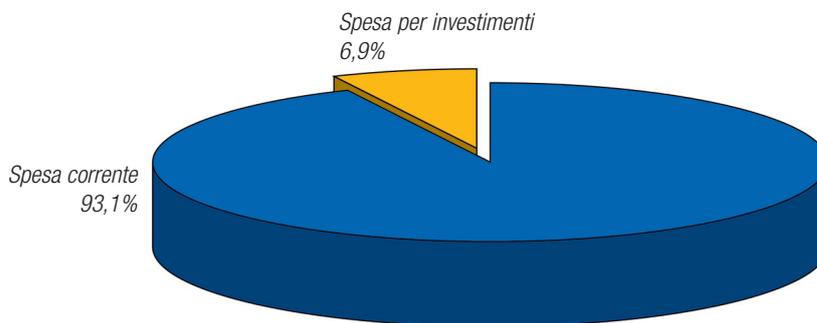


Figura 3: Spesa sanitaria delle Aziende e della Provincia - Anno 2004 (Migliaia di Euro)

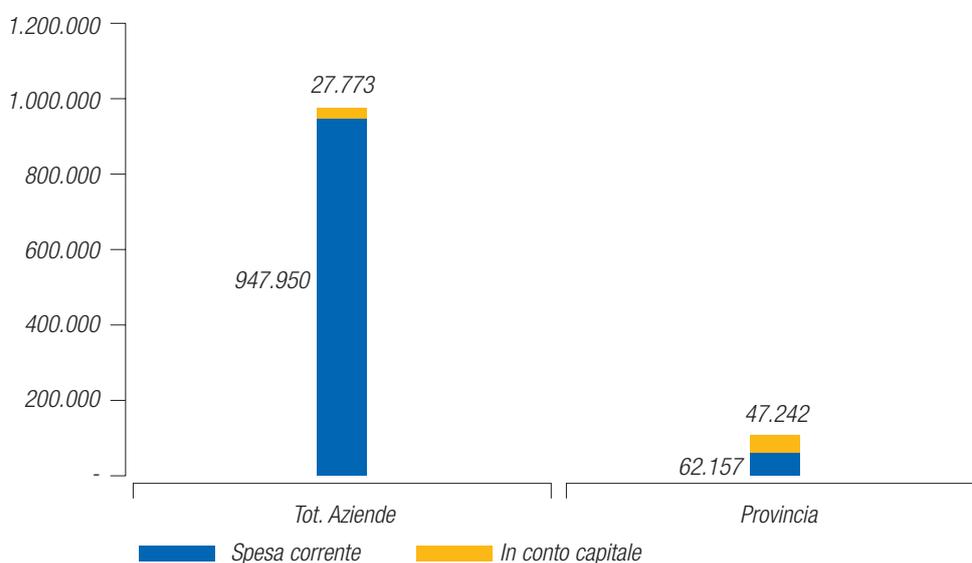


Tabella 2: Composizione della spesa sanitaria per Azienda e Provincia: valori assoluti e pro-capite. Anno 2004

Spesa sanitaria	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Tot. aziende	Provincia*	Totale
<b>Valori assoluti (in migliaia di euro)</b>							
Corrente	476.760	219.572	129.135	122.483	947.950	62.157	1.010.107
Conto capitale	15.802	5.863	3.382	2.726	27.773	47.242	75.015
<b>TOTALE</b>	<b>492.562</b>	<b>225.435</b>	<b>132.517</b>	<b>125.209</b>	<b>975.723</b>	<b>109.399</b>	<b>1.085.122</b>
<b>Valori pro-capite (in euro)</b>							
Spesa corrente	2.250,02	1.765,92	1.899,55	1.699,54	1.990,32	130,51	2.120,82
Conto capitale	74,58	47,15	49,75	37,82	58,31	99,19	157,50
<b>TOTALE</b>	<b>2.324,59</b>	<b>1.813,07</b>	<b>1.949,30</b>	<b>1.737,36</b>	<b>2.048,63</b>	<b>229,69</b>	<b>2.278,32</b>

\*La spesa aggiuntiva è attribuita alla Provincia

Fonte: PAB – Ufficio economia sanitaria

Figura 4: Spesa sanitaria corrente e per investimenti delle aziende sanitarie - Anno 2004

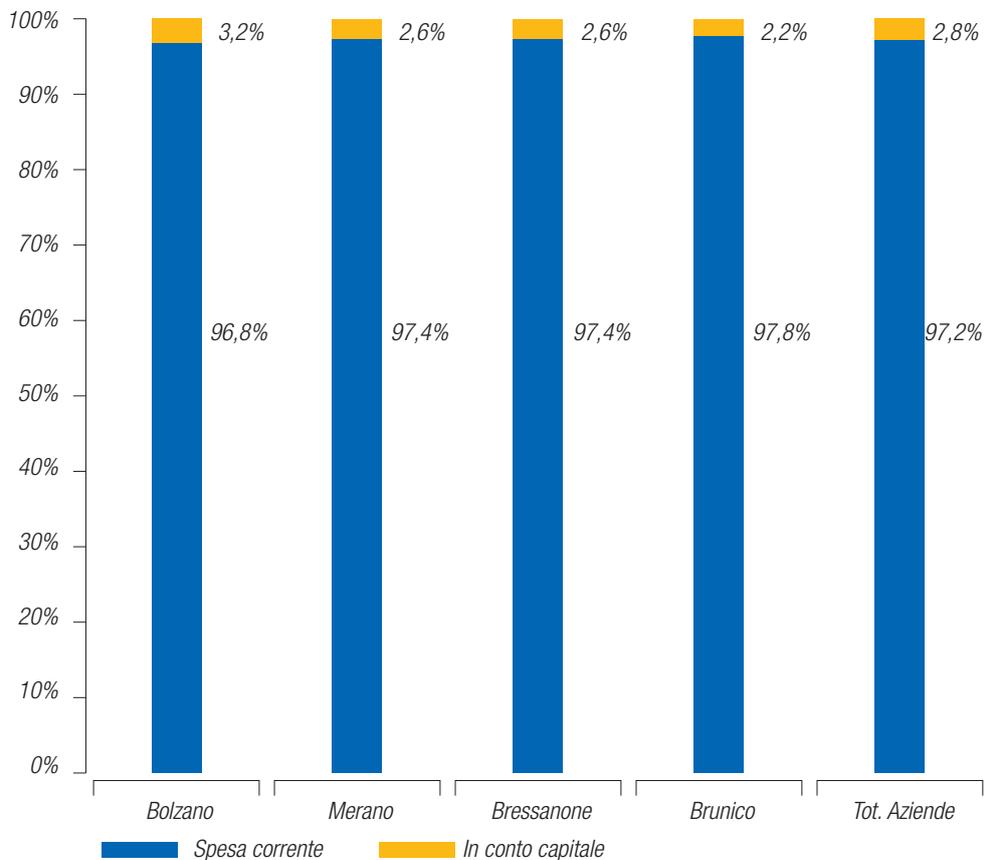
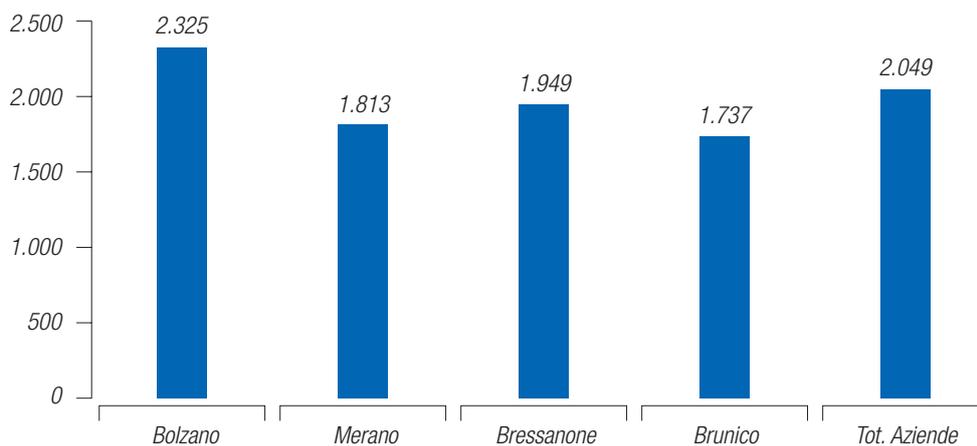


Figura 5: Spesa sanitaria procapite per azienda sanitaria - Anno 2004 (in Euro)



A livello locale, la distribuzione percentuale della spesa complessiva sostenuta dalle aziende sanitarie rispetto alle due componenti, corrente e in conto capitale, assume configurazioni differenti nelle singole aziende, con valori percentuali della componente di spesa corrente massimi e minimi rispettivamente per l'Azienda Sanitaria di Brunico (97,8%) e per l'Azienda Sanitaria di Bolzano (96,8%) (Figura 4).

In termini pro-capite (Figura 5), la spesa sanitaria complessiva sostenuta dalle aziende sanitarie è di 2.048,63 euro, con valori massimi raggiunti dall'Azienda

**SPESA SANITARIA PER AZIENDA**

**SPESA SANITARIA PRO-CAPITE**

**SPESA SANITARIA  
CORRENTE DELLA  
PROVINCIA E COSTI  
SOSTENUTI DALLE  
AZIENDE**

Sanitaria di Bolzano (2.324,59 euro) e valori minimi assunti dall'Azienda di Brunico (1.737,37 euro). Al fine di non indurre ad errate interpretazioni si precisa che nei costi delle aziende sanitarie sono compresi anche i costi sostenuti per i cittadini non residenti.

## **2.2. LA SPESA SANITARIA CORRENTE**

La spesa sanitaria corrente rappresenta il 93,1% della spesa complessiva sostenuta dalle aziende sanitarie e dalla Provincia, quantificabile nel 2004 in circa 1.010 milioni di euro, corrispondente a 2.120,82 euro pro-capite.

