



RELAZIONE SANITARIA

Provincia Autonoma di Bolzano - Alto Adige

RELAZIONE SANITARIA 2006

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

Agosto, 2007

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

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

*© Provincia Autonoma di Bolzano 2007
È ammessa la riproduzione parziale del contenuto citandone la fonte*

Stampa: Fotolito Varesco, Ora



Dr. Richard Theiner

Presentazione

L'Assessorato alla Sanità e alle Politiche Sociali della Provincia di Bolzano prosegue con entusiasmo ed interesse nell'impegno di fornire i dati aggiornati sullo stato di salute della popolazione e sul sistema dei servizi sanitari pubblici e privati.

La Relazione Sanitaria rappresenta uno strumento ormai indispensabile per il monitoraggio degli obiettivi del Piano Sanitario Provinciale e la capacità di rispondere ai bisogni sanitari della comunità. La Relazione Sanitaria del 2006 si pone in continuità con la precedente edizione nei contenuti e nella veste grafica: snella ed essenziale, si è dimostrata un mezzo agevole per la comunicazione tra esperti, decisori e cittadini, volto a favorire la partecipazione alle scelte nonché l'adozione e la valutazione di politiche di azioni per la salute. Le informazioni contenute, oltre a fornire una completa documentazione sulla nostra sanità, riportano anche confronti nazionali ed internazionali.

Nella edizione dello scorso anno era stato introdotto il "Profilo donna", con lo scopo di approfondire le condizioni di vita e di salute dell'universo femminile. Quest'anno la Relazione Sanitaria viene ulteriormente arricchita con il "Profilo stranieri", una sintetica ma completa appendice dedicata alla popolazione straniera residente in provincia. La continua crescita della presenza di stranieri nella nostra provincia enfatizza l'importanza di un'analisi mirata delle problematiche di salute, della peculiarità dei bisogni sanitari e di una sostanziale differenza nelle risposte assistenziali.

La Relazione Sanitaria è articolata in tre parti, riguardanti rispettivamente la popolazione e la salute, i servizi sanitari e le risorse. Ogni parte è a sua volta suddivisa in capitoli introdotti da una sintesi sugli aspetti salienti del fenomeno esaminato. Un approfondimento delle informazioni presentate nel volume è disponibile nel supporto CD allegato. Dall'esauritiva documentazione si conferma un quadro decisamente positivo della sanità provinciale. La salute della popolazione altoatesina risulta nel complesso migliore rispetto alla media nazionale: 8 cittadini su 10 si considerano in buone condizioni di salute; si registra un minor ricorso all'uso di medicinali; è maggiore la quota di persone che praticano attività sportiva. La speranza di vita degli altoatesini è cresciuta nell'ultimo quarto di secolo di 8,9 anni per gli uomini e di 6,5 per le donne, a riprova di un sistema sanitario ben funzionante, efficiente, in costante sviluppo e miglioramento. È un sistema capillare, che garantisce un'assistenza adeguata e qualificata a tutta la popolazione.

A fronte di questi dati confortanti non bisogna però dimenticare che determinati settori possono essere migliorati e ottimizzati. La Relazione Sanitaria, quindi, oltre che strumento di monitoraggio e di valutazione dello stato di salute della popolazione, fornisce un supporto fondamentale per individuare questi aspetti critici. La diffusione dei dati e dei risultati contenuti nella Relazione deve dare l'impulso per un rapporto ancora più cosciente e responsabile della popolazione con la propria salute.

La presente Relazione si orienta alle proposte dell'Unione Europea ed alle raccomandazioni dell'OMS; al suo interno vengono proposti ed analizzati tutti i possibili ambiti sanitari, offrendo elementi importanti per interventi di politica sanitaria nel campo della prevenzione e della 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, con una crescente diffusione di patologie cronico degenerative che spesso determinano una condizione di non autosufficienza, e di mutamenti nella struttura delle famiglie. L'Alto Adige, in quanto terra di confine, corre in special modo il rischio che la popolazione residente si rivolga altrove nella richiesta di prestazioni sanitarie, e quindi l'obiettivo deve essere quello di riuscire a garantire l'assistenza medica e costi sostenibili anche alle future generazioni. L'attuazione di alcuni interventi strutturali, quali l'unificazione delle quattro Aziende sanitarie in un'unica Azienda provinciale a partire dal 1° gennaio 2007, hanno lo scopo di continuare a garantire l'assistenza sanitaria di base alla popolazione e di assicurare prestazioni migliori, ancora più appropriate e con brevi tempi d'attesa.

L'aspetto socioeconomico è di fondamentale importanza, specie riguardo al mantenimento di importanti posti di lavoro in periferia. Per raggiungere questi obiettivi fondamentali le nostre strutture e gli organismi sanitari provinciali sono impegnati nella collaborazione ad ogni livello, nella ricerca di sinergie e nella formulazione di una comune pianificazione a livello amministrativo e clinico.

Gli obiettivi sono sostanzialmente:

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

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

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

Continuiamo a sostenere la creazione a livello provinciale di centri di eccellenza, centri altamente specializzati per l'assistenza medica complessa. Per consentire una migliore comunicazione del sistema e migliorare l'accuratezza della documentazione disponibile, abbiamo avviato il progetto per la creazione di un unico sistema informatico, che permetterà a breve 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 dei comprensori, l'Ordine dei Medici ed i collaboratori che hanno contribuito alla realizzazione della Relazione Sanitaria.



L'ASSESSORE ALLA SANITÀ E ALLE POLITICHE SOCIALI

- Dr. Richard Theiner -

Ringraziamenti

Un particolare ringraziamento va all'équipe che si è impegnata nella realizzazione della Relazione Sanitaria 2006, costituita da personale dell'Osservatorio Epidemiologico e del Centro Explora – Ricerca e Analisi Statistica di Padova, ed in particolare:

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

Indice

PARTE PRIMA: POPOLAZIONE E SALUTE

1. POPOLAZIONE	17
1.1. Popolazione residente	17
1.1.1. La distribuzione sul territorio	17
1.1.2. Struttura della popolazione	18
1.1.3. Speranza di vita	20
1.1.4. Mortalità	21
1.1.5. Movimenti demografici	26
1.2. Lavoro, economia, consumi	27
1.2.1. Occupazione	27
1.2.2. Prodotto Interno Lordo	28
1.2.3. Consumi delle famiglie	29
1.3. Istruzione	29
2. DETERMINANTI DI SALUTE	32
2.1. Stili di vita: fumo, alimentazione, attività fisica	33
2.1.1. Il fumo	33
2.1.2. L'alimentazione	36
2.1.3. L'attività fisica	40
2.2. L'abuso di sostanze	41
2.2.1. La dipendenza da droghe	42
2.2.2. La dipendenza da alcol	48
2.3. Ambiente fisico: aria, agenti fisici, acqua	52
2.3.1. Aria	53
2.3.2. Onde elettromagnetiche	55
2.3.3. Radioattività	57
2.3.4. Radon	58
2.3.5. Qualità delle acque	59
2.4. Disuguaglianze sociali	60
2.4.1. Disuguaglianze sociali e condizioni di salute	61
2.4.2. Condizione economica delle famiglie	62
3. CONDIZIONI DI SALUTE	65
3.1. Salute percepita e salute misurata	65
3.2. Mappatura delle patologie croniche	67
3.3. Malattie dell'apparato cardiocircolatorio	71
3.4. Incidenza e mortalità dei tumori maligni	74
3.5. Malattie respiratorie	90
3.6. Malattie infettive	93
3.7. Malattie rare	96
3.8. Salute mentale e psicologica	97
3.9. Eventi accidentali	102
3.9.1. Incidenti stradali	102
3.9.2. Infortuni lavorativi e malattie professionali	104

4. GRUPPI VULNERABILI	107
4.1. Bambini	108
4.2. Anziani	112

PARTE SECONDA: I LIVELLI DI ASSISTENZA ASSICURATI

1. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA	123
1.1. Attività di promozione ed educazione alla salute	123
1.1.1. Le iniziative dell'ufficio Igiene e Salute Pubblica	124
1.1.2. Iniziative ed istituzioni finanziate dall'ufficio Igiene e Salute Pubblica (contributi e finanziamento di progetti)	125
1.1.3. L'educazione sanitaria e la promozione della salute nelle scuole	126
1.1.4. Le iniziative dell'ufficio Distretti Sanitari	129
1.1.5. Iniziative, enti pubblici ed organizzazioni finanziate dall'ufficio Distretti Sanitari	129
1.2. Profilassi delle malattie infettive e parassitarie	131
1.2.1. Interventi di profilassi e di educazione per prevenire il diffondersi delle malattie infettive e bonifica focolai	131
1.2.2. Medicina del viaggiatore	133
1.2.3. Vigilanza igienica sulle attività di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione	134
1.3. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita e di lavoro	134
1.3.1. Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici in relazione alle diverse utilizzazioni con particolare riferimento agli edifici ad uso pubblico	135
1.3.2. Controllo della qualità delle piscine	137
1.3.3. Vigilanza e controllo sui cosmetici	138
1.3.4. Controlli e vigilanza in materia di polizia mortuaria e medicina necroscopica	139
1.3.5. Controllo dell'inquinamento atmosferico e acustico	139
1.3.6. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di lavoro	141
1.4. Sanità pubblica veterinaria	143
1.5. Tutela igienico-sanitaria degli alimenti e bevande	147
1.6. Attività medico-legali e di medicina dello sport	156
1.6.1. Attività dei servizi di medicina legale	156
1.6.2. Attività dei servizi di medicina dello sport	159
1.7. Attività del servizio Pneumologico	161
2. ASSISTENZA DISTRETTUALE	164
2.1. Servizio di Medicina di Base	164
2.2. Assistenza sanitaria di base	172
2.2.1. Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta	172
2.2.2. Servizio di continuità assistenziale	180
2.2.3. Servizio di guardia medica turistica	181
2.3. Assistenza distrettuale e domiciliare	183
2.3.1. L'assistenza domiciliare programmata (ADP)	184
2.3.2. L'assistenza domiciliare integrata (ADI)	186
2.3.3. L'assistenza infermieristica	189
2.3.4. L'assistenza consultoriale materno-infantile	191
2.3.4.1. Il consultorio Pediatrico	191

