

## 2. OBIETTIVI DI SALUTE E STRATEGIE SANITARIE

### 2.1. Finalità generali del Piano sanitario 2000-2002

Il Piano sanitario provinciale 2000-2002 si propone di realizzare, attraverso il Servizio sanitario provinciale e in continuità con le esperienze maturate e i traguardi già raggiunti, lo sviluppo del processo di tutela della salute dei cittadini, come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona.

Finalità fondamentale del Piano è quella di garantire traguardi elevati di promozione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica e di soddisfacimento delle aspettative di salute della popolazione, senza distinzioni di condizioni individuali e sociali, promuovendo la solidarietà e la partecipazione.

La strategia di base, mirata a garantire a tutti i cittadini adeguate condizioni di accessibilità alle prestazioni sanitarie previste dai livelli uniformi di assistenza, deve essere accompagnata da altre azioni di sviluppo tendenti a potenziare gli interventi di prevenzione e di riabilitazione, a migliorare la qualità di tutte le prestazioni erogate, a far crescere i livelli di personalizzazione, umanizzazione, sicurezza, comfort dell'assistenza, a tutelare il diritto alla informazione dell'utente, a stimolare e utilizzare nei servizi la solidarietà e la partecipazione, promuovendo atteggiamenti di fiducia e l'immagine delle istituzioni sanitarie.

Con riferimento agli aspetti istituzionali, organizzativi e strumentali, il Piano si propone di stimolare al massimo il processo in atto di aziendalizzazione delle unità sanitarie locali, attraverso prescrizioni relative alla riorganizzazione della rete dei servizi sanitari, alla attivazione di procedure aziendali di responsabilizzazione, programmazione e controllo di gestione, agli interventi atti a favorire lo sviluppo della qualità dei prodotti finali e dell'organizzazione sanitaria, alle azioni rivolte alla crescita della risorsa umana interna alle aziende, alla integrazione dei servizi sanitari con quelli socio-assistenziali e all'utilizzo in forma coordinata della rete informale di assistenza, dai gruppi di autoaiuto alla famiglia allargata, al volontariato organizzato e individuale e agli obiettori di coscienza.

Si tratta di obiettivi e di interventi di natura strategica, che assumono significato nel medio e lungo termine: si pongono in continuità con le esperienze già maturate e hanno una prospettiva storica che va oltre il periodo di piano.

Gli indirizzi di politica della salute e di strategia sanitaria contenuti nel successivo paragrafo 2.2. "Garantire i livelli assistenziali", riguardano e impegnano tutta la sanità provinciale. Le direttive sullo "Sviluppo della qualità" (paragrafo 4.5) si applicano a tutti i livelli assistenziali erogati e/o garantiti dalle aziende sanitarie.

L'incentivazione dello sviluppo della qualità avviene nell'ambito della procedura aziendale di programmazione operativa e di budget annuale e viene finanziata dall'azienda con le assegnazioni del fondo sanitario provinciale effettuate con il criterio della quota capitaria standardizzata. In via transitoria, fino alla attivazione delle procedure aziendali di programmazione e controllo annuali, progetti di sviluppo della qualità possono venire finanziati dalla Giunta Provinciale secondo le modalità previste per i progetti obiettivo.

I successivi paragrafi di questo capitolo dal 2.3 al 2.5 contengono direttive di carattere generale su obiettivi di sviluppo dei livelli di salute rispetto a bisogni sanitari a cui rispondere in modo prioritario nel triennio di piano. Il finanziamento degli obiettivi di sviluppo della salute in aree prioritarie viene effettuato dalla Giunta provinciale su presentazione da parte delle aziende sanitarie di progetti-obiettivo e relativi preventivi di spesa.

Negli ultimi due paragrafi del capitolo (2.6. e 2.7) sono riportate sintesi delle prescrizioni, rispettivamente, di obiettivi di salute e di strategie sanitarie del piano.

## **2.2. Garantire i livelli assistenziali**

I livelli assistenziali rappresentano il sistema di prestazioni sanitarie che il Servizio sanitario provinciale deve garantire ai cittadini residenti e agli aventi diritto all'assistenza. La erogazione dei livelli assistenziali in modo uniforme sul territorio provinciale, in forme adeguate per qualità, appropriatezza e accessibilità, rappresenta la strategia fondamentale di base del Servizio sanitario provinciale.

In conformità a quanto previsto dal Piano sanitario nazionale, vengono di seguito forniti gli indirizzi essenziali riguardanti i livelli assistenziali minimi uniformi da garantire su tutto il territorio provinciale.

### **2.2.1 Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro**

Obiettivo del livello è quello di promuovere la salute della popolazione nel suo complesso mediante la profilassi delle malattie infettive e diffuse; il controllo dei fattori di rischio presenti nel territorio; il controllo dei fattori di rischio collettivi ed individuali presenti negli ambienti di vita e di lavoro; la profilassi veterinaria necessaria per la tutela del patrimonio zootecnico dalle malattie infettive e diffuse e per la tutela della popolazione umana dalle antropozoonosi e per la salvaguardia dell'ambiente, anche utilizzando il modello animale quale strumento di sorveglianza; il controllo degli alimenti e delle bevande sia di origine animale sia vegetale, nei momenti di produzione, lavorazione, deposito, trasporto e distribuzione degli stessi.

Il livello é realizzato attraverso il complesso delle attività e prestazioni di prevenzione collettiva della profilassi delle malattie infettive e diffuse, di tutela della collettività dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale, di tutela della collettività dai rischi sanitari connessi agli ambienti di vita e di lavoro, di sanità pubblica veterinaria, di tutela igienico-sanitaria degli alimenti.

Per alcune delle predette attività e prestazioni, non più di competenza sanitaria, va comunque mantenuto il collegamento con l'Agenzia provinciale per la protezione dell'ambiente e la tutela del lavoro, tenuto conto delle implicazioni per la salute umana della qualità dell'ambiente.