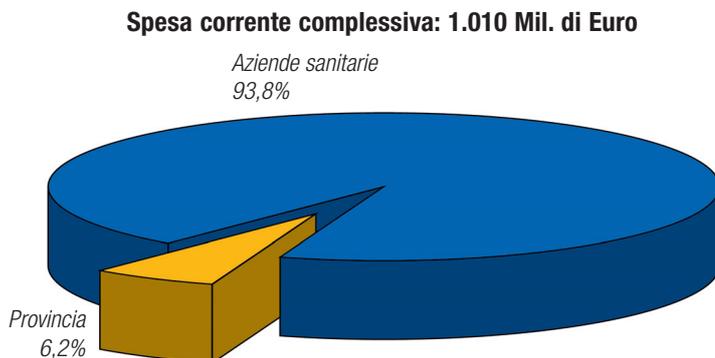
La spesa sanitaria corrente è composta dalla spesa corrente standard e dalla spesa corrente aggiuntiva. Per spesa corrente standard si intende la spesa sostenuta per garantire i livelli essenziali di assistenza, uniformi su tutto il territorio nazionale, ai cittadini residenti e agli aventi diritto. Nella Provincia di Bolzano viene garantito inoltre un livello di assistenza sanitaria che supera lo standard nazionale il cui costo viene principalmente imputato alla spesa corrente. Tale costo riguarda l'erogazione di prestazioni aggiuntive previste da apposite leggi provinciali, riguardanti per esempio l'assistenza odontoiatrica (L.P. 16/88), l'ospedalizzazione a domicilio (L.P. 33/88), la fornitura straordinaria di protesi non previste nel nomenclatore tariffario (L.P. 2/86).

Come già descritto in precedenza a concorrere alla determinazione dei costi delle aziende sanitarie vi sono i costi di gestione (personale, acquisti di beni, servizi sanitari e non sanitari, ...), i costi straordinari, altri costi (come gli accantonamenti per il personale) e la quota relativa alla mobilità passiva extra provinciale ed estera. Non concorrono alla determinazione dei costi sostenuti dalle aziende sanitarie la mobilità passiva infraprovinciale in quanto si compensa a livello di bilancio consolidato delle aziende e le voci di natura economica come gli ammortamenti. I costi sostenuti dalle aziende sanitarie per l'erogazione dell'assistenza aggiuntiva sono stati anch'essi scorporati in quanto calcolati tra le spese sostenute dalla Provincia in modo tale da evitare una duplicazione della spesa.

Come si può vedere dalla Figura 6 i costi sostenuti dalle aziende sanitarie sono pari al 93,8% della spesa corrente complessiva e la spesa corrente della Provincia incide quindi per il 6,2% sul totale.

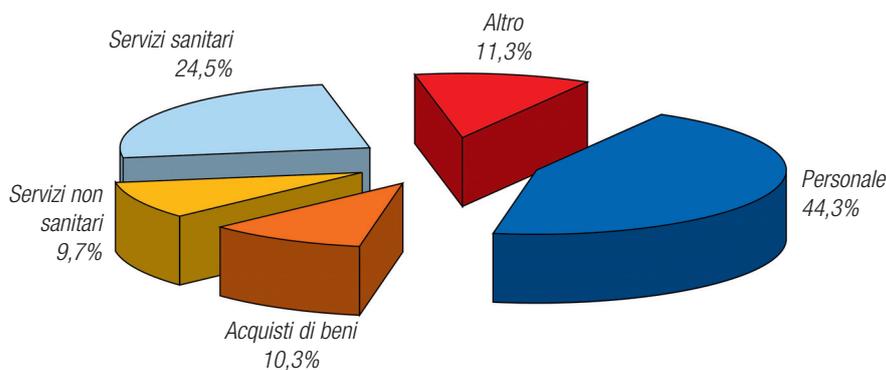
**COSTI SOSTENUTI DALLE  
AZIENDE SANITARIE**

Figura 6: Spesa sanitaria corrente della provincia e costi sostenuti dalle aziende sanitarie - Anno 2004



In valore assoluto infatti dei 1.010,107 milioni di euro 948 milioni sono costi sostenuti dalle aziende sanitarie e sono in gran parte destinati al personale, al consumo di beni e servizi, all'assistenza di base e ad altre forme di assistenza sanitaria in convenzione (come si evince dalla Tabella 3). Nella Figura 7 viene presentata la suddivisione dei costi sostenuti dalle aziende sanitarie per le principali categorie, dalla quale si desume la forte incidenza dei costi del personale. Nelle tabelle 3 e 4 si propone la suddivisione dei costi delle aziende sanitarie per le principali categorie, in valore assoluto e pro-capite.

Figura 7: Costi delle aziende sanitarie per categoria  
Totale costi aziende sanitarie: 947.950 Mil. di Euro



**SPESA CORRENTE DELLA  
PROVINCIA**

 Tabella 3: **Costi delle aziende sanitarie per categoria, valori in migliaia di €**

<b>Categorie di costo</b>	<b>Bolzano</b>	<b>Merano</b>	<b>Bressanone</b>	<b>Brunico</b>	<b>tot. AS</b>
1) Personale	196.370	101.117	61.882	60.708	420.077
2) Acquisti di beni	48.474	20.044	15.440	13.524	97.481
3) Servizi non sanitari	63.038	10.346	9.943	8.207	91.533
4) Servizi sanitari	120.471	61.377	25.596	24.395	231.839
4.1) Assistenza medico-generica	18.861	11.033	5.863	6.123	41.880
4.2) Assistenza farmaceutica	36.672	18.270	8.867	10.106	73.914
4.3) Assistenza riabilitativa	2.725	2.017	5	176	4.923
4.4) Assistenza specialistica convenz.	3.195	831	14	51	4.090
4.5) Ass. protes. ed integrat. convenz.	8.507	1.696	829	490	11.523
4.6) Assistenza ospedaliera convenz.	11.033	5.782	25	102	16.944
4.7) Altra assistenza	39.479	21.746	9.992	7.347	78.565
5) Altro (costi finanziari, straordinari, accantonamenti, ...)	48.408	26.688	16.274	15.650	107.020
<b>SUBTOTALE</b>	<b>476.760</b>	<b>219.572</b>	<b>129.135</b>	<b>122.483</b>	<b>947.950</b>

Fonte: PAB - Ufficio Economia Sanitaria

 Tabella 4: **Costi pro-capite delle aziende sanitarie per categoria, valori in €**

<b>Categorie di costo</b>	<b>Bolzano</b>	<b>Merano</b>	<b>Bressanone</b>	<b>Brunico</b>	<b>tot. AS</b>
1) Personale	927	813	910	842	882
2) Acquisti di beni	229	161	227	188	205
3) Servizi non sanitari	298	83	146	114	192
4) Servizi sanitari	569	494	377	338	487
4.1) Assistenza medico-generica	89	89	86	85	88
4.2) Assistenza farmaceutica	173	147	130	140	155
4.3) Assistenza riabilitativa	13	16	0	2	10
4.4) Assistenza specialistica convenz.	15	7	0	1	9
4.5) Ass. protes. ed integrat. convenz.	40	14	12	7	24
4.6) Assistenza ospedaliera convenz.	52	47	0	1	36
4.7) Altra assistenza	186	175	147	102	165
5) Altro (costi finanziari, straordinari, accantonamenti, ...)	228	215	239	217	225
<b>SUBTOTALE</b>	<b>2.250</b>	<b>1.766</b>	<b>1.900</b>	<b>1.700</b>	<b>1.990</b>

Fonte: PAB - Ufficio Economia Sanitaria

La spesa sanitaria corrente sostenuta dalla Provincia ammonta per il 2004 a 62 milioni di euro. Essa comprende i contributi per l'attività di formazione del personale sanitario, le spese per il conseguimento degli obiettivi del Piano sanitario provinciale ed i rimborsi per le varie forme di assistenza aggiuntiva, tra cui l'ospedalizzazione a domicilio e l'assistenza odontoiatrica. La spesa corrente a carico della Provincia risulta ridimensionata rispetto agli anni precedenti al 2003, in quanto il servizio di trasporto in ambulanza, l'elisoccorso, l'assistenza erogata in Austria e l'assistenza indiretta sono stati trasferiti alle aziende sanitarie ai sensi dell'art. 76 della legge provinciale n.7/2001.

L'andamento temporale della spesa sanitaria corrente sostenuta dall'amministrazione provinciale a cui vanno ad aggiungersi i costi delle aziende sanitarie (Figura 8) ripercorre essenzialmente il trend osservato in precedenza per la spesa sanitaria complessiva, essendo quest'ultima composta per oltre il 90% da spesa sanitaria corrente. Fa eccezione l'anno 2003 in cui le spese per investimenti hanno influito in maniera relativamente maggiore sulla spesa complessiva, in quanto il Servizio sanitario provinciale ha potuto disporre di oltre 60 milioni di euro per investimenti per fondi pervenuti dallo Stato.

Figura 8: Spesa sanitaria corrente (Provincia e Aziende Sanitarie); Anni 1992-2004 (Milioni di Euro)