2.3.4.2. Il consultorio Ostetrico-Ginecologico	195
2.4. Assistenza specialistica ambulatoriale	198
2.4.1. Prestazioni erogate dalle strutture provinciali	198
2.4.2. Mobilità specialistica	205
2.4.2.1. Mobilità specialistica interregionale	205
2.4.2.2. Prestazioni erogate in Austria	207
2.4.2.3. Mobilità specialistica complessiva	209
2.4.3. Il consumo di prestazioni specialistiche da parte dei residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano	211
2.5. Assistenza riabilitativa residenziale	213
2.5.1. Organizzazione assistenziale	213
2.5.2. Attività assistenziale	214
2.5.2.1. Tule-Wieserhof - Attività assistenziale	215
2.5.2.2. Salus Center - Attività assistenziale	218
2.6. Attività di emergenza sanitaria territoriale	221
2.6.1. Sistema di Allarme Sanitario	221
2.6.2. Servizio Medico Territoriale di Soccorso	222
2.6.3. Servizio di Trasporto Sanitario	222
2.6.4. Interventi di Emergenza Sanitaria	224
2.6.5. Interventi di Trasporto Sanitario non Urgente	225
2.7. Assistenza farmaceutica	226
2.7.1. Le farmacie	226
2.7.2. Il consumo di farmaci	227
2.7.3. La spesa per farmaci	240
2.7.4. La prescrizione di farmaci	246
3. ASSISTENZA OSPEDALIERIA	249
3.1. Attività di pronto soccorso	249
3.2. Assistenza ospedaliera per acuti	254
3.2.1. Posti letto per acuti	257
3.2.2. Ricoveri di neonati sani	261
3.2.3. Ricoveri per acuti in regime ordinario	261
3.2.4. Ricoveri per acuti in regime diurno	275
3.2.5. Indicatori di qualità ed appropriatezza	279
3.2.5.1. Ricoveri ripetuti	279
3.2.5.2. Ricoveri brevi di durata 2 o 3 giorni	282
3.2.5.3. Indicatori di appropriatezza	283
3.2.6. Mobilità ospedaliera	305
3.2.6.1. Ricoveri per acuti in strutture nazionali	305
3.2.6.2. Ricoveri per acuti in Austria	311
3.2.6.3. Mobilità ospedaliera complessiva	316
3.2.7. L'ospedalizzazione dei residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano	323
3.2.8. Valutazioni conclusive sul sistema dei ricoveri ospedalieri per acuti	326
3.2.8.1. Motivazioni e criteri valutativi	326
3.2.8.2. Efficienza e qualità della produzione ospedaliera dei ricoveri	327
3.3. Assistenza ospedaliera per post-acuti	332

3.3.1. Posti letto per post-acuti	332
3.3.2. Riabilitazione post-acuzie	333
3.3.2.1. Ricoveri in riabilitazione post-acuzie in strutture nazionali	340
3.3.2.2. Ricoveri in riabilitazione post-acuzie in Austria	343
3.3.3. Lungodegenza post-acuzie	345

PARTE TERZA: LE RISORSE

1. IL PERSONALE DIPENDENTE DELLE AZIENDE SANITARIE 351

1.1. Il personale in servizio 351

1.1.1. Analisi generale	352
1.1.1.1. Totale personale dipendente per area d'impiego	352
1.1.1.2. Personale dipendente per figura professionale	355
1.1.2. Personale dipendente nell'area strategica	358
1.1.3. Personale dipendente nell'area di supporto non sanitaria	362
1.1.4. Personale dipendente nell'area ospedaliera	365
1.1.4.1. Totale personale dipendente nell'area ospedaliera, distinto per reparto/servizio	365
1.1.5. Personale dipendente nell'area territoriale	376
1.1.5.1. Personale dipendente per macroarea territoriale	376

1.2. La formazione del personale sanitario 385

1.2.1. Formazione di base	385
1.2.2. Formazione specialistica	387
1.2.3. Tirocini	389
1.2.4. Medicina Generale	389
1.2.5. Formazione continua	389
1.2.5.1. Corsi gestiti dalla Provincia	390
1.2.5.2. Corsi gestiti dalle aziende sanitarie	392
1.2.5.3. Contributi ad enti ed associazioni che organizzano corsi in campo sanitario	393
1.2.5.4. Assegni di studio per la formazione e specializzazione del personale sanitario specializzato, degli operatori tecnici e del personale ausiliario	393
1.2.6. Equipollenza di titoli di studio conseguiti in un paese dell'area tedesca	393

2. LA SPESA SANITARIA 396

2.1. La spesa sanitaria pubblica 398

2.2. La spesa sanitaria corrente 401

2.3. La spesa sanitaria per investimenti 404

2.4. I saldi della mobilità per le prestazioni di ricovero e per la specialistica ambulatoriale 407

2.4.1. Le prestazioni di ricovero e i relativi saldi della mobilità	407
2.4.2. Le prestazioni di specialistica e i relativi saldi della mobilità	412

APPENDICE "PROFILO DONNA"

1. ASPETTI DEMOGRAFICI, SOCIALI E DETERMINANTI DI SALUTE 421

1.1. Struttura della popolazione 421

1.2. Principali cause di morte 422

1.3. Aspetti sociali in numeri	423
1.4. Determinanti di salute	425
1.5. Percezione della salute	428
2. MORBILITÀ	430
2.1. Malattie croniche	430
2.2. Ricoveri ospedalieri	432
2.3. Donne e farmaci	434
3. TUMORI MALIGNI FEMMINILI E PROGRAMMI DI SCREENING	437
3.1. Incidenza di tumori maligni femminili	437
3.2. Mortalità per tumori maligni femminili	441
3.3. Programma di diagnosi precoce del tumore della cervice uterina	442
3.4. Programma di diagnosi precoce del tumore della mammella	443
4. DONNA IN GRAVIDANZA E PIANIFICAZIONE FAMILIARE	446
4.1. La natalità	446
4.2. L'età materna e lo stato civile	447
4.3. Scolarità e condizione professionale	448
4.4. Gravidanza	449
4.5. Parto	450
4.6. Pianificazione familiare	451
4.7. Prevenzione	453
APPENDICE “PROFILO STRANIERI”	
1. POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE	461
1.1. Struttura della popolazione straniera	461
1.2. Dinamica demografica	466
2. CONDIZIONI DI SALUTE	469
3. RICORSO AI SERVIZI SANITARI	475
3.1. Ricoveri ospedalieri	475
3.2. Prestazioni ambulatoriali	479
3.3. Consumo di farmaci	483
4. IL PROGETTO FANON-BALINT	490
4.1. Caratteristiche socio-demografiche dell'utenza assistita	490
4.2. L'assistenza erogata	490



Parte Prima

Popolazione e salute

Popolazione e salute

1. POPOLAZIONE

La popolazione è suddivisa in 20 distretti e 4 aziende sanitarie. I residenti al 31/12/2006 sono 485.841, cresciuti del 9,9% rispetto al 2005. La popolazione residente ha un'età media di 40,4 anni. L'indice di vecchiaia è pari a 100,3%.

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

Il tasso di mortalità nel 2006 è stato pari a 733,8 per 100.000 tra i maschi ed a 751,9 per 100.000 tra le femmine.

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

Le cause più frequenti di morte nel 2004 sono le malattie del sistema circolatorio (264,5 per 100.000 tra i maschi e 372,8 tra le femmine) ed i tumori (293,2 per 100.000 tra i maschi e 210,0 tra le femmine).

Sono stati rilevati mediamente 413,2 eventi annui di mortalità evitabile tra il 1995 ed il 2004.

Le cause di morte evitabile più frequenti sono i traumatismi e gli avvelenamenti tra gli uomini (mediamente 116,3 eventi annui) ed il tumore della mammella tra le donne (mediamente 29,0 eventi annui), comunque in diminuzione.

Il tasso di attività della popolazione è dell'71,5%, leggermente cresciuto negli ultimi cinque anni (71,0% nel 2002).

Il tasso di disoccupazione (2,6%) è inferiore al dato nazionale (6,8%).

Il PIL pro capite (21.600 Euro nel 2005) è indice di una maggiore ricchezza prodotta rispetto alla media nazionale (17.900 Euro).

Le famiglie altoatesine hanno speso in media nel 2005 3.238 Euro ogni mese, il 35% in più rispetto alla media italiana.

Le famiglie altoatesine hanno speso nel 2004 ogni mese mediamente 146 Euro per la salute, 90 Euro quelle italiane.

In provincia l'analfabetismo è ridotto al minimo (1,7%) ma sono anche molto pochi i laureati (5%).

1.1. POPOLAZIONE RESIDENTE

La popolazione a cui si fa riferimento è l'anagrafica, comunicata dai comuni della provincia.

Il censimento della popolazione, svolto nel 2001, ha dato modo di aggiornare la situazione delle anagrafi comunali, e di conseguenza sono possibili alterazioni dei dati di popolazione rispetto agli anni precedenti.