### **2.2.2 Assistenza distrettuale**

L'assistenza distrettuale comprende le seguenti forme di intervento sanitario:

- Assistenza sanitaria di base
- Assistenza farmaceutica
- Assistenza specialistica ambulatoriale
- Assistenza territoriale e semi-residenziale
- Assistenza residenziale sanitaria

Obiettivo dell'assistenza sanitaria di base è quello di promuovere la salute mediante attività di educazione sanitaria, medicina preventiva individuale, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello e di pronto intervento. Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base va favorita la partecipazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta ai processi di sviluppo delle attività distrettuali e in particolare ai progetti di assistenza medica programmata e di assistenza domiciliare integrata.

L'assistenza farmaceutica viene erogata dalle aziende sanitarie attraverso le farmacie ospedaliere e convenzionate e riguarda la fornitura di specialità medicinali e di preparati galenici, con o senza pagamento di ticket, agli assistiti.

Obiettivo dell'assistenza sanitaria specialistica ambulatoriale, semiresidenziale e territoriale é accertare e trattare in sede ambulatoriale, domiciliare e semiresidenziale le condizioni morbose e le inabilità mediante interventi specialistici di tipo diagnostico, terapeutico e riabilitativo, ivi compresi quelli volti alla tutela della salute materno-infantile, nonché alla prevenzione, diagnosi e terapia del disagio psichico e degli stati di tossicodipendenza.

Comprende la specialistica ambulatoriale, l'assistenza ai tossicodipendenti, l'assistenza psichiatrica territoriale, l'assistenza riabilitativa territoriale e l'assistenza integrativa.

Deve essere concordato e garantito il rispetto di protocolli qualitativi uniformi delle prestazioni e delle refertazioni, al fine di evitare le duplicazioni legate alla gestione frammentaria delle competenze della specialistica.

Obiettivo dell'assistenza residenziale sanitaria è quello di garantire, mediante trattamenti sanitari in regime residenziale, il recupero di autonomia dei soggetti non autosufficienti, il recupero e il reinserimento sociale dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope, degli anziani, dei malati mentali, nonché la prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per le patologie croniche.

Comprende l'assistenza residenziale agli anziani, l'assistenza residenziale ai tossicodipendenti in comunità terapeutiche, l'assistenza residenziale ai disabili psichici, l'assistenza residenziale ai disabili fisici e l'assistenza residenziale riabilitativa.

Va contrastata l'istituzionalizzazione impropria e precoce di anziani e persone non autosufficienti, attraverso un adeguato sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata. L'ulteriore miglioramento della qualità della vita dei soggetti comunque istituzionalizzati rappresenta un obiettivo prioritario da realizzare con il massimo impegno nel periodo di piano.

### **2.2.3 Assistenza ospedaliera**

L'assistenza ospedaliera si articola in:

- Assistenza per acuti (emergenza, ordinaria e in day-hospital)
- Assistenza post-acuzie (riabilitazione ordinaria e in day-hospital e lungodegenza).

Obiettivo dell'assistenza ospedaliera è quello di garantire a tutti i soggetti assistiti dal Servizio sanitario provinciale l'accesso ai ricoveri ospedalieri necessari per trattare: condizioni patologiche indifferibili che necessitino di interventi diagnostico-terapeutici di emergenza o di urgenza, patologie acute non gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare, nonché condizioni patologiche di lunga durata che richiedano un trattamento diagnostico-terapeutico non erogabile in forma extra-ospedaliera.

Vanno garantite pari opportunità di accesso e appropriatezza ai ricoveri ospedalieri, in particolare a quelli in regime di riabilitazione e lungodegenza post acuzie.

### **2.3. Tutelare i diritti dei cittadini**

La Provincia autonoma, attraverso il Servizio sanitario provinciale, tutela la salute come diritto del singolo e interesse della comunità nel rispetto della dignità e della libertà della persona. Si

tratta di principi fondamentali che da tempo ispirano l'azione sanitaria, ma che richiedono costante e rinnovato impegno, in relazione anche alla evoluzione della cultura e delle aspettative dei cittadini.

In particolare va assumendo sempre maggiore rilievo il rispetto del diritto alla libertà, inteso come capacità e possibilità per il soggetto di decidere in forma autonoma, corretta e consapevole sulla propria salute.

### **TUTELARE I DIRITTI DEI CITTADINI**

<b>OBIETTIVI DI SALUTE</b>	<b>STRATEGIE SANITARIE</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garantire pari opportunità di accesso alla assistenza sanitaria a tutta la popolazione</li> <li>2. Garantire l'autopromozione della salute come processo teso allo sviluppo di capacità personali di controllo e di miglioramento della propria salute</li> <li>3. Garantire il diritto alla confidenzialità, riservatezza, comfort del paziente</li> <li>4. Garantire il diritto all'informazione</li> <li>5. Garantire il diritto alla globalità e continuità dell'assistenza.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Attuare la Carta dei servizi</li> <li>2. Migliorare la qualità della comunicazione tra cittadino utente e operatori dei servizi</li> <li>3. Migliorare l'accessibilità ai servizi, garantendo l'equilibrio tra domanda e offerta, semplificando le procedure, riducendo i tempi di attesa</li> <li>4. Promuovere e attuare progetti di sviluppo della qualità rispetto alle variabili della personalizzazione, umanizzazione, diritto all'informazione, comfort e sicurezza del paziente</li> <li>5. Promuovere progetti di educazione alla salute mirati allo sviluppo della coscienza sanitaria</li> <li>6. Promuovere lo sviluppo della integrazione tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali.</li> </ol>

### **2.4. Sviluppare la solidarietà e la partecipazione**

Solidarietà e partecipazione sono valori che da tempo e sempre più influiscono nel processo di sviluppo della cultura della salute e dei servizi. La loro valorizzazione e utilizzazione nei processi assistenziali deve rappresentare un traguardo fondamentale per il Servizio sanitario provinciale.