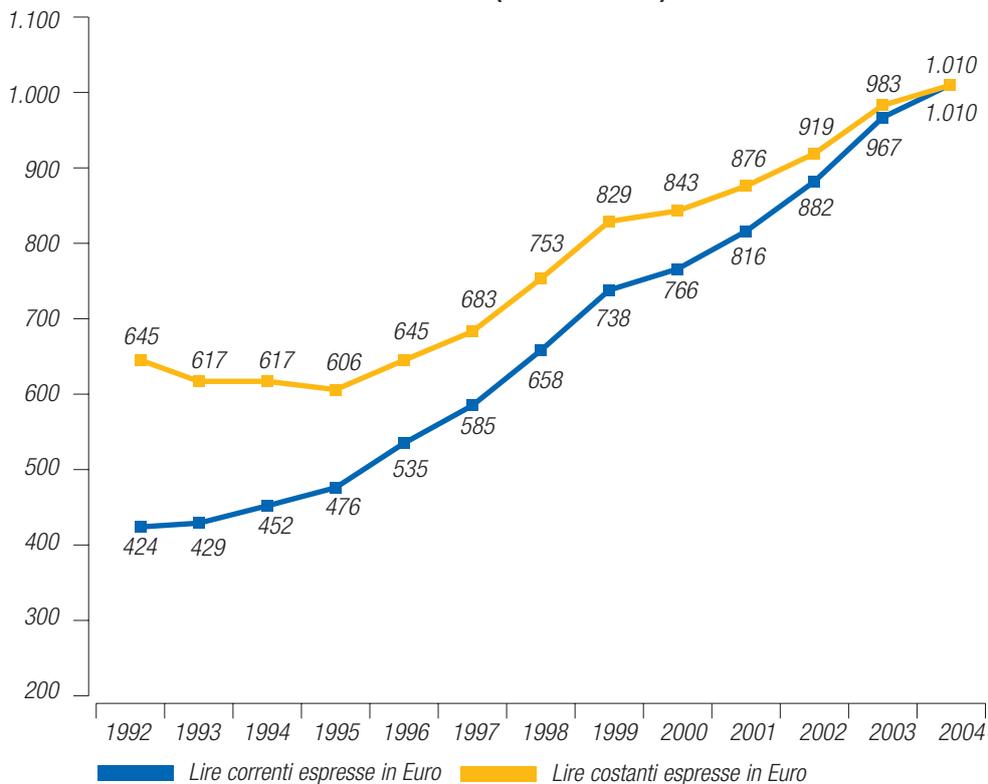
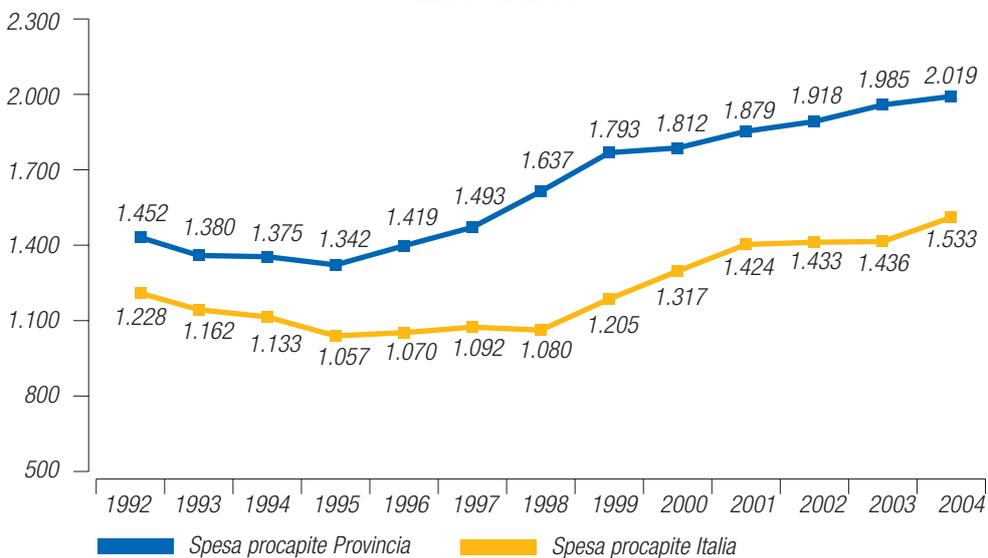


Figura 9: Spesa sanitaria corrente procapite in lire costanti espresse in Euro Anni 1992-2004



Di grande interesse è anche il confronto dell'andamento della spesa sanitaria corrente pro-capite provinciale con quello nazionale registrato dal 1992 al 2004. Dato che il Servizio Sanitario Provinciale eroga delle prestazioni che non rientrano in livelli essenziali di assistenza standard nazionali, la spesa pro-capite provinciale é più alta di quella nazionale come si può notare dalla Figura 9. Ai fini della confrontabilità tra i dati della Provincia e quelli nazionali i primi sono stati riel-

**SPESA CORRENTE  
PROCAPITE PROVINCIALE  
E NAZIONALE**

**SPESA CORRENTE E PIL  
PROVINCIALE E  
NAZIONALE**

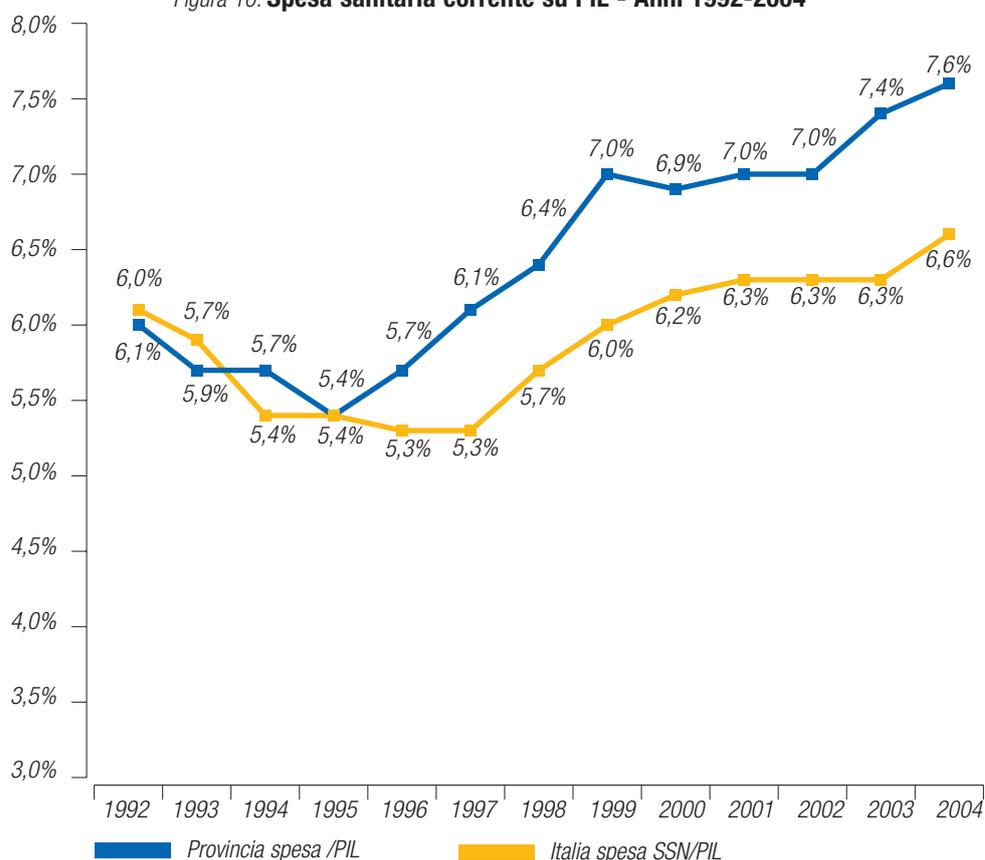
borati secondo il modello proposto dal Ministero nella rappresentazione dei costi del SSN per funzioni di spesa, scorporando interamente la mobilità passiva (per evitare duplicazioni di spesa a livello nazionale) e le altre voci di natura economica (ammortamenti, svalutazione crediti,...).

La spesa sanitaria pro-capite altoatesina risulta essere più elevata rispetto a quella nazionale, con differenze che nel corso degli ultimi anni sono andate aumentando.

Un'ulteriore modalità di valutazione dell'andamento della spesa sanitaria corrente riguarda il rapporto tra la spesa sanitaria corrente ed il PIL (prodotto interno lordo).

Tale rapporto esprime la quota parte della ricchezza prodotta destinata alla tutela della salute attraverso il servizio sanitario pubblico. Nella Figura 10 sono rappresentati gli andamenti del rapporto percentuale tra spesa sanitaria e PIL a livello nazionale e provinciale. A partire dal 1994 i valori provinciali superano quelli nazionali; dal 1998 la differenza tra i due rapporti è pari quasi a 1 punto percentuale, differenza che si mantiene sostanzialmente inalterata anche negli anni successivi. Anche in questo caso per la confrontabilità dei dati, i costi della Provincia (aziende sanitarie e Provincia) sono stati rielaborati scorporando interamente la mobilità e le voci di natura economica (modello di rappresentazione dei costi del Ministero della Salute).

Figura 10: Spesa sanitaria corrente su PIL - Anni 1992-2004



A partire dal 1996 l'assegnazione delle risorse di parte corrente alle aziende sanitarie è basata principalmente sul criterio della quota capitaria standardizzata, calcolata in rapporto alla struttura per età della popolazione (il fabbisogno finanziario è maggiore laddove la popolazione presenta una consistenza maggiore nelle fasce di età infantili e senili), alla sua distribuzione nel territorio e ad altre variabili sanitarie, quali il consumo di risorse della popolazione per ciascuna forma di assistenza, ricavati attraverso una ponderazione effettuata su dati locali (se disponibili) o nazionali.

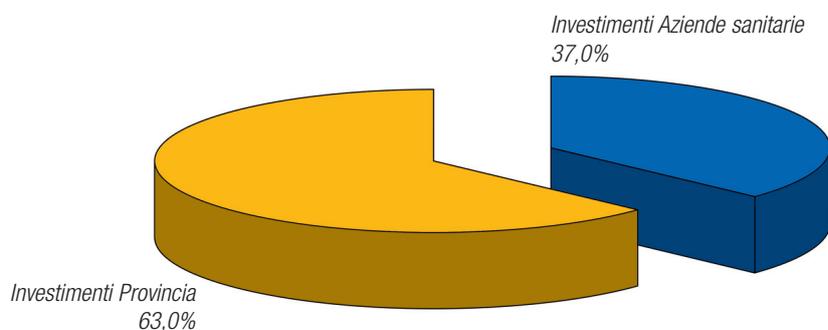
Al puro criterio pro-capite, vengono applicati una serie di fattori correttivi, che tengono in considerazione le caratteristiche delle strutture di erogazione, in relazione alle differenti caratteristiche del territorio di riferimento delle aziende. Tra i fattori correttivi ricordiamo la compensazione della mobilità sanitaria, la copertura dei costi dei contratti del personale dipendente e delle spese per la medicina di base, le spese per le case di riposo, il finanziamento per funzione e dei servizi interaziendali.

È prevista inoltre un'ulteriore assegnazione vincolata di mezzi finanziari, per iniziative specifiche di interesse nazionale e provinciale, per progetti inclusi nei piani generali triennali aziendali e per l'assistenza aggiuntiva.

### 2.3. LA SPESA SANITARIA PER INVESTIMENTI

La spesa sanitaria complessivamente sostenuta dalle aziende sanitarie e dalla Provincia per investimenti in beni immobili, arredi ed attrezzature biomediche ha raggiunto nel 2004 circa 75 milioni di euro, pari al 6,9% della spesa sanitaria complessiva. Di questi, 28 milioni sono a carico del bilancio delle aziende sanitarie ed i rimanenti 47 milioni di euro sono sostenuti direttamente dalla Provincia (Figura 11).