1.1.1. La distribuzione sul territorio

La Provincia Autonoma di Bolzano si estende su 7.400,4 km² 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 31/12/2006 risiedevano 485.841 abitanti, per una densità di 65,7 abitanti per km² (194,0 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 (34,5% la media nazionale), il 22,7% in comuni di ampiezza demografica tra 10.000 e 50.000 abitanti (33,5% la media nazionale) ed il restante 56,8% in comuni con meno di 10.000 residenti (31,9% 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.

Tabella 1: **Popolazione residente per distretto ed azienda sanitaria - Anni 2004-2006**

	2004	2005	2006
Azienda Sanitaria di Bolzano	211.892	214.308	216.375
Val Gardena	8.947	8.974	8.970
Val d'Ega-Sciliar	18.915	19.114	19.306
Salto-Val Sarentino-Renon	18.077	18.129	18.314
Oltradige	26.557	26.924	27.258
Laives-Bronzolo-Vadena	18.762	19.159	19.557
Bassa Atesina	22.739	23.039	23.178
Bolzano	97.895	98.969	99.792
Azienda Sanitaria di Merano	124.339	125.314	126.701
Alta Val Venosta	15.560	15.584	15.657
Media Val Venosta	17.798	17.908	18.002
Naturno	10.426	10.493	10.582
Lana	22.393	22.661	22.943
Merano	49.616	50.104	50.891
Val Passiria	8.546	8.564	8.626
Azienda Sanitaria di Bressanone	67.982	68.795	69.450
Alta Valle Isarco	18.174	18.331	18.444
Bressanone	33.929	34.427	34.849
Chiusa	15.879	16.037	16.157
Azienda Sanitaria di Brunico	72.068	72.678	73.315
Tures	12.647	12.701	12.775
Brunico	34.226	34.609	34.998
Alta Val Pusteria	15.082	15.170	15.245
Val Badia	10.113	10.198	10.297
TOTALE COMPLESSIVO	476.281	481.095	485.841

Fonte: ASTAT

1.1.2. Struttura della popolazione

Il 49,5% della popolazione è di sesso maschile con un rapporto medio di mascolinità di 97,8 uomini per 100 donne. Il rapporto tra residenti di sesso maschile e femminile è favorevole agli uomini fino alla classe tra 50 e 54 anni d'età. Nelle classi d'età anziane, a causa della maggiore mortalità maschile, diventa preponderante nella popolazione la componente femminile.

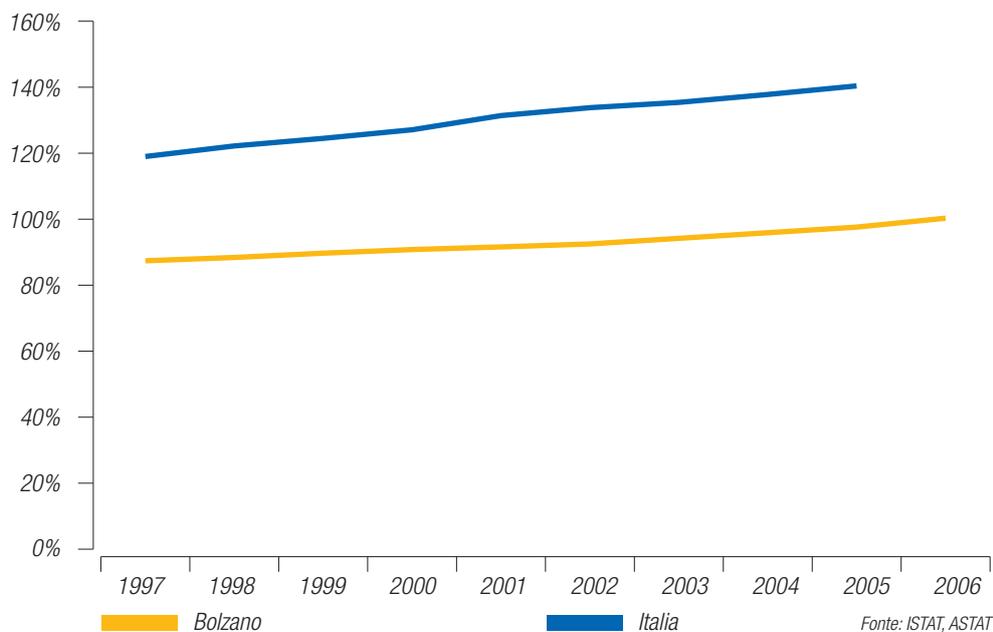
L'età media è pari a 40,4 anni (39,0 anni per la popolazione maschile e 41,7 per quella femminile).

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 d'invecchiamento.

L'indice di vecchiaia (100,3%), 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 (116,0% nell'Azienda Sanitaria di Bolzano, 100,2% in quella di Merano, 80,4% a Bressanone e 79,4% a Brunico). Il valore dell'indice provinciale rimane tuttavia significativamente inferiore a quello nazionale.

INDICE DI VECCHIAIA

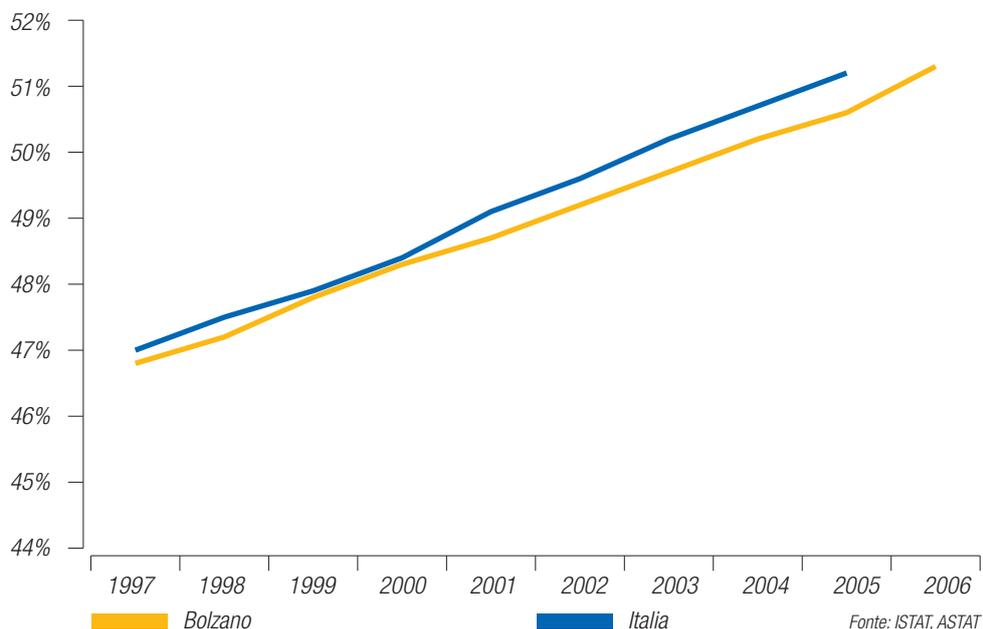
Figura 1: **Indice di vecchiaia. Provincia di Bolzano e Italia - Anni 1997-2006**



L'indice di dipendenza (51,3%) assume rilevanza economica e sociale, ed esprime la quota di popolazione in età non lavorativa (tra 0 e 14 anni ed a partire da 65 anni di età) rispetto alla popolazione in età lavorativa (tra 15 e 64 anni di età). L'indice è in costante crescita nell'ultimo decennio. I valori provinciali sono leggermente inferiori rispetto a quelli nazionali.

INDICE DI DIPENDENZA

Figura 2: **Indice di dipendenza. Provincia di Bolzano e Italia - Anni 1997-2006**



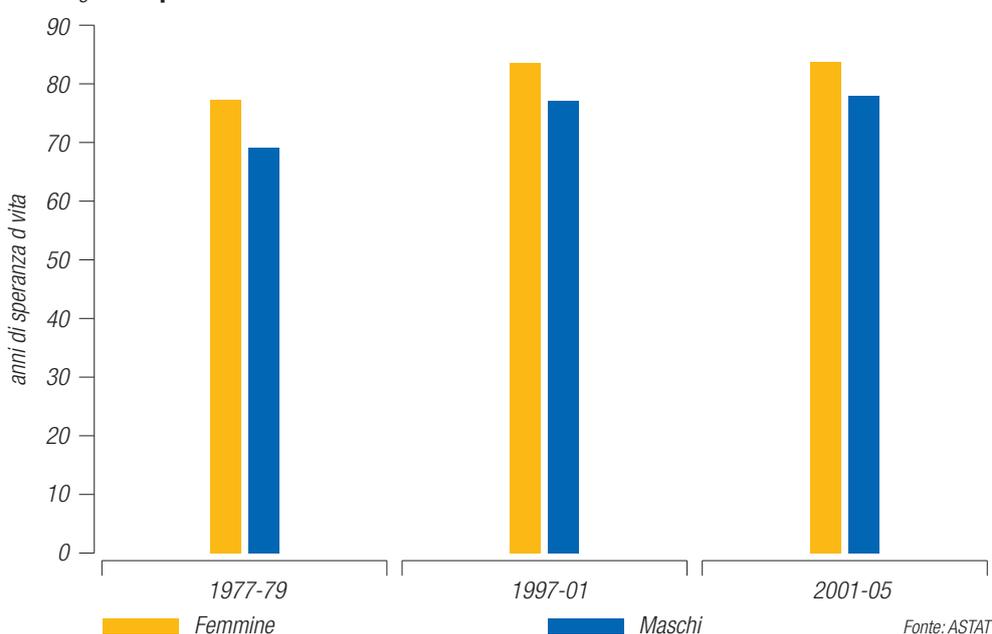
**SPERANZA DI VITA ALLA
NASCITA**
1.1.3. Speranza di vita

La speranza di vita alla nascita secondo le tavole di mortalità provinciali del periodo 2001-2005 è pari a 78,0 anni per gli uomini e 83,7 anni per le donne. I valori sono analoghi a quelli rilevati a livello nazionale e tra i più elevati nel contesto internazionale.