### **SVILUPPARE LA SOLIDARIETÀ E LA PARTECIPAZIONE**

<b>OBIETTIVI DI SALUTE</b>	<b>STRATEGIE SANITARIE</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mantenere e accrescere i livelli raggiunti di solidarietà affettiva e sociale rispetto ai problemi di salute e all'assistenza sanitaria</li> <li>2. Mantenere e accrescere i livelli raggiunti di partecipazione dei cittadini allo sviluppo della cultura della salute e del sistema assistenziale.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promuovere la rete informale di assistenza integrandola con quella formale</li> <li>2. Attuare la Carta dei servizi, con riferimento in particolare alle prospettive di sviluppo della partecipazione sociale</li> <li>3. Progettare e gestire le potenzialità partecipative offerte dai rapporti con la Conferenza dei Presidenti delle Comunità comprensoriali e all'interno dei comitati di distretto</li> <li>4. Promuovere il coinvolgimento intersettoriale nella soluzione dei problemi di salute, nell'ottica del progetto OMS "Investire in salute".</li> </ol>

## **2.5. Scelte di obiettivi di salute e di strategie sanitarie in aree prioritarie di bisogno sanitario**

### **2.5.1. Tumori**

L'obiettivo 10 delle politiche di salute dell'OMS per il 2000 prevede la riduzione del 15% della mortalità per tumore nei soggetti con meno di 65 anni di età.

Il tasso di mortalità per tumore in Alto Adige, nel periodo 1981-94, mostra un trend crescente (da 200 decessi ogni 100.000 abitanti nel 1981 a 240 decessi nel 1994), così come crescente risulta il trend della mortalità da tumore in soggetti di età inferiore ai 65 anni. Appare chiaro come la situazione provinciale risulti carente rispetto all'obiettivo di salute proposto dall'OMS, che non sarà raggiunto entro l'anno 2000.

L'aumento della mortalità per patologia tumorale interessa molte delle principali sedi; una diminuzione della mortalità si riscontra solamente per i tumori del colon e del retto e, parzialmente, dello stomaco.

#### Tumore dello stomaco:

Risulta in diminuzione la mortalità complessiva (da 29,5 morti ogni 100.000 abitanti nel 1981 a 25,3 morti nel 1990), ma appare in rialzo la mortalità nei soggetti in età inferiore ai 65 anni (da 8,1 per 100.000 abitanti a 8,8). Le aree del territorio provinciale che risultano maggiormente penalizzate sono quelle confinanti con l'Austria ad Est e con la Lombardia ad Ovest.

#### Tumore del colon e del retto:

Risulta in aumento la mortalità complessiva (da 21,1 per 100.000 abitanti nel 1981 a 26,0 nel 1990), ma in diminuzione quella nei soggetti di età inferiore ai 65 anni (da 7,3 per 100.000 abitanti a 6,2).

Meno interessate dal fenomeno appaiono la zona di Vipiteno e la zona di confine con il Veneto.

#### Tumore della trachea, dei bronchi e dei polmoni:

In aumento la mortalità sia generale (da 28,1 per 100.000 abitanti a 38,9 nel periodo 1981-90), sia dei soggetti in età inferiore ai 65 anni (da 11 per 100.000 abitanti a 15,8). L'area più interessata dal fenomeno è quella della città capoluogo.

#### Tumore della mammella:

In aumento la mortalità sia generale (da 27,4 per 100.000 abitanti a 38,2 nel periodo 1981-90), sia delle donne in età inferiore ai 65 anni (da 10 per 100.000 abitanti a 20,1). Maggiormente interessate risultano le zone di Bolzano e Vipiteno.

#### Tumore dell'utero (cervice uterina e endometrio):

Appare stabile la mortalità complessiva, ma in aumento quella nelle donne di età inferiore ai 65 anni (da 2,6 per 100.000 abitanti a 5,3 tra il 1981 ed il 1990).

L'area più interessata dal fenomeno è una striscia orizzontale che comprende le zone di Silandro, Merano e Bressanone.

#### Tumore dell'ovaio:

La mortalità per tumore dell'ovaio, pur mantenendosi stabile tra il 1981 ed il 1991 nella popolazione femminile di età inferiore a 65 anni (4,7 e 4,2 casi ogni 100.000 donne di età inferiore a 65 anni, rispettivamente, nel 1981 e nel 1991) è tuttavia aumentata considerando tutte le età, essendo passato da 7,3 a 11,1 casi per 100.000 donne nel periodo considerato.

#### Tumore della prostata:

Il tasso di mortalità è in costante rialzo. Il tasso grezzo, che all'inizio degli anni '70 era al di sotto dei 15 decessi per 100.000 abitanti di sesso maschile, si avvia negli anni '90 alla quota di 30 decessi per 100.000 abitanti. Il fenomeno appare diffuso con maggiore intensità nella fascia del territorio provinciale che comprende le zone di Bolzano, Merano, Bressanone e Vipiteno.

#### Tumore della pelle:

È in forte aumento l'incidenza di alcune forme di tumore della pelle (nel 1996 si sono registrati 176 casi di carcinoma spinocellulare, 56 casi di melanoma e 705 casi di basalioma) per le quali esistono possibilità di interventi efficaci, di natura preventiva e/o di diagnosi precoce.

### **TUMORI**

<b>OBIETTIVI DI SALUTE</b>	<b>STRATEGIE SANITARIE</b>
----------------------------	----------------------------

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Riduzione dell'incidenza delle neoplasie</li> <li>2. Aumento della durata e della qualità della vita dei soggetti affetti da neoplasie, con particolare riferimento ai tumori dello stomaco, colon e retto, della trachea, bronchi e polmoni, della mammella, dell'utero, dell'ovaio e della pelle</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sviluppare le attività di identificazione e di diffusione delle conoscenze sui fattori di rischio di tipo ambientale e comportamentale presenti</li> <li>2. Promuovere azioni di miglioramento della qualità dell'ambiente</li> <li>3. Attivare campagne di educazione alla salute quanto più precocemente possibile</li> <li>4. Migliorare ed affinare gli interventi di diagnosi precoce soprattutto per quei tumori per i quali esistono attualmente tecniche ad alto rendimento (mammella, utero, ovaio e pelle)</li> <li>5. Promuovere lo sviluppo della qualità delle cure e dell'assistenza, anche nella fase palliativa.</li> <li>6. Estendere l'assistenza psicologica ai malati di tumore</li> <li>7. Potenziare le attività diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, anche tramite l'elaborazione di linee guida per singole patologie tumorali</li> </ol>
---	--

### 2.5.2. Cause di morte violenta

Le morti violente rappresentano il 50% delle cause di mortalità al di sotto dei 40 anni di età e circa un terzo di queste morti è causato da incidenti stradali. Queste cifre, in realtà, sottostimano di circa 1/3 la dimensione del fenomeno, in quanto comprendono gli eventi di morte che si verificano entro i 7 giorni dalla data dell'incidente. Una valutazione della dimensione del danno è completata dagli esiti invalidanti del traumatismo cranio-encefalico, ed analogamente per la paraplegia traumatica, che possono essere stimati per più del 50% come conseguenza di incidenti del traffico.