Figura 11: Ripartizione percentuale spesa per investimenti - Anno 2004



CRITERI PER  
L'ASSEGNAZIONE DELLE  
RISORSE ALLE AZIENDE  
SANITARIE

SPESA PER  
INVESTIMENTI  
SOSTENUTA DALLE  
AZIENDE SANITARIE E  
DALLA PROVINCIA

Nel corso degli ultimi anni si può osservare come la distribuzione percentuale degli investimenti rispettivamente a carico delle aziende e della Provincia abbia assunto un andamento diverso nel corso del periodo considerato. Infatti nel primo periodo compreso tra il 1992 e il 1995 la spesa sostenuta dalla Provincia per investimenti é superiore a quella sostenuta dalle aziende sanitarie; dal 1996 al 1998 la tendenza si inverte: sono le aziende sanitarie che sostengono una spesa superiore alla Provincia. Nel periodo 1999 - 2002 e per il 2004 risulta nuovamente maggiore la spesa sostenuta dalla Provincia; nell'anno 2003 si assiste nuovamente ad una inversione di tendenza (Figura 13), giustificata quest'ultima dai fondi pervenuti dallo Stato a sostegno delle spese per investimento.

ANDAMENTI TEMPORALI

La variabilità temporale tra gli anni è dovuta alla natura stessa degli investimenti, in particolare di quelli che richiedono i finanziamenti più consistenti.

Figura 12: Spesa sanitaria per investimenti (Aziende Sanitarie e Provincia) - Anni 1992-2004

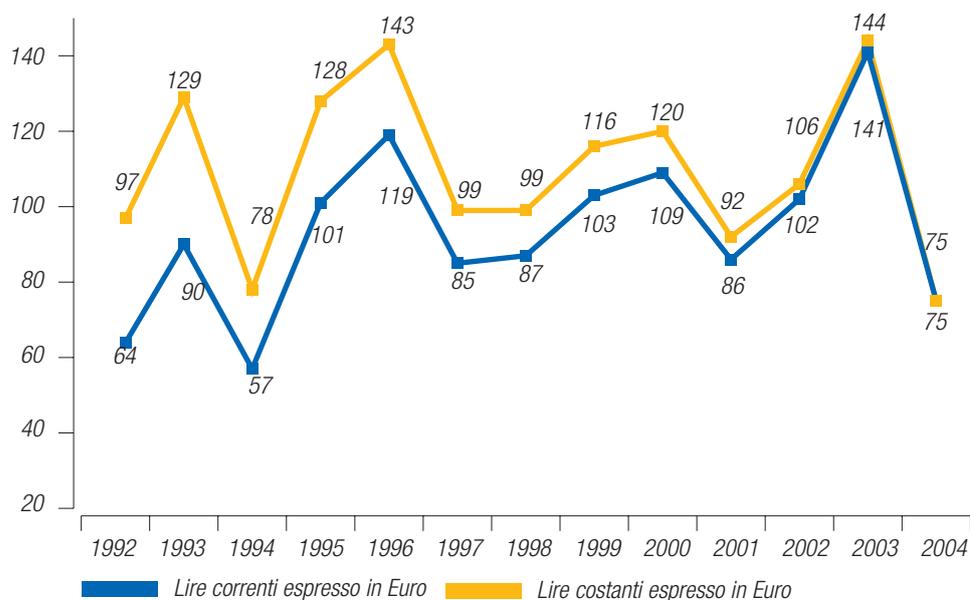
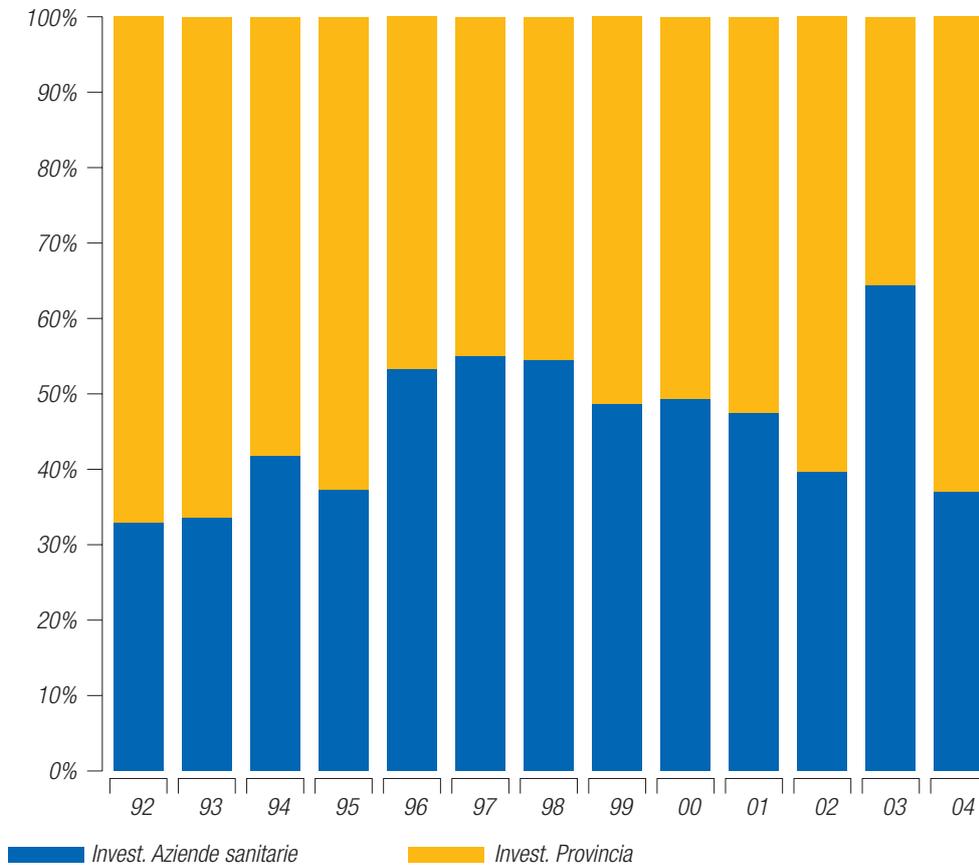
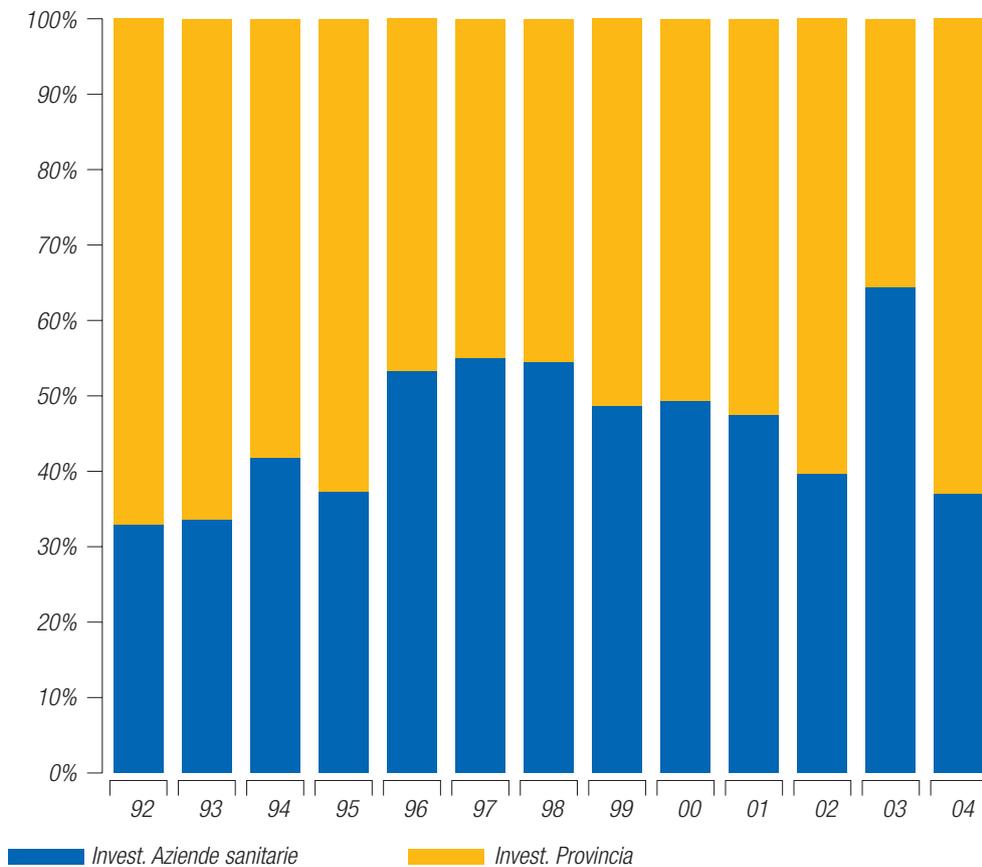


Figura 13: Spesa per investimenti suddivisa tra Aziende Sanitarie e Provincia - Anni 1992-2004



L'andamento della spesa provinciale per investimenti nel periodo 1992 - 2004, sia in termini nominali che reali, evidenzia come l'impegno di risorse finanziarie sia stato molto variabile di anno in anno. In particolare negli anni 1995, 1996 e 2003 gli impegni di spesa per gli investimenti sono stati consistenti. Questo risultato emerge anche dall'analisi storica del rapporto percentuale della spesa complessiva per investimenti (aziende sanitarie e Provincia) rispetto alla spesa complessiva corrente (Figura 13). In corrispondenza al 1996 è infatti possibile riscontrare che la spesa in conto capitale ha raggiunto il 22,2% della spesa sanitaria corrente, a fronte di un 6,9% nel 2004 (Figura 14).