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

Nell'ultimo quarto di secolo sono stati guadagnati quindi 8,9 anni di speranza di vita alla nascita per gli uomini e 6,5 anni per le donne.

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


**SPERANZA DI VITA A
DIVERSE ETÀ**

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

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

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

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

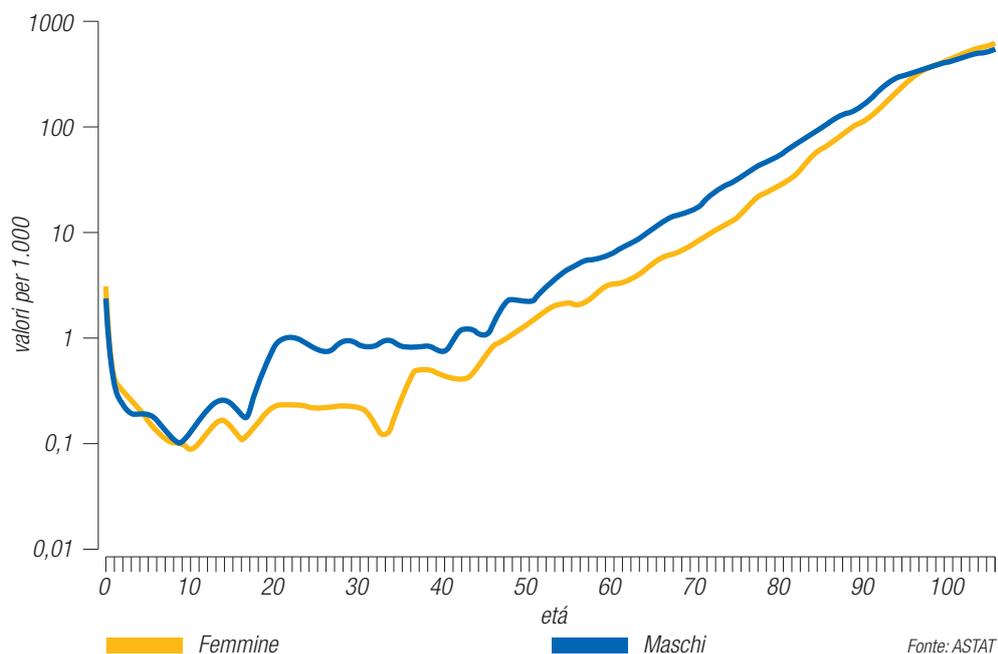
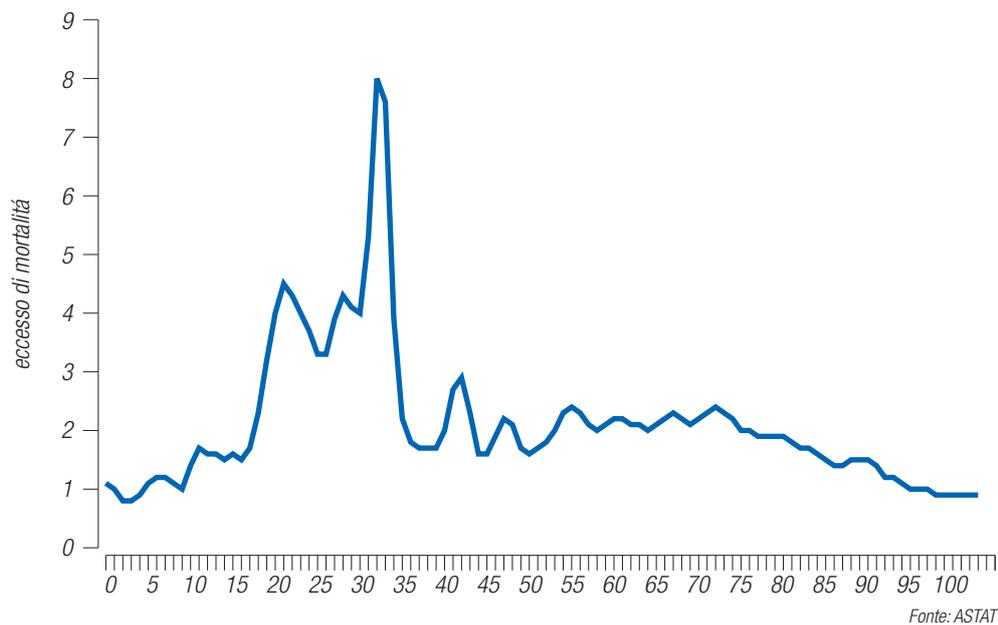


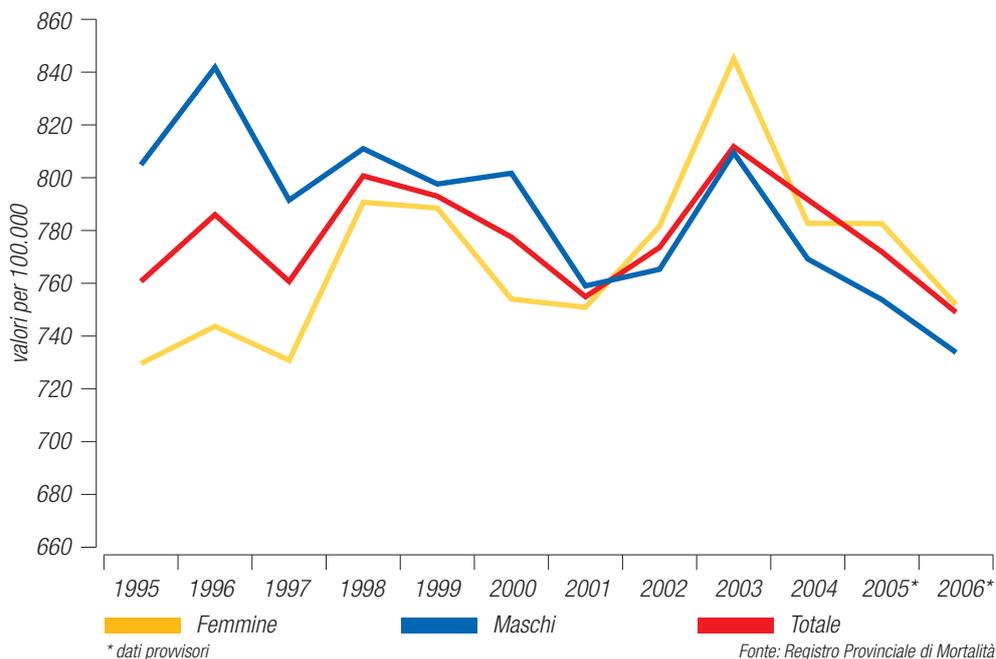
Figura 5: Eccesso di mortalità maschile per età. Tavola di mortalità 2001-05



1.1.4. Mortalità

Il numero assoluto di decessi di residenti è in diminuzione negli ultimi tre anni (3.753 nel 2004, 3.695 nel 2005 e 3.621 nel 2006), anche se i dati degli anni 2005 e 2006 sono da considerare ancora provvisori. Il relativo tasso di mortalità è pari a 791,7 per 100.000 nel 2004, a 771,9 per 100.000 nel 2005 ed a 749,0 per 100.000 nel 2006.

Figura 6: Tasso grezzo di mortalità per sesso - Anni 1995-2006



In termini di tasso standardizzato la diminuzione della mortalità negli ultimi anni è evidente per il genere maschile in modo particolare ma anche per quello femminile. Tra le Aziende Sanitarie non si rilevano significative differenze di mortalità nel 2006.