L'azione strettamente sanitaria, in questo settore, è limitata al contenimento del danno negli eventi già verificati. Nella grande maggioranza dei casi l'incidente stradale è imputabile ad un errore umano, pertanto qualsiasi politica di prevenzione deve partire dallo studio del comportamento del conducente. L'efficacia dell'azione preventiva sarà direttamente proporzionale al grado di collaborazione intersettoriale, con vantaggi dal punto di vista dei costi e della pluralità dell'offerta che vanno a tutto favore della qualità dell'intervento preventivo stesso.

Un'altra causa di morte violenta da contrastare in Alto Adige riguarda i suicidi.

Nell'ambito del fenomeno suicidale in Alto Adige si riscontra una costante crescita del tasso di suicidalità tra il 1981 (10 suicidi ogni 100.000 abitanti) ed il 1994 (16,6 suicidi ogni 100.000 abitanti). Rispetto al dato medio nazionale (6,5 suicidi ogni 100.000 abitanti), la situazione appare decisamente negativa. Il fenomeno è inoltre positivamente correlato con fattori geografici, quali la lontananza dai centri urbani più affollati e l'altitudine.

Una efficace azione preventiva può essere condotta previa l'identificazione dei gruppi vulnerabili ed attraverso la limitazione dell'accesso a specifici metodi suicidari. Opportuna è la realizzazione di progetti istituzionalizzati di prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza,



che appaiono i periodi nella vita dell'individuo che più si caratterizzano in Provincia di Bolzano per la presenza del fenomeno rispetto alle altre realtà territoriali.

### **CAUSE DI MORTE VIOLENTA**

<b>OBIETTIVI DI SALUTE</b>	<b>STRATEGIE SANITARIE</b>
1. Riduzione dell'incidenza degli incidenti stradali, lavorativi e domestici 2. Riduzione della mortalità e delle invalidità per incidenti sul lavoro, stradali e domestici 3. Riduzione dell'incidenza dei suicidi, in particolare dei soggetti depressi, alcolisti, disadattati, schizofrenici, tossicodipendenti, nevrotici.	1. Potenziare le attività di identificazione e di diffusione delle conoscenze relative ai fattori di rischio strutturali e comportamentali degli incidenti stradali, lavorativi e domestici 2. Aumentare l'azione preventiva di contrasto agli incidenti stradali, lavorativi e domestici 3. Identificare i gruppi vulnerabili nell'ambito del fenomeno suicidario e promuovere azioni atte a limitare l'accesso a specifici metodi suicidari 4. Promuovere lo sviluppo di progetti di prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza.

### **2.5.3. Malattie infettive**

La mortalità per malattie infettive o parassitarie è, in Alto Adige (4,7 decessi per 100.000 abitanti nel 1992), superiore a quella media nazionale (3,6 decessi per 100.000 abitanti) e si colloca su valori simili a quelli registrati nelle regioni limitrofe (5,1 decessi in Trentino, 5,0 decessi in Tirolo, contro una media di 3,3 decessi per l'intera Austria).

#### AIDS

L'incidenza del fenomeno è in diminuzione, nel periodo 1992-94, tra gli uomini (da 8,2 a 4,1 casi per 100.000 abitanti), mentre si mantiene costante tra le donne (1,8 casi per 100.000 abitanti).

Il fenomeno non va tuttavia sottovalutato, perché a causa della crescente diffusione del fenomeno tra gli eterosessuali l'AIDS colpisce in misura crescente le donne. Tra le conseguenze più drammatiche della malattia è la nascita di bambini sieropositivi: a rischio soprattutto la popolazione dei tossicodipendenti, composta prevalentemente da soggetti infetti in età riproduttiva, e quindi a maggiore probabilità di trasmissione dell'infezione per via materno-fetale.

L'opera di informazione deve passare necessariamente attraverso le strutture scolastiche, con opportuni programmi di educazione sessuale e di educazione alla salute.

Gli interventi di prevenzione dovranno prevedere la promozione del test per la ricerca degli anticorpi anti-HIV, identificando appropriate modalità per l'offerta attiva e l'esecuzione del test a soggetti in particolari situazioni quali donne in età fertile, donne in gravidanza, detenuti.

#### Epatite B

Il fenomeno è in evoluzione tra i maschi (da 4,1 nel 1992 a 7,7 per 100.000 abitanti nel 1994), mentre appare più stabile tra le femmine (da 5,8 nel 1992 a 5,3 per 100.000 abitanti nel 1994).

A livello nazionale, l'incidenza della patologia che era di quattro casi per 100.000 abitanti nel 1992, è nel 1994 scesa a tre casi per 100.000 abitanti.

Sempre a livello nazionale, i dati del periodo 1986-1994 evidenziano che, tra le persone con una esposizione a fattori multipli, alle quali viene assegnato un solo fattore in ordine decrescente di esclusione sulla base delle più probabili fonti di infezione, i contatti con portatori sani del virus sono la più frequente causa di infezione per il gruppo di età 0-14 anni (35,8%) e la seconda causa in assoluto (14,7%). L'uso di droghe, che costituisce in assoluto la principale forma di infezione (20,1%), è anche il maggiore fattore di rischio per la popolazione in età 15-24 anni (34,7%).