Figura 13: Spesa per investimenti suddivisa tra Aziende Sanitarie e Provincia - Anni 1992-2004



L'andamento della spesa provinciale per investimenti nel periodo 1992 - 2004, sia in termini nominali che reali, evidenzia come l'impegno di risorse finanziarie sia stato molto variabile di anno in anno. In particolare negli anni 1995, 1996 e 2003 gli impegni di spesa per gli investimenti sono stati consistenti. Questo risultato emerge anche dall'analisi storica del rapporto percentuale della spesa complessiva per investimenti (aziende sanitarie e Provincia) rispetto alla spesa complessiva corrente (Figura 13). In corrispondenza al 1996 è infatti possibile riscontrare che la spesa in conto capitale ha raggiunto il 22,2% della spesa sanitaria corrente, a fronte di un 7,4% nel 2004 (Figura 14).

Figura 14: Spesa per investimenti (Aziende Sanitarie e Provincia) su spesa corrente - Anni 1992-2004

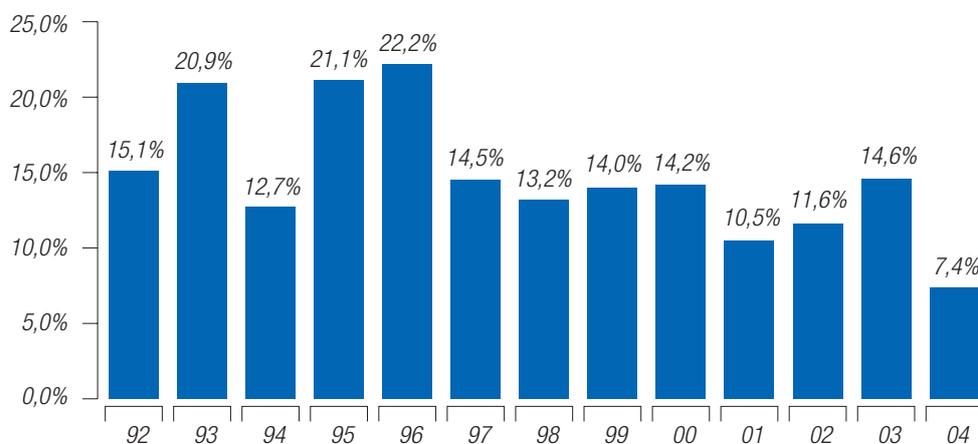
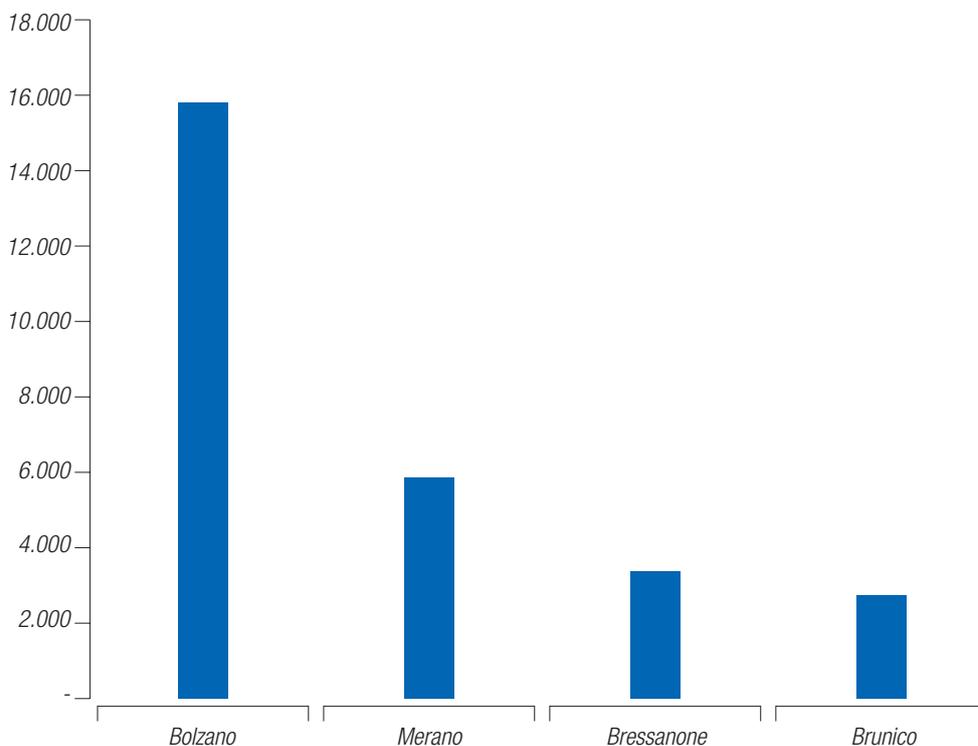


Figura 15: Spesa per investimenti per singola azienda sanitaria - Anno 2004



**SPESA PER  
INVESTIMENTI PER  
AZIENDA SANITARIA**

Analizzando la suddivisione della quota degli investimenti 2004 per azienda si può notare come l'Azienda Sanitaria di Bolzano abbia destinato maggiori fondi per gli investimenti, al contrario dell'Azienda Sanitaria di Brunico che ha impiegato fondi di entità più modesta (Figura 15).

## 2.4. I SALDI DELLA MOBILITÀ PER LE PRESTAZIONI DI RICOVERO E PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Il tariffario dei ricoveri, secondo quanto previsto dalla normativa, viene utilizzato per compensare il fenomeno della mobilità sanitaria intraprovinciale, interregionale ed internazionale. La mobilità (sia attiva che passiva) tra le aziende sanitarie provinciali viene chiamata intraprovinciale e viene compensata direttamente tra le aziende, quella con le altre regioni italiane è definita interregionale e la relativa compensazione avviene a livello di regioni e province autonome; infine la mobilità con stati esteri (internazionale) viene compensata a livello nazionale.

Dal punto di vista finanziario come voce passiva si considera l'ammontare che deve essere pagato dall'azienda sanitaria per propri residenti che usufruiscono di ricoveri presso altre aziende sanitarie (mobilità passiva) e come voce attiva figura l'ammontare incassato per ricoveri prodotti dalla azienda sanitaria e fruiti da cittadini non residenti nel territorio di appartenenza dell'azienda stessa (mobilità attiva). Il saldo che deriva dalla differenza tra mobilità passiva e attiva è oggetto di compensazione.

### 2.4.1. Le prestazioni di ricovero e i relativi saldi della mobilità

Con riferimento alla mobilità intraprovinciale, in termini di numero assoluto di ricoveri l'Azienda Sanitaria di Bressanone nell'anno 2004 risulta avere il valore più alto di mobilità attiva pari a 5.772 ricoveri. Per quanto riguarda la mobilità passiva intraprovinciale l'Azienda Sanitaria di Bolzano registra sempre in termini assoluti il numero più alto di ricoveri rispetto alle altre quattro aziende e cioè 6.916 ricoveri (Tabella 5 e Figura 16).

La Tabella 6 e la Figura 17 descrivono la mobilità intraprovinciale relativa all'anno precedente. Emerge l'Azienda Sanitaria di Bressanone che ha ulteriormente incrementato il proprio saldo attivo rispetto al 2003.

Tabella 5: Numero di ricoveri relativi a mobilità ospedaliera pubblica attiva e passiva intraprovinciale e importo corrispondente. Anno 2004

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
<b>Mobilità attiva</b>					
N. ricoveri	2.925	2.242	5.772	2.023	12.962
Importo tot. (migliaia di €)	10.255	4.842	14.042	3.521	32.660
<b>Mobilità passiva</b>					
N. ricoveri	6.916	2.362	1.745	1.939	12.962
Importo tot. (migliaia di €)	16.376	7.560	3.809	4.915	32.660
<b>SALDO ATTIVA – PASSIVA (MIGLIAIA DI €)</b>	<b>-6.121</b>	<b>-2.718</b>	<b>10.233</b>	<b>-1.394</b>	<b>0</b>

Tabella 7: Numero di ricoveri relativi a mobilità ospedaliera attiva e passiva interregionale e importo corrispondente - Anno 2004

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
<b>Mobilità attiva</b>					
N. ricoveri	3.505	678	1.344	2.470	7.997
Importo tot. (migliaia di €)	12.382	1.699	3.006	4.079	21.166
<b>Mobilità passiva</b>					
N. ricoveri	3.338	789	244	283	4.654
Importo tot. (migliaia di €)	11.186	2.826	919	970	15.901
<b>SALDO ATTIVA - PASSIVA (MIGLIAIA DI €)</b>	<b>1.196</b>	<b>-1.127</b>	<b>2.087</b>	<b>3.109</b>	<b>5.265</b>

Fonte: PAB - Ufficio Economia Sanitaria

Tabella 8: Numero di ricoveri relativi a mobilità ospedaliera attiva e passiva interregionale e importo corrispondente - Anno 2003

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
<b>Mobilità attiva</b>					
N. ricoveri	3.578	646	1.396	2.721	8.341
Importo tot. (migliaia di €)	12.300	1.620	3.090	4.495	21.505
<b>Mobilità passiva</b>					
N. ricoveri	3.553	771	273	262	4.859
Importo tot. (migliaia di €)	11.549	3.006	950	777	16.282
<b>SALDO ATTIVA - PASSIVA (MIGLIAIA DI €)</b>	<b>751</b>	<b>-1.386</b>	<b>2.140</b>	<b>3.718</b>	<b>5.223</b>

Fonte: PAB - Ufficio Economia Sanitaria

Complessivamente il saldo monetario della mobilità ospedaliera interregionale risulta essere positivo e pari a circa 5,2 milioni di Euro (risultato simile al 2003).