Figura 7: Tasso standardizzato di mortalità per sesso - Anni 1995-2006

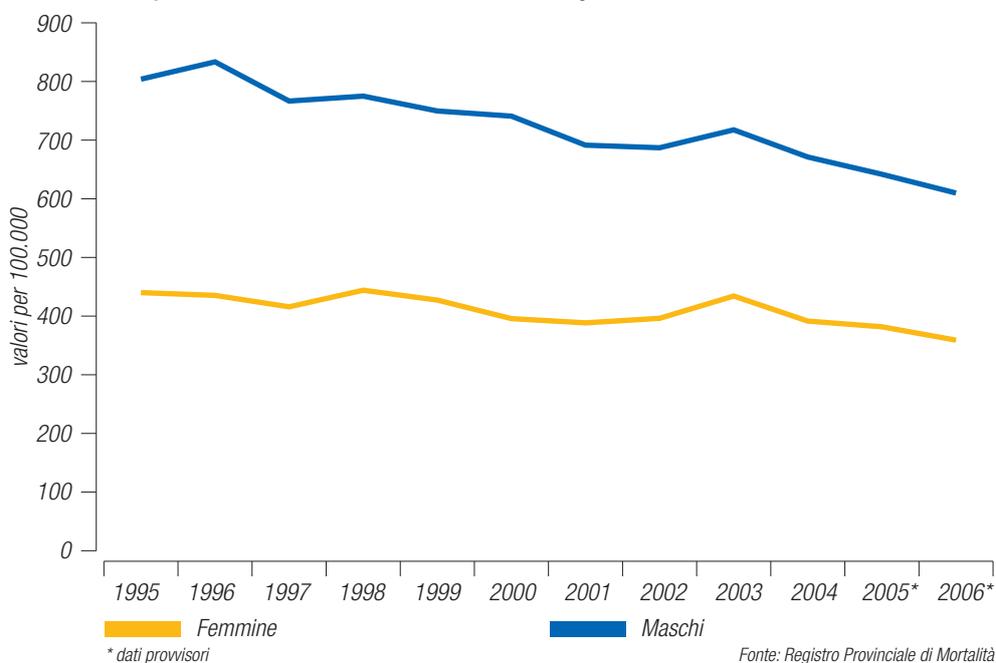
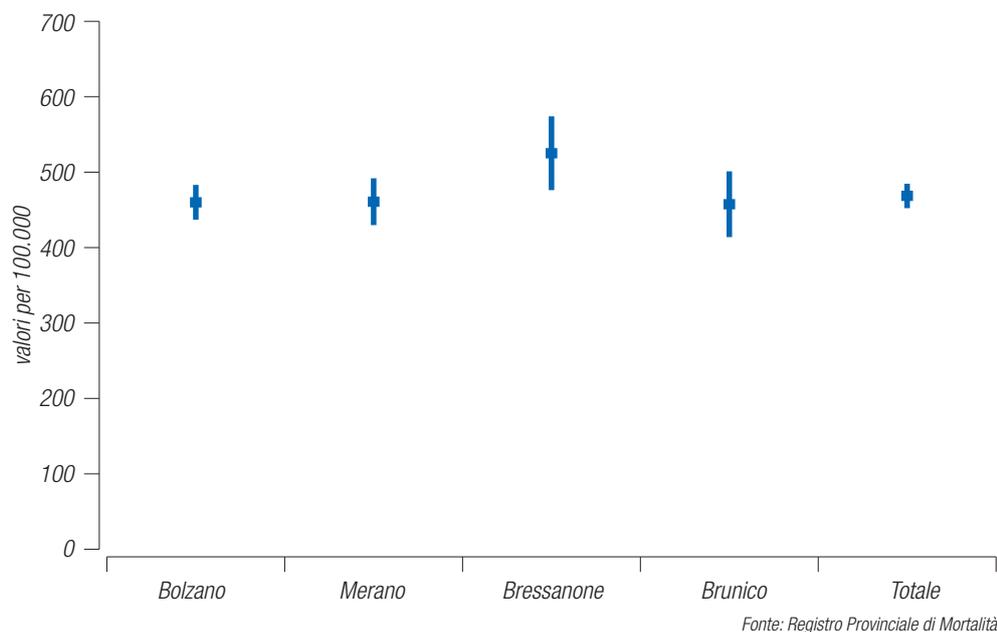


Figura 8: Tasso standardizzato di mortalità per azienda sanitaria - Anno 2006 (dati provvisori)



Le cause di morte più frequenti nel 2004 sono legate alle malattie del sistema circolatorio ed ai tumori. Rispetto alle prime prevale la mortalità femminile mentre la mortalità per tumore è più elevata tra i maschi. Come già rilevato è nettamente superiore la mortalità maschile per cause violente (49,6 x 100.000 contro 17,9 x 100.000).

CAUSE DI MORTE

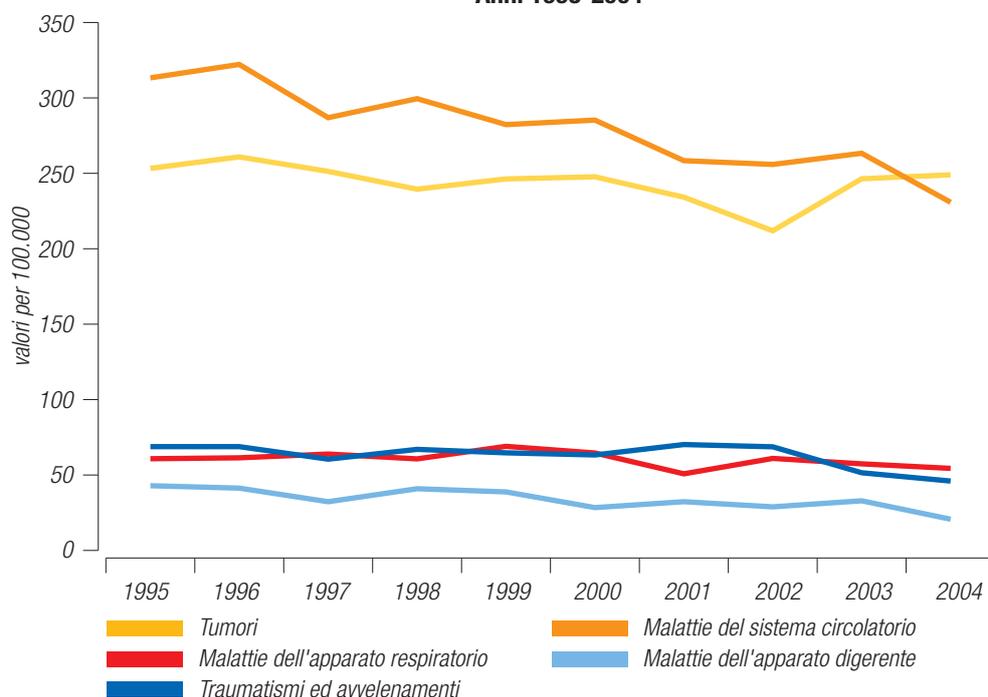
Tabella 2: Decessi e tasso di mortalità per sesso e causa – Anno 2004

Causa di morte	Maschi		Femmine	
	decessi	Tasso per 100.000	decessi	Tasso per 100.000
Malattie infettive e parassitarie	12	5,1	12	5,0
Tumori	686	293,2	504	210,0
Malattie delle ghiandole endocrine	23	9,8	42	17,5
Malattie del sangue	9	3,8	7	2,9
Disturbi psichici	17	7,3	26	10,8
Malattie del sistema nervoso	41	17,5	55	22,9
Malattie del sistema circolatorio	619	284,5	895	372,8
Malattie dell'apparato respiratorio	148	63,2	136	56,7
Malattie dell'apparato digerente	54	23,1	60	25,0
Malattie dell'apparato genitourinario	24	10,3	27	11,2
Complicazioni della gravidanza, parto, puerperio	-	-	-	-
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	-	-	1	0,4
Malattie del sistema osteomuscolare	2	0,9	8	3,3
Malformazioni congenite	2	0,9	2	0,8
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	-	-	-	-
Mal definite	23	9,8	55	22,9
Traumatismi ed avvelenamenti	116	49,6	43	17,9
TOTALE	1.800	769,2	1.879	782,7

Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

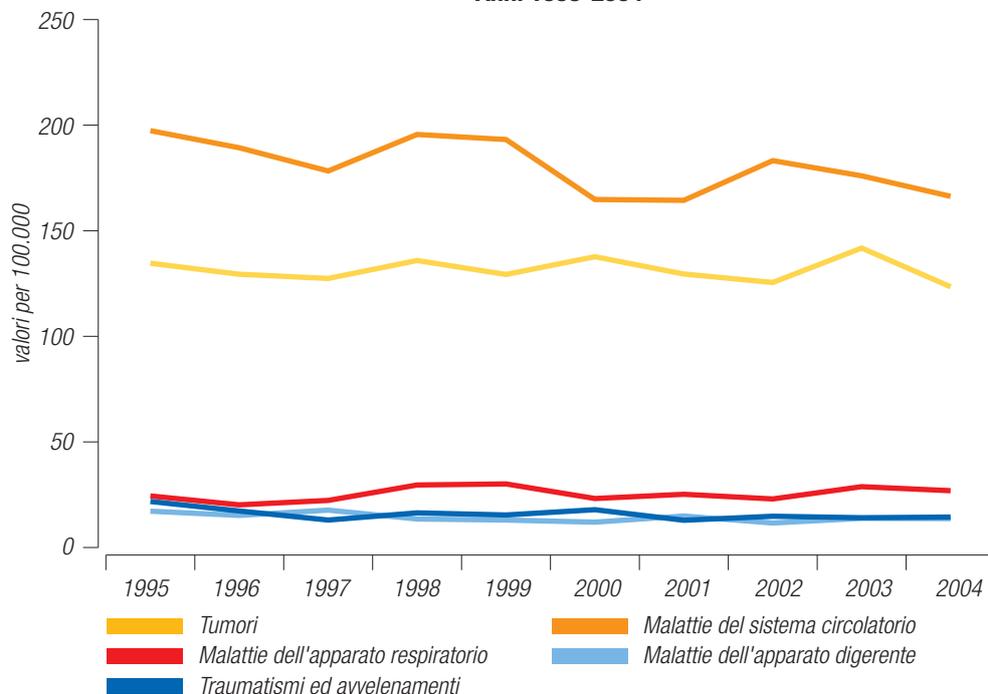
I tassi standardizzati di mortalità assumono tra gli uomini un trend decrescente per le malattie del sistema circolatorio, per i traumatismi e per le malattie dell'apparato digerente. Tra le donne, oltre al trend decrescente delle malattie del sistema circolatorio, appare tendenzialmente stabile la mortalità per le altre cause.

Figura 9: Tasso standardizzato di mortalità per le principali cause, sesso maschile - Anni 1995-2004



Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

Figura 10: Tasso standardizzato di mortalità per le principali cause, sesso femminile - Anni 1995-2004



Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

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 2004 sono stati rilevati 4.132 eventi di mortalità evitabile, mediamente

413,2 casi annui, 306,9 di uomini e 106,3 di donne.