#### Meningoencefalite

L'incidenza del fenomeno è in crescita da 1,1 casi per 100.000 abitanti nel 1992 (un caso per 100.000 a livello nazionale) a 2,7 casi nel 1994.

#### Sifilide

L'andamento generale del fenomeno appare sostanzialmente stabile (2,2 casi per 100.000 abitanti nel 1994). Nell'analisi per sesso, si riscontra un aumento dell'incidenza nella popolazione femminile (da 2,7 casi per 100.000 abitanti nel 1992 a 3,5 nel 1994), ed una diminuzione nella popolazione maschile (da 2,3 a 0,9 casi per 100.000 abitanti). A livello nazionale nel 1992 l'incidenza era pari a 0,8 casi per 100.000 abitanti.

#### Tubercolosi extrapolmonare

L'incidenza aumenta da 0,7 casi per 100.000 abitanti nel 1992 a 2,7 casi nel 1994. A livello nazionale nel 1992 l'incidenza era pari a 1,5 casi per 100.000 abitanti

### ***MALATTIE INFETTIVE***

**OBIETTIVI DI SALUTE**

**STRATEGIE SANITARIE**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Riduzione dell'incidenza di tutte le malattie infettive, ed in particolare di AIDS, epatite B e malattie generalmente a trasmissione sessuale e/o parenterale</li> <li>2. Aumento della durata e della qualità della vita dei malati di AIDS;</li> <li>3. Riduzione dell'incidenza delle malattie per le quali esiste il fondato sospetto di ripresa in ragione di particolari situazioni igienico-sanitarie (ad esempio la tubercolosi).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Potenziare i controlli sanitari della carne e di altri alimenti di origine animale</li> <li>2. Potenziare l'assistenza sanitaria a piccoli animali, ai sensi della Legge 281/81, e la prevenzione del randagismo</li> <li>3. Mantenere la copertura vaccinale nell'ambito della profilassi delle malattie infettive e diffuse</li> <li>4. Promuovere lo sviluppo della qualità dell'ambiente e dei comportamenti igienico-sanitari della popolazione</li> <li>5. Sviluppare la qualità delle cure e dell'assistenza ai malati di AIDS</li> <li>6. Promuovere azioni preventive rispetto ai comportamenti a rischio, soprattutto per le malattie a trasmissione sessuale e/o parenterale essendo queste collegate anche ad una trasmissione per via ematica: AIDS, sifilide, epatiti B e C, ecc.</li> <li>7. Utilizzare su vasta scala la profilassi immunitaria, da estendere a tutti i soggetti a rischio, attuando in tal modo anche la prevenzione di malattie (come l'epatite B) responsabili di conseguenze estremamente gravi ed invalidanti: epatite cronica, cirrosi epatica e cancro del fegato</li> <li>8. Estendere gli interventi di diagnostica precoce per malattie in fase non ancora di recrudescenza ma per le quali esiste fondato sospetto di ripresa in ragione di particolari situazioni socio-sanitarie (ad esempio la tubercolosi).</li> </ol>
--	---

#### 2.5.4. Tutela della salute degli anziani

Gli anziani saranno i principali soggetti destinatari delle future politiche di salute. Nonostante il miglioramento complessivo delle condizioni di vita, il processo degenerativo porta nella popolazione anziana ad un allargamento delle patologie croniche ed invalidanti, e spesso la cronicizzazione implica la perdita dell'autosufficienza. Il riequilibrio tra domanda ed offerta in questa situazione è un problema di difficile soluzione, al quale si deve comunque tentare di dare risposta cercando di evitare l'istituzionalizzazione precoce dell'anziano.

L'umanizzazione della assistenza, infatti, passa anche attraverso il ricorso alla assistenza domiciliare, avendo cura di stimolare attorno al paziente la crescita di una rete informale di assistenza.

#### **TUTELA DELLA SALUTE DEGLI ANZIANI**

<b>OBIETTIVI DI SALUTE</b>	<b>STRATEGIE SANITARIE</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumento della speranza di vita attiva degli anziani</li> <li>2. Riduzione della incidenza di soggetti anziani con patologie croniche e invalidanti</li> <li>3. Riduzione delle conseguenze invalidanti nei soggetti affetti da patologie croniche e degenerative</li> <li>4. Riduzione della incidenza di soggetti anziani non autosufficienti</li> <li>5. Riduzione della istituzionalizzazione degli anziani.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promuovere iniziative atte a favorire l'aumento della speranza di vita attiva dell'anziano</li> <li>2. Trattare in modo appropriato e tempestivo le patologie nell'anziano</li> <li>3. Assistere il più possibile a domicilio gli anziani, anche attraverso l'assistenza domiciliare integrata</li> <li>4. Promuovere lo sviluppo della qualità dell'assistenza in regime residenziale per gli anziani istituzionalizzati.</li> </ol>

### 2.5.5. Tutela della salute mentale

I tassi di incidenza della nuova utenza e di prevalenza dei soggetti in carico ai centri di salute mentale sono in continuo aumento: l'incidenza della nuova utenza è passata dal 1991 al 1995 da 2,2 a 3,9 casi per 1.000 abitanti; la prevalenza di soggetti in carico è cresciuta dagli 8,6 utenti per 1.000 abitanti del 1991 ai 12,1 del 1995.

Già il primo Piano sanitario provinciale 1983-85 prevedeva uno specifico progetto obiettivo "Tutela della salute mentale". La scelta è stata confermata nel secondo Piano sanitario 1988-91. Nel febbraio 1996 è stato approvato dalla Giunta Provinciale il "Progetto psichiatria 2000". L'area della salute mentale rimane tra le priorità di politica della salute e di strategia sanitaria anche per il Piano sanitario provinciale 2000-2002.