Figura 18: Mobilità ospedaliera attiva e passiva interregionale (Migliaia di Euro) - Anno 2004

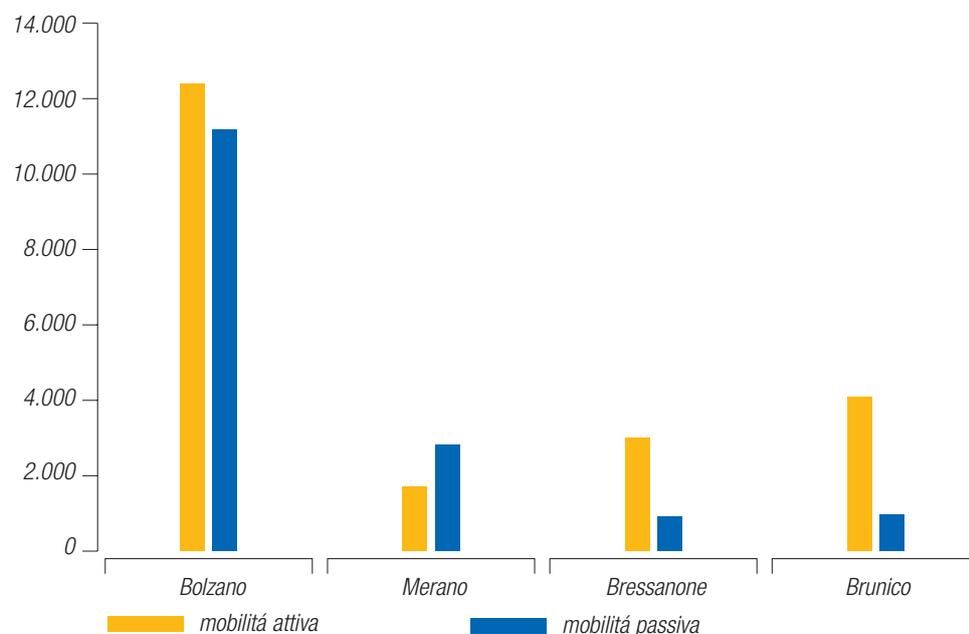
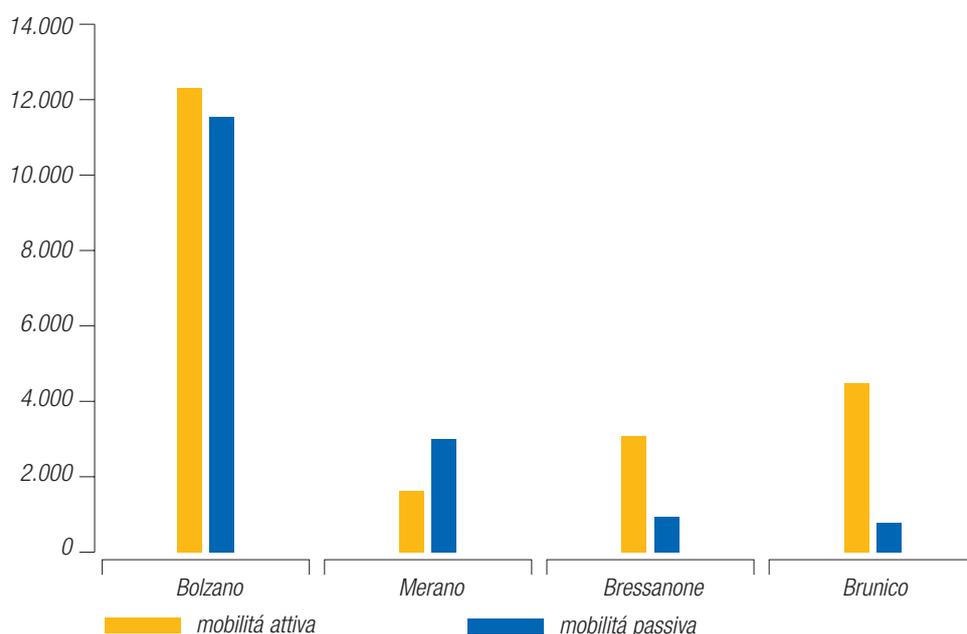


Figura 19: Mobilità ospedaliera attiva e passiva interregionale (Migliaia di Euro) - Anno 2003



Per quanto riguarda invece la mobilità interregionale nel suo complesso (cioè prendendo in considerazione oltre ai ricoveri, anche gli altri flussi – specialistica, farmaceutica, ecc...) si nota che l'Azienda di Brunico presenta il saldo positivo più elevato, mentre l'Azienda di Merano riporta un saldo negativo (Figura 20).

Tabella 9: Numero di prestazioni relative a mobilità interregionale attiva e passiva e importo corrispondente - Anno 2004

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
<b>Mobilità attiva</b>					
N. prestazioni	164.412	28.890	37.912	94.881	326.095
Importo tot. (migliaia di €)	15.587	2.132	3.436	5.426	26.581
<b>Mobilità passiva</b>					
N. prestazioni	186.009	56.428	17.573	19.645	279.655
Importo tot. (migliaia di €)	13.809	3.619	1.236	1.315	19.979
<b>SALDO ATTIVA – PASSIVA (MIGLIAIA DI €)</b>	<b>1.778</b>	<b>-1.487</b>	<b>2.200</b>	<b>4.111</b>	<b>6.602</b>

Fonte: PAB - Ufficio Economia Sanitaria

Tabella 10: Numero di prestazioni relative a mobilità interregionale attiva e passiva e importo corrispondente - Anno 2003

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
<b>Mobilità attiva</b>					
N. prestazioni	166.405	26.935	39.277	101.264	333.881
Importo tot. (migliaia di €)	14.925	1.984	3.529	5.921	26.359
<b>Mobilità passiva</b>					
N. prestazioni	170.602	51.181	17.291	28.899	267.973
Importo tot. (migliaia di €)	14.135	3.741	1.226	1.107	20.209
<b>SALDO ATTIVA – PASSIVA (MIGLIAIA DI €)</b>	<b>790</b>	<b>-1.757</b>	<b>2.303</b>	<b>4.814</b>	<b>6.150</b>

Fonte: PAB - Ufficio Economia Sanitaria

Complessivamente il saldo monetario della mobilità interregionale relativa al 2004 evidenzia un importo positivo superiore a 6,6 milioni di Euro (6,1 nel 2003).

Figura 20: Mobilità interregionale attiva e passiva (Migliaia di Euro) - Anno 2004

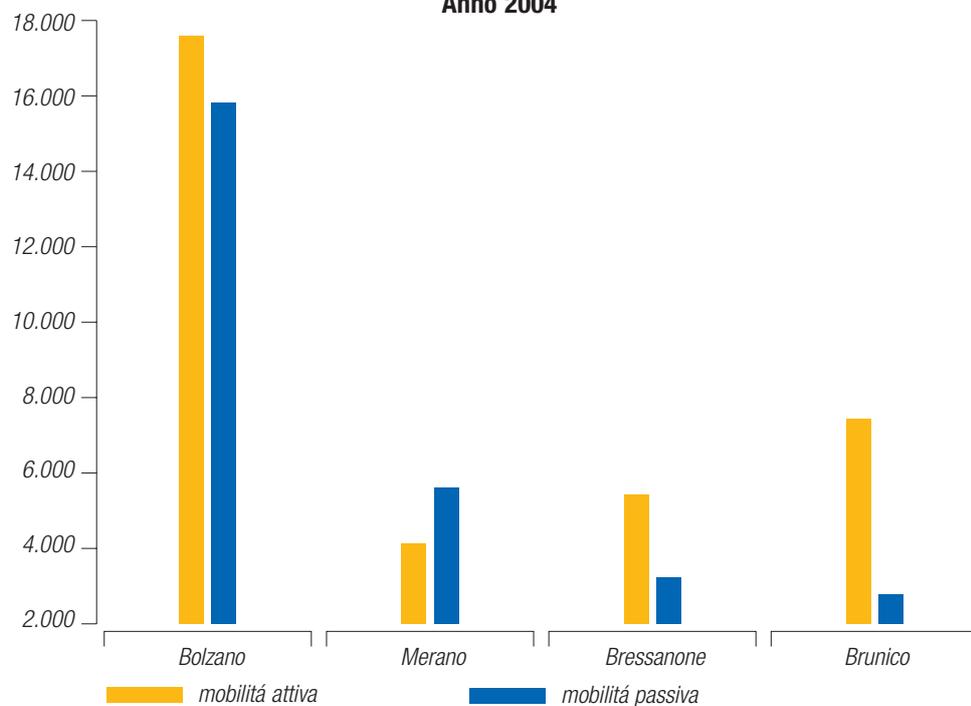
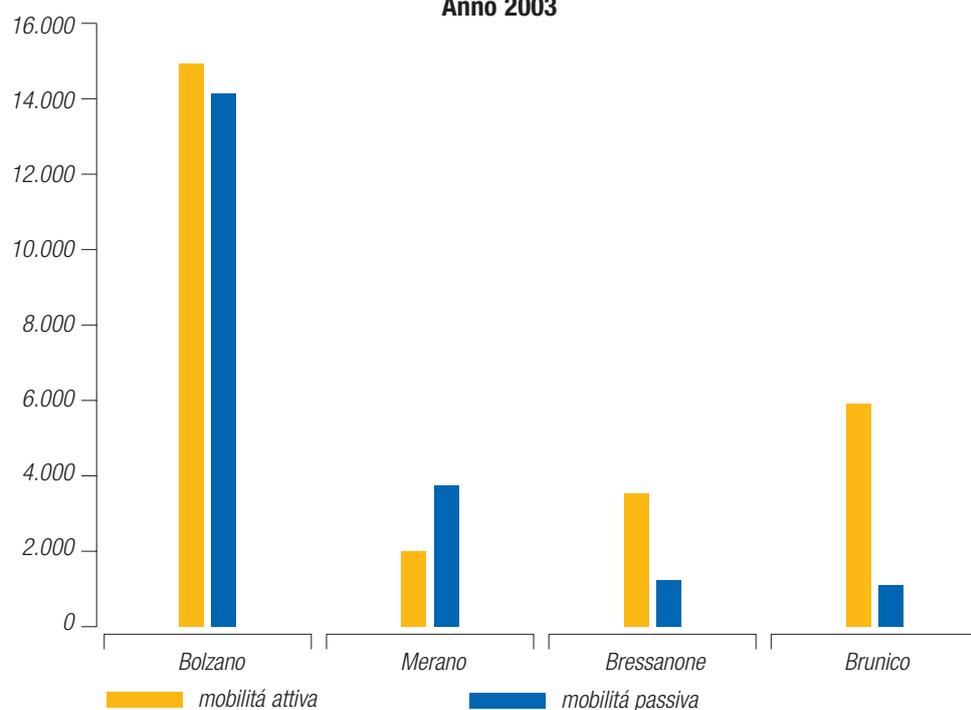


Figura 21: Mobilità interregionale attiva e passiva (Migliaia di Euro) - Anno 2003



Per quanto riguarda la mobilità internazionale sono disponibili i dati relativi all'anno 2001 concernenti il valore complessivo dei ricoveri, ad esclusione dei ricoveri in Austria, regolamentati da specifiche convenzioni.