La mortalità violenta in età 5-64 anni è la causa più frequente tra gli uomini, con una media di 116,3 eventi annui, seguita dalle malattie ischemiche del cuore in età 35-64 anni (mediamente 49,7 eventi annui), dal tumore maligno del polmone in età 5-64 anni (35,2 eventi annui), dalla cirrosi epatica in età 5-64 anni (25,0 eventi annui) e dai tumori delle prime vie aereo-digestive (mediamente 22,7 eventi annui).

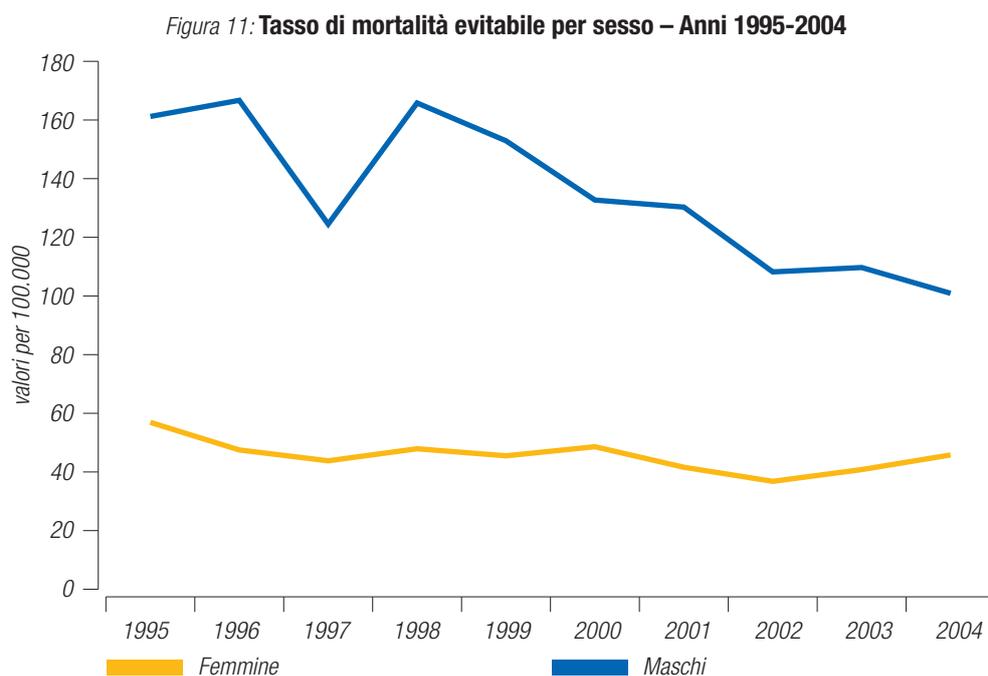
La causa più frequente tra le donne è invece costituita dalla mortalità per tumore della mammella in età 25-64 anni, con una media di 29,0 eventi annui, seguita dai traumatismi ed avvelenamenti in età 5-64 anni (mediamente 22,7 eventi annui).

Il tasso medio di eventi nel 2004 è stato pari a 100,9 per 100.000 abitanti tra gli uomini ed a 45,8 per 100.000 tra le donne. I valori sono tendenzialmente in diminuzione sia tra i maschi che tra le femmine.

Tabella 3: **Decessi e tasso di mortalità per cause evitabili per sesso. Anno 2004**

Causa di morte	Maschi		Femmine	
	decessi	Tasso specifico per 100.000	decessi	Tasso specifico per 100.000
Tumori maligni delle prime vie aereo digestive, età 5-64 anni	18	9,5	7	3,9
Tumori maligni del fegato, età 5-64 anni	12	6,4	2	1,1
Tumori maligni del polmone, età 5-64 anni	38	20,2	6	3,3
Disturbi circolatori dell'encefalo, età 5-64 anni	6	3,2	3	1,7
Cirrosi epatica, età 5-64 anni	11	5,8	9	5,0
Traumatismi e avvelenamenti, età 5-64 anni	82	43,5	20	11,0
Tumori della mammella, donne età 25-64 anni	-	-	32	24,7
Tumore del collo dell'utero, donne età 15-64 anni	-	-	1	0,6
Tumore del corpo dell'utero e dell'utero senza altra indicazione, donne età 15-64 anni	-	-	2	1,3
Malattie infettive e parassitarie, età 5-64 anni	5	2,7	1	0,6
Leucemie, età 0-64 anni	6	3,0	3	1,5
Cardiopatie reumatiche croniche, età 5-44 anni	-	-	-	-
Iperensione, età 35-64 anni	7	7,2	4	4,2
Malattie ischemiche del cuore, età 35-64 anni	45	43,1	14	14,7
Polmoniti, bronchiti, malattie respiratorie acute, età 5-64 anni	3	1,6	15	2,8
Malattie dell'apparato respiratorio, età 1-14 anni	-	-	1	2,7
Ulcera gastrica, età 25-64 anni	1	0,7	-	-
Appendicite, età 55-64 anni	-	-	-	-
Mortalità materna, tutte le età (ICD IX 630)	-	-	-	-
Malformazioni congenite cardiache, età 0-14 anni	2	4,8	-	-
TOTALE E TASSO GREZZO	236	100,9	110	45,8

Fonte: Registro Provinciale di Mortalità



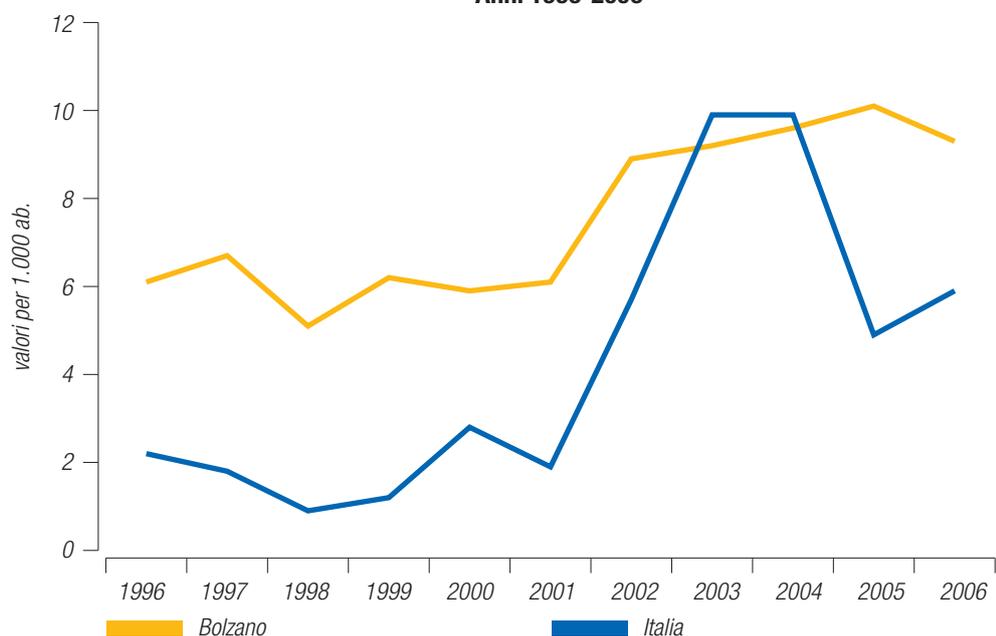
1.1.5. Movimenti demografici

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

La crescita della popolazione nel corso del 2006 è stata pari a 9,9 unità per 1.000 abitanti, superiore al valore nazionale (6,5‰). In generale la crescita è elevata nelle regioni del Nord (7,6‰ nel Nord-Est e 5,1‰ nel Nord-Ovest) e del centro (19,2‰, grazie ad un saldo migratorio di +19,9‰), mentre è vicina allo zero nelle isole (0,5‰) e negativa nelle regioni del Sud (-0,6‰).

La componente più importante della crescita della popolazione è costituita dal saldo migratorio, 6,8‰ in provincia di Bolzano, 6,4‰ la stima complessiva nazionale. Il saldo naturale per contro è negativo o prossimo allo zero in tutte le regioni del centro-nord ad eccezione del Trentino Alto Adige (+3,5‰), Lombardia (+1,1‰) e Veneto (+1,0‰). In provincia di Bolzano si registra (in assoluto) il più elevato saldo di crescita naturale (3,5‰).

Figura 12: Tasso di crescita della popolazione residente. Provincia di Bolzano e Italia – Anni 1996-2006



Fonte: ISTAT, ASTAT

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 2006 sono stimate pari a 233.700 unità, e sono cresciute di circa 19.000 unità negli ultimi dieci anni.

Gli occupati sono 227.700, il 58,4% dei quali di sesso maschile. Il 69,3% dei lavoratori è occupato nel settore dei servizi, il 24,0% nell'industria ed il 6,6% in agricoltura. Nel settore dei servizi predomina la componente lavorativa femminile (51,8% degli occupati) mentre nell'industria ed in agricoltura sono in maggior numero i lavoratori maschi (84,6% e 70,0% rispettivamente). I lavoratori dipendenti sono pari al 72,1% degli occupati.

Negli ultimi cinque anni è diminuito del 40,0% il numero degli occupati nell'agricoltura e del 4,4% di quelli dell'industria, mentre sono cresciuti del 14,3% gli addetti nel settore dei servizi.

I lavoratori a tempo parziale sono pari al 17,3% degli occupati. Tra i lavoratori a tempo pieno sono in maggior numero gli uomini (67,7%), mentre nel tempo parziale predominano le donne (86,3%).