#### **TUTELA DELLA SALUTE MENTALE**

<b>OBIETTIVI DI SALUTE</b>	<b>STRATEGIE SANITARIE</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Riduzione dell'incidenza delle patologie mentali</li><li>2. Miglioramento della qualità della vita dei soggetti colpiti da patologie mentali</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Promuovere lo sviluppo della globalità degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione attraverso il Servizio psichiatrico, organizzato come Dipartimento funzionale di tutte le unità operative che erogano prestazioni sanitarie e sociali di tutela della salute mentale</li><li>2. Assumere iniziative mirate allo sviluppo della continuità terapeutica e alla territorializzazione degli interventi</li><li>3. Estendere le azioni riabilitative mirate al reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti affetti da malattie mentali.</li><li>4. Favorire e sostenere i gruppi di autoaiuto</li></ol>

### 2.5.6. Abuso di droghe, alcool, farmaci e fumo di tabacco

Il numero di decessi tra i soggetti assuntori di stupefacenti in Provincia di Bolzano è in declino a partire dal 1991, e nel 1994, a testimonianza dell'elevatissima penetrazione dei servizi di recupero per tossicodipendenti in ambito locale, non si sono verificati decessi per overdose di pazienti sconosciuti ai servizi stessi. In declino risulta anche il carico annuale di nuovi utenti così come l'invio di pazienti in comunità terapeutica.

Più problematica appare al contrario la situazione causata dal consumo delle "nuove droghe" (exstasy, ed altre droghe sintetiche), a bassa visibilità ma dalle conseguenze non meno dannose. Il servizio sanitario si deve preoccupare in questo caso di riconoscere i consumatori, anche attraverso il coinvolgimento delle famiglie e della scuola, di promuovere campagne di informazione sugli effetti nel breve e nel lungo periodo.

Il fenomeno dell'alcoldipendenza continua ad essere un problema sociale in Alto Adige. L'invio di alcoldipendenti in comunità terapeutiche è passato dal 1993 al 1994 da 8,7 a 23,5 invii per 100.000 abitanti.

Pur essendo relativamente basso il consumo di farmaci prescritti dai medici di medicina generale, l'abuso o l'uso scorretto dei farmaci da parte della popolazione è un rischio da contrastare.

Il fumo di tabacco è la causa più importante di malattia e di morte evitabile. In Alto-Adige fuma ancora il 23,8% della popolazione sopra i 14 anni di età.

### **ABUSO DI DROGHE, ALCOOL, FARMACI E FUMO DI TABACCO**

<b>OBIETTIVI DI SALUTE</b>	<b>STRATEGIE SANITARIE</b>
1. Riduzione della prevalenza dei soggetti che abusano di droghe e dei fumatori di tabacco	1. Promuovere e partecipare alla realizzazione di progetti di educazione alla salute sui rischi specifici dell'abuso di alcol, droghe, farmaci e fumo quanto più precocemente possibile
2. Riduzione della prevalenza dei soggetti che abusano di alcol	2. Promuovere progetti di contrasto al disagio in età adolescenziale e giovanile
3. Riduzione della mortalità, della morbosità indotta e miglioramento della qualità della vita dei soggetti tossicodipendenti, alcolodipendenti e tabacco dipendenti	3. Adottare misure mirate a garantire livelli di qualità controllata alle prestazioni farmacologiche.
4. Contenimento dei danni iatrogeni.	4. Favorire e sostenere i gruppi di autoaiuto
	5. Potenziare gli interventi di riabilitazione e di reinserimento lavorativo e sociale di soggetti tossicodipendenti e alcolodipendenti.

#### **2.5.7. Malattie dell'apparato cardiocircolatorio e patologie emocoagulative**

La causa di morte più frequentemente riscontrata è costituita dalle malattie dell'apparato circolatorio. Queste colpiscono in prevalenza gli anziani (circa l'80% dei deceduti ha più di 69 anni d'età), e come tali aumentano di importanza nelle situazioni, come l'attuale, d'invecchiamento della popolazione.

Il tasso standardizzato di mortalità per malattie dell'apparato circolatorio è diminuito tra il 1985 ed il 1995 del 32%, contro una riduzione del tasso grezzo, per le stesse cause, dell'8%. I due dati indicano da una parte i successi già ottenuti in questo campo, dall'altra la necessità di attuare interventi di prevenzione primaria in un contesto di progressivo invecchiamento della popolazione.

Le linee strategiche di intervento per le malattie vascolari devono in particolare considerare il controllo dei fattori di rischio per l'infarto miocardico. Importante risulta l'approfondimento delle conoscenze relative agli eventi di mortalità, al fine di programmare ed attuare interventi di diagnosi precoce.

### **MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO E PATOLOGIE EMOCOAGULATIVE**

<b>OBIETTIVI DI SALUTE</b>	<b>STRATEGIE SANITARIE</b>
----------------------------	----------------------------

1. Ridurre l'incidenza delle patologie cardiovascolari	1. Attuare interventi di prevenzione rispetto a rischi specifici delle malattie cardiovascolari
2. Aumentare la durata e la qualità della vita dei soggetti affetti da patologie cardiovascolari con particolare riferimento all'infarto del miocardio	2. Estendere gli interventi riabilitativi di contrasto dei fattori di rischio per l'infarto miocardico
3. Ridurre l'incidenza delle patologie tromboemboliche attraverso il controllo della terapia anticoagulante	3. Attivare programmi di profilassi primaria e secondaria delle patologie tromboemboliche tramite specifici centri di sorveglianza

### 2.5.8. Malattie dell'apparato respiratorio

Una delle cause più frequenti di malattia, astensione dal lavoro, assenza dalla scuola è costituita dalle malattie dell'apparato respiratorio. Fra queste l'asma bronchiale colpisce il 5-7% della popolazione; la bronchite cronica colpisce il 10% della popolazione sopra i 40 anni di età; l'alveolite allergica del contadino è diffusa in coloro che lavorano il fieno.