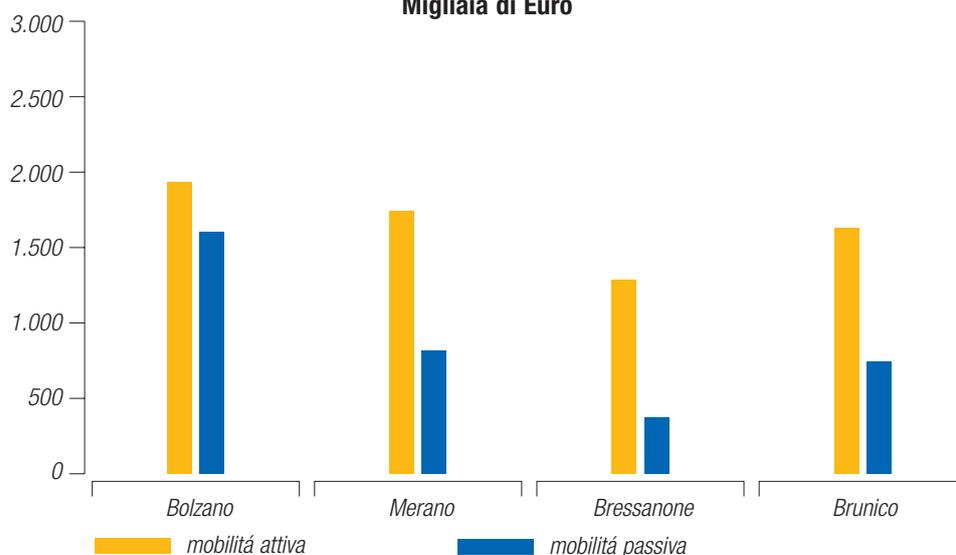
Tabella 11: **Importo mobilità ospedaliera attiva internazionale (esclusa assistenza ospedaliera erogata in Austria) – Anno 2001**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
<b>Mobilità attiva</b>					
Importo totale (migliaia di €)	1.937	1.742	1.283	1.627	6.589
<b>Mobilità passiva</b>					
Importo tot. (migliaia di €)	1.604	816	373	741	3.534
<b>SALDO ATTIVA – PASSIVA (MIGLIAIA DI €)</b>	<b>333</b>	<b>926</b>	<b>910</b>	<b>886</b>	<b>3.055</b>

Fonte: PAB - Ufficio Economia Sanitaria

Come risulta dalla Tabella 11 e dalla Figura 22, il saldo complessivo della mobilità ospedaliera internazionale per l'anno 2001 è in attivo per circa 3 milioni di Euro.

Figura 22: **Mobilità ospedaliera attiva e passiva 2001 internazionale (Esclusa Austria) - Migliaia di Euro**



Nelle Figura 23 e 24 viene rappresentata la composizione della spesa per mobilità attiva e passiva secondo le due componenti interregionale ed internazionale. Per quanto riguarda la mobilità passiva internazionale sono i residenti dell'Azienda Sanitaria di Brunico a ricorrere in maggior misura a ricoveri all'estero; relativamente a quella attiva, l'azienda più "attraente" per gli stranieri risulta essere quella di Merano.

A livello interregionale l'Azienda Sanitaria di Bolzano risulta essere la preferita tra gli italiani residenti al di fuori della Provincia.

Figura 23: Spesa per mobilità passiva interregionale 2004 e internazionale 2001 ricoveri (Migliaia di Euro)

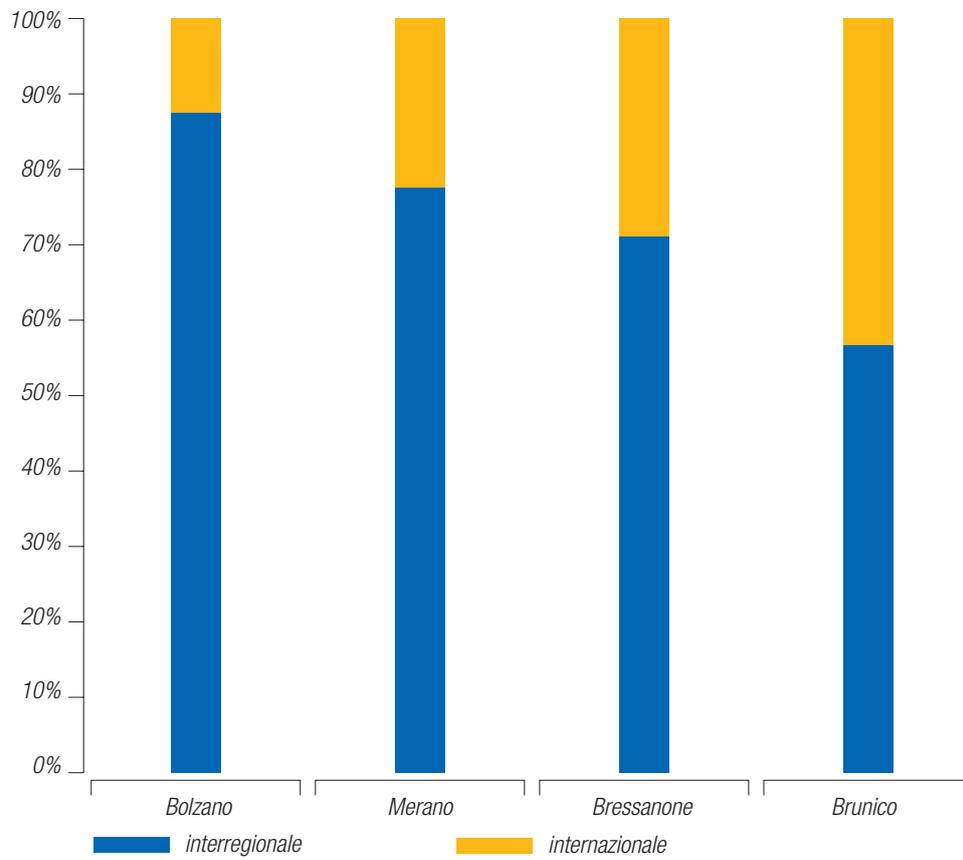
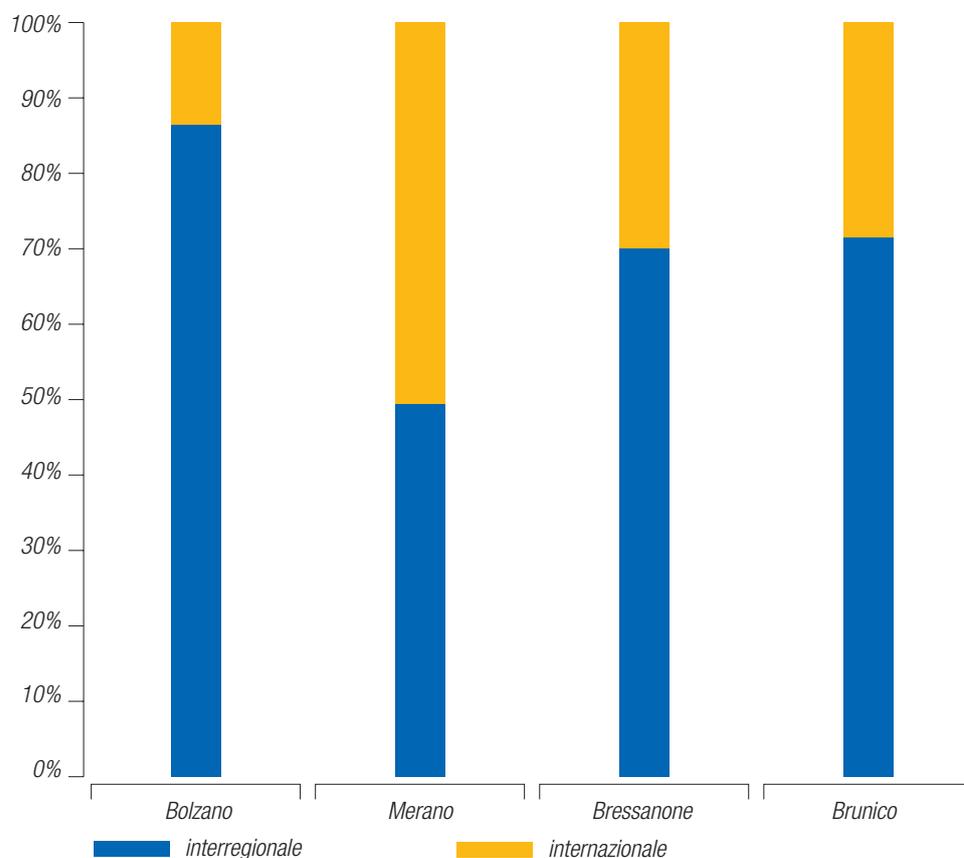


Figura 24: Entrate per mobilità attiva interregionale 2004 e internazionale 2001 ricoveri (Migliaia di Euro)



### 2.4.2. Le prestazioni di specialistica e i relativi saldi della mobilità

#### TARIFFARIO PROVINCIALE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Le aziende sanitarie devono assicurare ai cittadini le prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio contemplate dai livelli essenziali di assistenza avvalendosi di servizi propri e di altri soggetti erogatori pubblici e privati e, in questo secondo caso, utilizzando come sistema di remunerazione il pagamento a prestazione (d. legisl. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni). Analogamente alle prestazioni di ricovero, anche per le prestazioni ambulatoriali l'amministrazione provinciale ha adottato un proprio nomenclatore tariffario, sulla base di un documento nazionale, utilizzato sia ai fini del pagamento del ticket, sia per la remunerazione delle prestazioni scambiate tra strutture erogatrici o offerte dalle strutture private convenzionate col sistema sanitario provinciale.

Mediante il sito Internet dei servizi sanitari provinciali [www.provincia.bz.it/sanita/2303/tarspec](http://www.provincia.bz.it/sanita/2303/tarspec), il tariffario è accessibile a tutti, operatori e semplici cittadini, per fornire informazioni sempre aggiornate e indicazioni puntuali circa l'applicazione delle tariffe.