Complessivamente il tasso di attività (espresso come quota delle forze lavoro sulla popolazione in età 15-64 anni) si è sempre mantenuto al di sopra del 70% negli ultimi cinque anni (71,5% nel 2006), ed è costantemente superiore al tasso nazionale (62,7%).

Il dato è leggermente aumentato sia tra i maschi (da 81,1% del 2002 a 81,3% del 2006), sia tra le femmine (da 60,6% del 2002 a 61,4% del 2006).

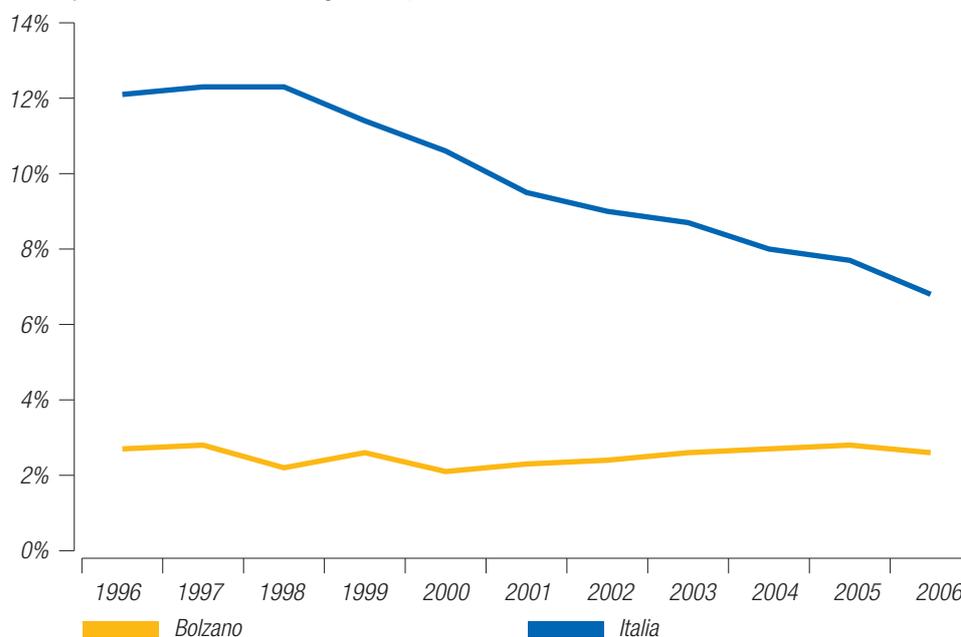
**OCCUPATI PER SETTORE
DI ATTIVITÀ**

TASSO DI ATTIVITÀ

**TASSO DI
DISOCCUPAZIONE**

Il tasso di disoccupazione registrato per l'anno 2006 è pari al 2,6%, in leggera diminuzione rispetto l'anno precedente (-0,2 punti), e comunque su livelli fisiologici. In costante decremento a partire dal 1998 il dato a livello nazionale (6,8% nel 2006).

Figura 13: Tasso di disoccupazione, Provincia di Bolzano e Italia – Anni 1996-2006



Fonte: ISTAT, ASTAT

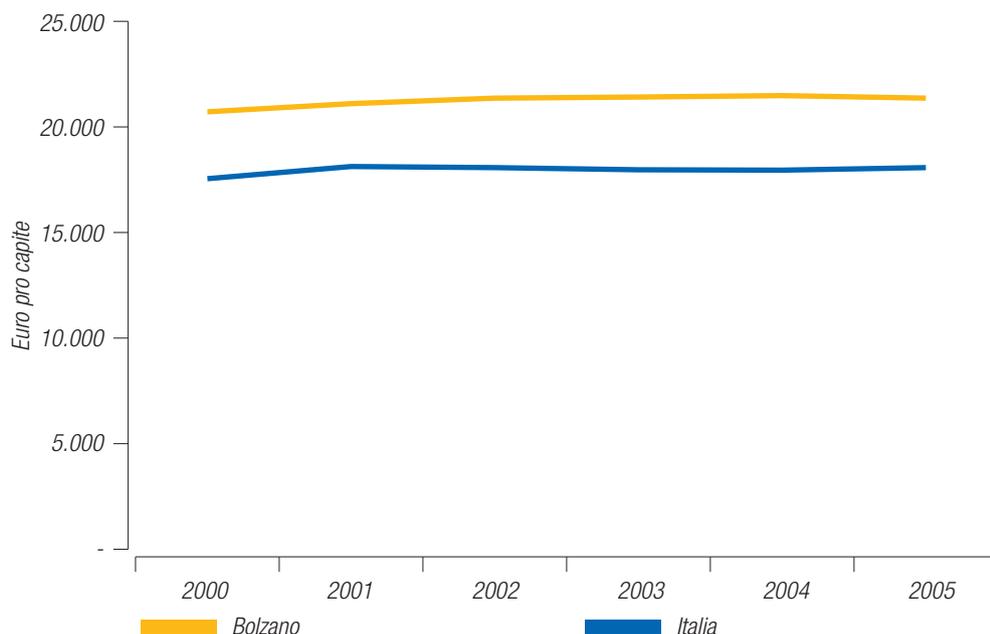
1.2.2. Prodotto Interno Lordo

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

Anche a livello locale si è registrato infatti un rallentamento della crescita del Prodotto Interno Lordo (PIL), con una diminuzione della crescita del PIL a prezzi costanti, passato dal 2,2% del 2001 all'1,3% del 2005.

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

Figura 14: PIL pro capite a prezzi costanti 2005. Provincia di Bolzano e Italia - Anni 2000-2005



Fonte: ISTAT, ASTAT

1.2.3. Consumi delle famiglie

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

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

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

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

1.3. ISTRUZIONE

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

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

**TASSO DI
PROSEGUIMENTO**

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

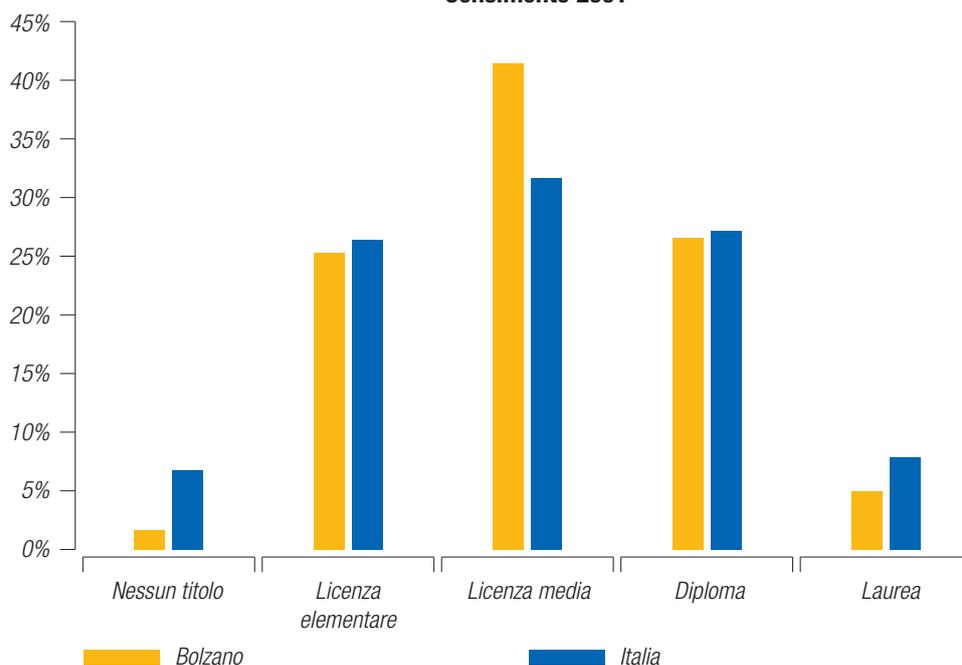
Il 96,7% della popolazione residente d'età compresa tra 6 e 14 anni era iscritta, alla data del censimento del 2001, ad un regolare corso di studi, in misura leggermente superiore alla media nazionale (96,3%).

Il tasso di proseguimento dalla scuola media inferiore alle scuole medie superiori è pari al 76,3% (anno scolastico 2005/06), in crescita di 6 punti tra il 1995/96 ed il 2005/06.

Prosegue gli studi dopo la licenza media l'85,0% della popolazione femminile rispetto al 67,7% della popolazione maschile.

Tra i diciottenni è diplomato il 69,7% delle femmine ed il 48,2% dei maschi (anno scolastico 2004-2005).

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



Fonte: ISTAT, ASTAT

ASTAT. *Annuario Statistico della Provincia di Bolzano, 2006.*

ASTAT. *Andamento demografico in provincia di Bolzano 2005. ASTATInfo nr. 13/2007.*

ASTAT. *Occupati e disoccupati in provincia di Bolzano 2002-2006. ASTATInfo nr. 16/2007.*

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.*

ISTAT-ASTAT. *I consumi delle famiglie. Anni 2003, 2004.*

ISTAT. *Statistiche in breve. Indicatori demografici, 2006.*

ASTAT. *Tavole di mortalità della popolazione altoatesina 2001-2005. ASTATInfo nr. 7/2007.*

ISTAT. *Annuario Statistico Italiano 2006.*

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

FATTORI SOCIO ECONOMICI

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.

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.

STILE DI VITA

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

ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI

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

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

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

2.1.1. Il fumo

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

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

I fumatori in provincia sono circa 78.500, il 24,4% degli uomini ed il 15,0% delle donne a partire da 14 anni di età.

L'abitudine al fumo, rispetto al 2003, è in diminuzione sia tra le donne che tra gli uomini.

La maggiore prevalenza di fumatori si rileva nella classe di età tra 20 e 39 anni.