#### **MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO**

OBIETTIVI DI SALUTE	STRATEGIE SANITARIE
1. Ridurre l'incidenza delle patologie respiratorie	1. Attuare interventi di prevenzione rispetto a rischi specifici delle malattie respiratorie
2. Aumentare la durata e la qualità della vita dei soggetti affetti da patologie respiratorie con particolare riferimento all'asma bronchiale, alla bronchite cronica e all'enfisema polmonare e all'alveolite del contadino	2. Estendere gli interventi riabilitativi di contrasto dei fattori di rischio per asma bronchiale, bronchite cronica ed enfisema polmonare ed alveolite del contadino

### 2.5.9. La malnutrizione

La forma di malnutrizione per eccesso (sovrappeso, obesità), patologia cronica in forte espansione nella nostra società, interessa, in Provincia di Bolzano, circa il 35-40% della popolazione adulta, il 25-30 % di quella giovanile ed il 50-60% degli anziani. L'obesità rappresenta un grave fattore di rischio soprattutto per il diabete mellito di tipo II, le dislipidemie, l'ipertensione, la calcolosi della colecisti, le patologie osteoarticolari, cardiovascolari e non per ultimo anche le patologie neoplastiche con particolare riferimento ai tumori del seno, della prostata e del colon. Si calcola che l'obesità determini, a livello nazionale, costi indiretti superiori agli 8000 miliardi di lire. Nel 1997 sono pervenuti ai servizi dietetico-nutrizionali delle 4 aziende sanitarie più di 1200 nuove richieste di intervento per sovrappeso ed obesità. La forma per difetto nutrizionale (calorico-proteico), per lo più connessa a stati di malattia, interessa dal 20 al 40% dei pazienti degenti in ospedale, con ripercussioni sul periodo di degenza (aumento fino al 20-30%) e della convalescenza, nonché sull'incidenza di complicanze, di mortalità e costi di gestione. La nutrizione artificiale, che in determinate situazioni cliniche costituisce il più efficace strumento d'intervento, risulta correttamente impostata nel 50-60% dei casi. Malnutrizioni di tipo qualitativo costituiscono, inoltre, importanti fattori predisponenti e/o aggravanti per le patologie cardiovascolari, neoplastiche, dismetaboliche e renali.

In relazione all'incremento della presenza di situazioni di anoressia e di bulimia, riconducibili anche a cause di natura psicologica, verranno sempre più considerati problemi della malnutrizione ad esse legati.

### **LA MALNUTRIZIONE**

<b>OBIETTIVI DI SALUTE</b>	<b>STRATEGIE SANITARIE</b>
1. Riduzione della prevalenza delle varie tipologie di malnutrizione in tutte le fasce d'età 2. Riduzione della morbosità indotta e miglioramento della qualità della vita dei soggetti obesi 3. Potenziamento dei fattori preventivi e/o migliorativi connessi alle abitudini alimentari	1. Realizzare campagne di educazione alimentare della popolazione con particolare riferimento ai distretti 2. Ottimizzazione della nutrizione artificiale in ambito ospedaliero e territoriale con particolare riferimento all'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali (ospedalizzazione a domicilio ecc.) 3. Fornire il necessario sostegno alle forme di disturbi della malnutrizione con componente psicologica

## **2.6 Sintesi delle prescrizioni sugli obiettivi di salute**

Nei prospetti A e B, rispettivamente per le aree della prevenzione e della riparazione (cura e riabilitazione), sono riportate in sintesi le prescrizioni del piano sanitario sugli obiettivi generali di salute da conseguire nel triennio di piano.

### **A. Obiettivi di salute per l'azione preventiva e promozionale**

- |  |
|--|
| 1. Mantenimento dei livelli di salute già raggiunti (condizioni di sicurezza rispetto ai fattori di rischio presenti nel territorio) attraverso la garanzia dei livelli assistenziali di natura preventiva, con eventuali miglioramenti da realizzare tramite progetti aziendali di sviluppo della qualità |
|--|

2. Obiettivi di sviluppo dei livelli di salute (aumento delle condizioni di sicurezza rispetto al sistema dei fattori di rischio presenti nel territorio), da realizzare a livello aziendale attraverso progetti-obiettivo finanziati dalla Giunta provinciale oltre la quota capitaria:

- 2.1) Sviluppo dell'autopromozione della salute come processo teso alla crescita di capacità personali di controllo e di miglioramento della propria salute
- 2.2) Aumento dei livelli di solidarietà affettiva e sociale rispetto ai problemi di salute e all'assistenza sanitaria
- 2.3) Aumento dei livelli di partecipazione dei cittadini allo sviluppo della cultura della salute e del sistema assistenziale
- 2.4) Riduzione della incidenza delle neoplasie
- 2.5) Riduzione della incidenza degli incidenti stradali, lavorativi e domestici
- 2.6) Riduzione della prevalenza delle varie tipologie di malnutrizione in tutte le fasce d'età
- 2.7) Riduzione della incidenza di tutte le malattie infettive, in particolare AIDS, epatite B, tubercolosi
- 2.8) Aumento della speranza di vita attiva degli anziani
- 2.9) Riduzione della incidenza di soggetti anziani affetti da patologie croniche e invalidanti, non autosufficienti, istituzionalizzati
- 2.10) Riduzione della incidenza delle patologie mentali
- 2.11) Riduzione della prevalenza di soggetti che abusano di droghe, alcol, fumo di tabacco, farmaci
- 2.12) Riduzione della incidenza delle patologie cardiovascolari e tromboemboliche
- 2.13) Riduzione della incidenza delle patologie respiratorie
- 2.14) Potenziamento dei fattori preventivi e/o migliorativi connessi alle abitudini alimentari

## **B. Obiettivi di salute per l'azione riparatoria (cura, riabilitazione)**

1) Mantenimento dei livelli di salute già raggiunti (recupero di livello di salute e di qualità della vita in relazione a limitazioni conseguenti ad eventi di danno alla salute subiti o a menomazioni), attraverso la garanzia dei livelli assistenziali relativi al sistema delle prestazioni di cura e di riabilitazione, con eventuali miglioramenti da realizzare tramite progetti aziendali di sviluppo della qualità