Le tariffe rappresentano la remunerazione massima che può essere corrisposta

alle strutture per le prestazioni di specialistica erogate nell'ambito del sistema sanitario provinciale.

Tabella 12: **Importo mobilità specialistica interregionale – Anno 2004**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Attiva (migliaia di €)	1.318	211	274	745	2.548
Passiva (migliaia di €)	1.257	434	150	188	2.029
<b>SALDO ATTIVA – PASSIVA (MIGLIAIA DI €)</b>	<b>61</b>	<b>-223</b>	<b>124</b>	<b>557</b>	<b>519</b>

Tabella 13: **Importo mobilità specialistica interregionale – Anno 2003**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Attiva (migliaia di €)	1.264	191	287	760	2.502
Passiva (migliaia di €)	1.262	416	137	148	1.963
<b>SALDO ATTIVA – PASSIVA (MIGLIAIA DI €)</b>	<b>2</b>	<b>-225</b>	<b>150</b>	<b>612</b>	<b>539</b>

Fonte: PAB – Ufficio economia sanitaria

Figura 25: **Valori della mobilità specialistica attiva e passiva interregionale (Migliaia di Euro) - Anno 2004**

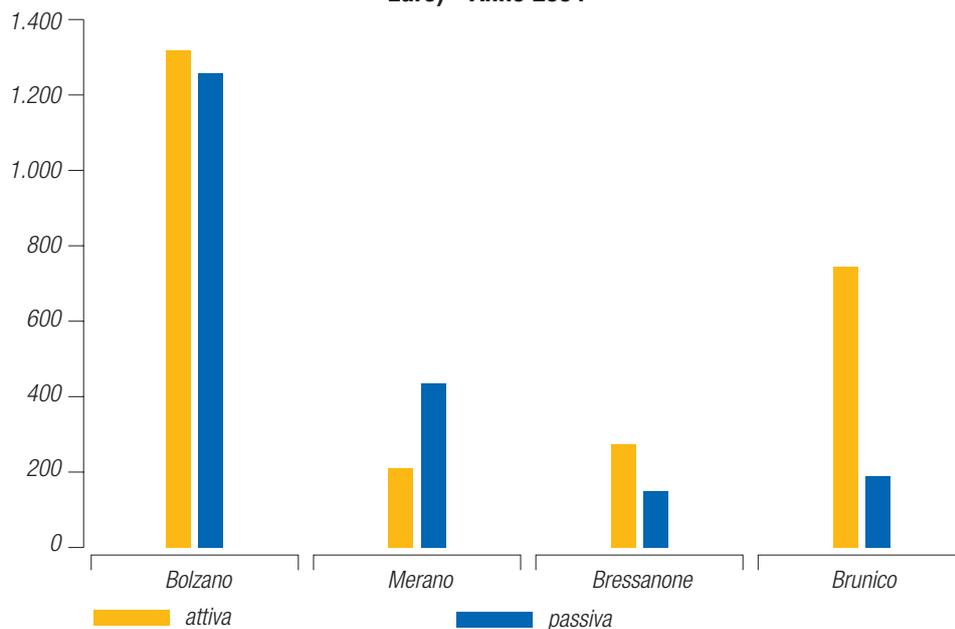


Figura 26: Valori della mobilità specialistica attiva e passiva interregionale (Migliaia di Euro) - Anno 2003

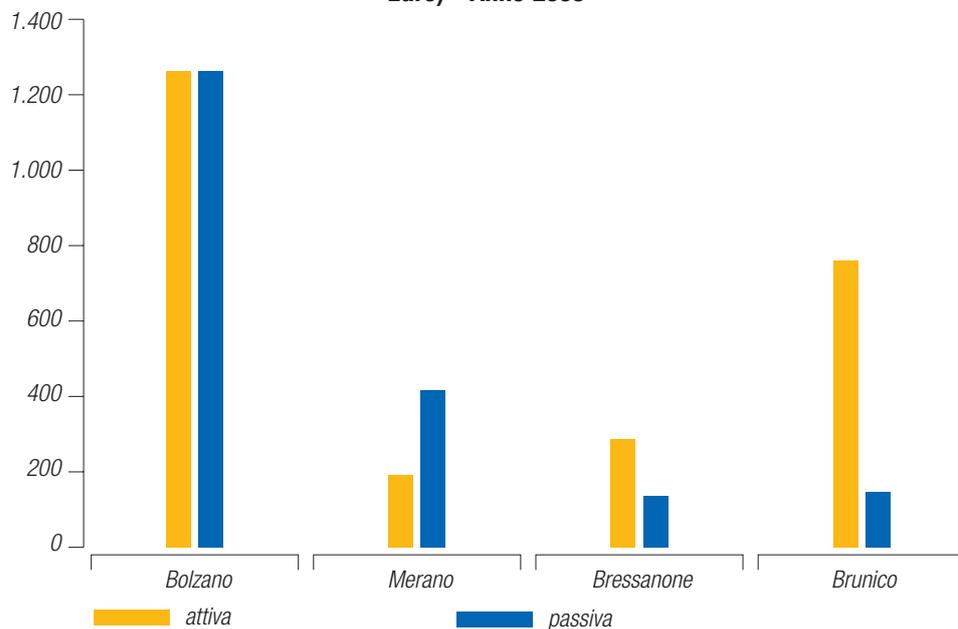


Tabella 14: Importo mobilità specialistica intraprovinciale – Anno 2004

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Attiva (migliaia di €)	1.768	677	1.844	343	4.632
Passiva (migliaia di €)	2.141	1.338	533	620	4.632
<b>SALDO ATTIVA – PASSIVA (MIGLIAIA DI €)</b>	<b>-373</b>	<b>-661</b>	<b>1.311</b>	<b>-277</b>	<b>0</b>

Tabella 15: Importo mobilità specialistica intraprovinciale – Anno 2003

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Attiva (migliaia di €)	1.571	748	1.748	312	4.379
Passiva (migliaia di €)	2.130	1.283	460	506	4.379
<b>SALDO ATTIVA – PASSIVA (MIGLIAIA DI €)</b>	<b>-559</b>	<b>-535</b>	<b>1.288</b>	<b>-194</b>	<b>0</b>

Fonte: PAB – Ufficio economia sanitaria

Figura 27: Valori della mobilità specialistica attiva e passiva intraprovinciale (Migliaia di Euro) - Anno 2004

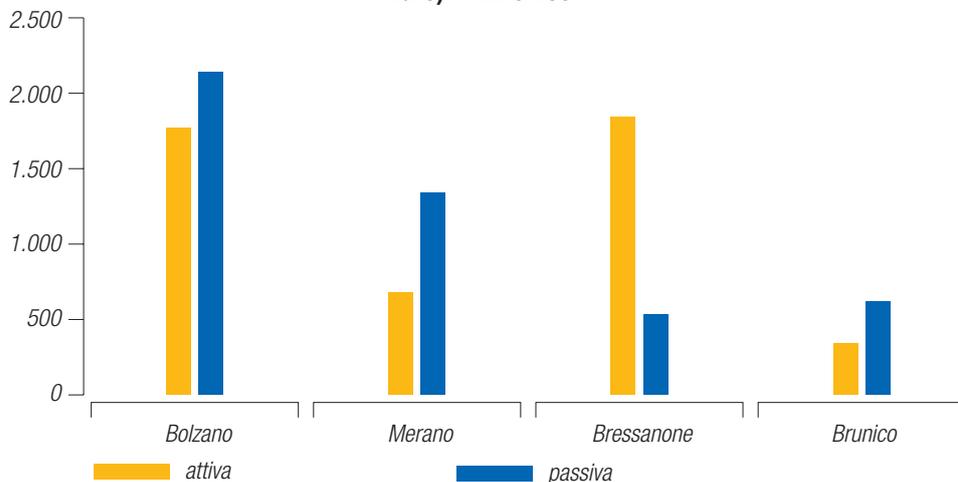
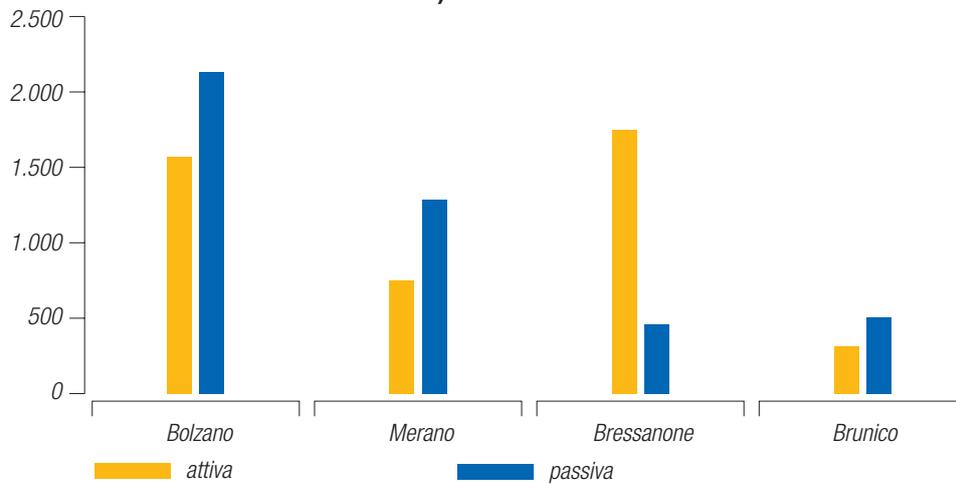


Figura 28: Valori della mobilità specialistica attiva e passiva intraprovinciale (Migliaia di Euro) - Anno 2003



Anche in questo caso i tariffari vengono applicati per la compensazione della mobilità sanitaria, attiva e passiva. Il fenomeno dal punto di vista finanziario si configura in modo esattamente identico a quello della mobilità dei ricoveri.

Nel 2004 come anche nel 2003 a livello intraprovinciale il saldo della mobilità della specialistica risulta positivo per l'Azienda di Bressanone, mentre risulta negativo per Bolzano, Merano e Brunico.

A livello interregionale il saldo attivo più elevato è registrato dall'Azienda di Brunico, come è positivo anche il saldo delle Aziende Sanitarie di Bolzano e Bressanone, mentre Merano registra un saldo negativo.

MOBILITÀ ATTIVA E  
PASSIVA DELLA  
SPECIALISTICA