- 2) Obiettivi di sviluppo dei livelli di recupero della salute e della qualità della vita, da realizzare attraverso progetti obiettivo finanziati dalla Giunta provinciale oltre la quota capitaria:
- 2.1) Aumento dei livelli di garanzia per i cittadini di
    - a) pari opportunità di accesso all'assistenza sanitaria per tutti i residenti nel territorio provinciale
    - b) diritti all'informazione, alla riservatezza, al comfort
    - c) diritto alla globalità e continuità della assistenza
  - 2.2) Aumento della durata e della qualità della vita dei soggetti affetti da:
    - a) neoplasie (stomaco, colon retto, trachea, bronchi e polmoni, mammella, utero, ovaio e pelle)
    - b) tossicodipendenza
    - c) alcoldipendenza
    - d) malattie cardiovascolari ed emocoagulative
    - e) malattie respiratorie
    - f) AIDS
    - g) malattie mentali
    - h) malattie rare ed emergenti
    - i) handicap
  - 2.3) Riduzione dell'invalidità ed aumento della durata e della qualità della vita di soggetti che hanno subito incidenti sul lavoro, stradali e domestici
  - 2.4) Aumento della speranza di vita attiva degli anziani
  - 2.5) Aumento della partecipazione del cittadino ai processi di recupero della propria salute e qualità della vita
  - 2.6) Riduzione della incidenza dei suicidi
  - 2.7) Riduzione della morbosità indotta e miglioramento della qualità della vita dei soggetti obesi

## **2.7 Sintesi delle prescrizioni di strategia sanitaria**

Nei prospetti A e B, rispettivamente per le azioni preventive e promozionali e per quelle di cura e riabilitazione, sono riportate in sintesi le prescrizioni di strategia sanitaria da attivare nel periodo in relazione agli obiettivi di salute da perseguire nel territorio, di mantenimento e di sviluppo.

### **A. Strategie sanitarie di natura preventiva e promozionale**

- 1) Garantire i livelli assistenziali di natura preventiva
  - a) assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro
  - b) assistenza distrettuale a valenza preventiva, in particolare educazione alla salute

2) Attuare la carta dei servizi
3) Migliorare la qualità della comunicazione tra cittadino utente e operatori dei servizi
4) Migliorare l'accessibilità ai servizi
5) Promuovere progetti di educazione alla salute mirati allo sviluppo di coscienza sanitaria
6) Promuovere la rete informale di assistenza (famiglia, gruppi di autoaiuto)
7) Promuovere la partecipazione sociale ai problemi di salute e all'assistenza
8) Promuovere il coinvolgimento intersettoriale per progetti di sviluppo della salute
9) Sviluppare le attività di identificazione e di diffusione delle conoscenze sui fattori di rischio ambientali e comportamentali
10) Promuovere azioni di miglioramento della qualità dell'ambiente
11) Aumentare l'azione preventiva di contrasto agli incidenti stradali, lavorativi, domestici
12) Promuovere progetti di prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza
13) Potenziare i controlli sanitari della carne e di altri alimenti di origine animale
14) Mantenere la copertura vaccinale
15) Utilizzare su vasta scala la profilassi immunitaria da estendere a tutti i soggetti a rischio
16) Promuovere iniziative atte a favorire l'aumento della speranza di vita attiva dell'anziano
17) Promuovere lo sviluppo di globalità e continuità degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nell' <u>area</u> della salute mentale
18) Adottare misure mirate a garantire livelli di qualità controllata alle prestazioni farmacologiche
19) Estendere gli interventi di contrasto ai fattori di rischio dell'infarto miocardico
20) Promuovere interventi di prevenzione delle malattie respiratorie
21) Promuovere l'integrazione socio-sanitaria negli interventi di prevenzione
22) Potenziare l'assistenza sanitaria ai piccoli animali e gli interventi di prevenzione del randagismo
23) Realizzare campagne di educazione alimentare della popolazione con particolare riferimento ai distretti

## **B. Strategie sanitarie di natura riparatoria (cura e riabilitazione)**

<p>1) Garantire i livelli assistenziali relativi alle prestazioni sanitarie di cura e di riabilitazione</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Assistenza distrettuale (di base, farmaceutica, specialistica ambulatoriale, territoriale e semiresidenziale e residenziale sanitaria)</li> <li>b) assistenza ospedaliera</li> </ul>
<p>2) Promuovere e attuare progetti di sviluppo della qualità rispetto alle variabili della personalizzazione, umanizzazione, diritto alla informazione, comfort e sicurezza del paziente</p>
<p>3) Promuovere lo sviluppo della integrazione tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali</p>
<p>4) Migliorare e affinare gli interventi di diagnosi precoce, soprattutto con riferimento a patologie per le quali si dispone di terapie efficaci</p>
<p>5) Promuovere lo sviluppo della qualità degli interventi di cura, di riabilitazione e dell'assistenza di tutte le patologie con particolare riferimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) ai malati di tumore, anche nella fase palliativa</li> <li>b) ai malati di AIDS</li> <li>c) agli anziani</li> <li>d) ai soggetti affetti da patologie emocoagulative</li> <li>e) ai soggetti affetti da patologie respiratorie</li> <li>f) ai soggetti affetti da patologie cardiovascolari</li> </ul>
<p>6) Assistere il più possibile a domicilio gli anziani e i disabili, attraverso l'assistenza domiciliare integrata</p>
<p>7) Assumere iniziative mirate a garantire continuità e territorializzazione della assistenza psichiatrica</p>
<p>8) Potenziare e migliorare gli interventi riabilitativi con particolare riferimento a quelli mirati al reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti affetti da disagio psichico e di tossicodipendenti e di alcolodipendenti.</p>
<p>9) Estendere l'assistenza psicologica ai malati di tumore ed ai disturbi della malnutrizione</p>
<p>10) Incrementare l'offerta di intervento psicologico per le persone affette da bulimia e anoressia</p>
<p>11) Potenziare le attività diagnostiche</p>
<p>12) Favorire e sostenere i gruppi di autoaiuto</p>
<p>13) Ottimizzazione della nutrizione artificiale in ambito ospedaliero e territoriale con particolare riferimento all'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali (ospedalizzazione a domicilio ecc.)</p>
<p>14) Identificare i gruppi vulnerabili nell'ambito del fenomeno suicidiario e promuovere azioni atte a limitare l'accesso a specifici metodo suicidari</p>