I forti fumatori sono pari al 6,5% dei fumatori.

I decessi nel 2004 per cause attribuibili al fumo sono stati 603,6, pari al 16,1% 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 traducono in un elevato numero di decessi evitabili, ma anche di ricoveri e di disabilità evitabili, che comportano enormi costi per la società.

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

L'abitudine al fumo non è equamente distribuita nella popolazione. I dati delle indagini multiscopo dell'ISTAT evidenziano che fumano di più le persone di sesso maschile, di età inferiore a trenta anni e con bassa scolarità.

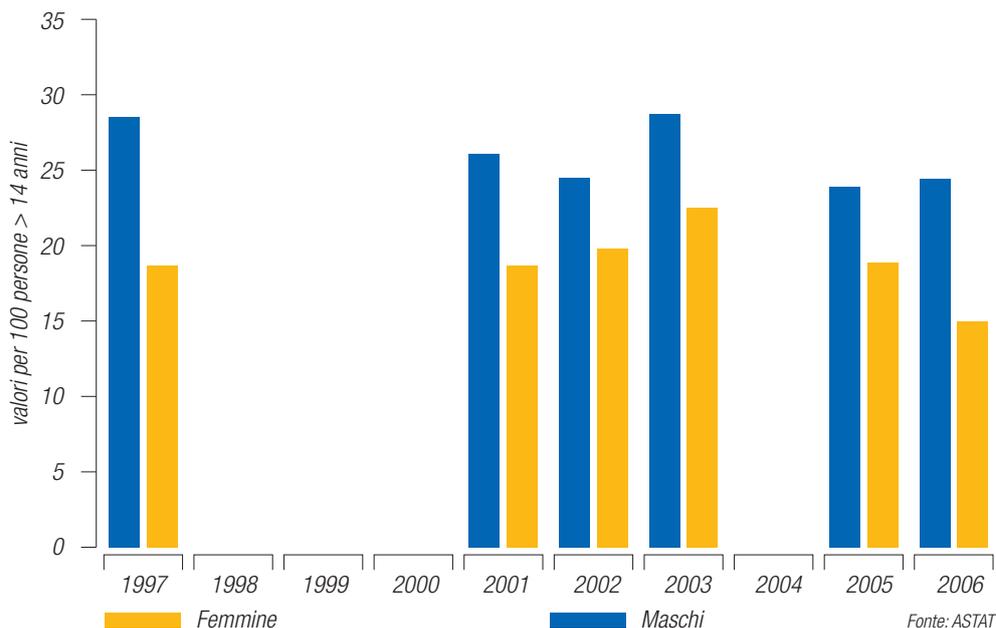
I dati relativi al 2006, indicano che nella popolazione provinciale è possibile stimare circa 78.500 fumatori (47.900 maschi e 30.600 femmine), pari rispettivamente al 24,4% della popolazione maggiore di 14 anni d'età per i maschi ed al 15,0% per le femmine.

Rispetto al 2003 è in calo la percentuale di fumatori sia tra le donne (era il 22,5%), sia tra gli uomini (era il 28,7%). Nel 2006, in provincia di Bolzano, la prevalenza di fumatori è inferiore rispetto alla media nazionale per entrambi i generi (28,8% la media nazionale dei maschi e 17,0% quella delle femmine).

DANNI PER LA SALUTE

ABITUDINE AL FUMO

Figura 1: Prevalenza di fumatori nella popolazione per genere - Anni 1997-2006



Fonte: ASTAT

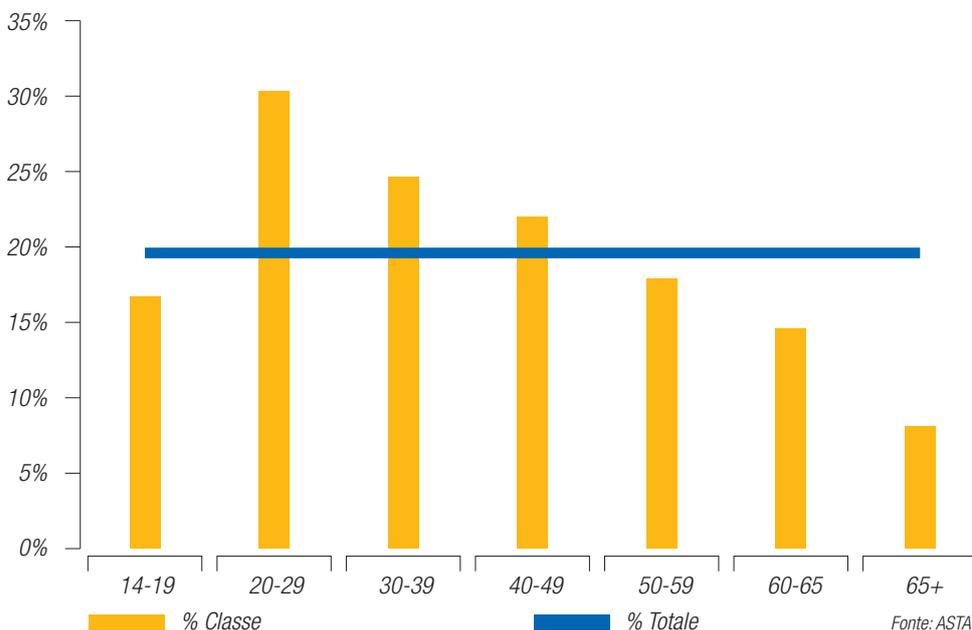
Il fenomeno in provincia è maggiormente concentrato nelle fasce d'età tra 20 e 39 anni, con il 30,3% di fumatori tra 20 e 29 anni ed il 24,6% tra 30 e 39 anni.

I forti fumatori (più di 20 sigarette al giorno) sono pari al 6,5% di tutti i fumatori, percentuale in leggero aumento rispetto al 2005 (era il 5,9%) ma nettamente inferiore al valore nazionale (31,7% -dato 2005).

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

Gli ex fumatori in provincia di Bolzano sono pari al 25,0% della popolazione (30,5% tra i maschi e 19,6% tra le femmine) concentrati soprattutto nelle classi di età adulte ed anziane (il 32,3% nella classe di età 40-49 anni, il 29,1% tra 50 e 59 anni, il 34,1% tra 60 e 64 anni, il 30% oltre 65 anni).

Figura 2: Prevalenza di fumatori nella popolazione per classe di età - Anni 1997-2006



Fonte: ASTAT

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 (CPSII 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 2004 sono stati stimati 396,7 decessi tra i maschi e 206,9 tra le donne per cause attribuibili al fumo. Il maggior numero di decessi fumo-attribuibili tra i maschi è imputabile ai tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni (118,6). Tra le donne, la causa di decesso fumo-correlata più frequente è rappresentata dalle malattie ischemiche del cuore in età 35-64 anni (34,9 casi).

MORTALITÀ ATTRIBUIBILE AL FUMO

Tabella 2: **Numero di decessi attribuibili al fumo per causa e genere – Anno 2004**

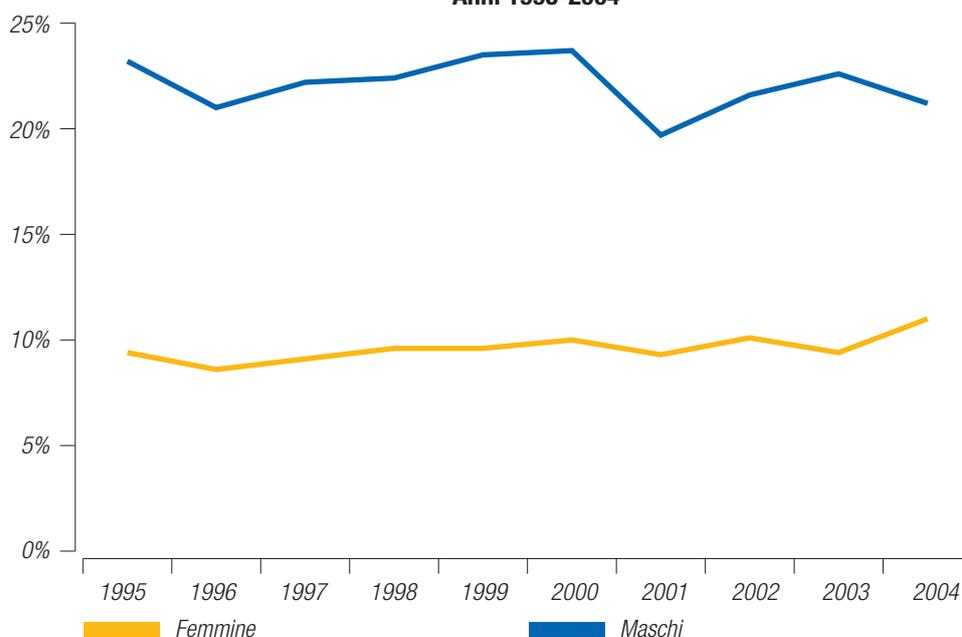
Causa di morte	Maschi		Femmine	
	Frazione	decessi	Frazione	decessi
<i>Tumori maligni delle labbra, della cavità orale e della faringe</i>	76,8%	22,3	44,7%	3,6
<i>Tumori maligni dell’esofago</i>	72,7%	15,3	56,1%	3,4
<i>Tumori maligni del pancreas</i>	27,4%	8,2	21,6%	7,8
<i>Tumori maligni della laringe</i>	84,1%	9,2	71,0%	0,7
<i>Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni</i>	89,2%	118,6	69,6%	29,9
<i>Tumori maligni del collo dell’utero</i>	-	-	9,8%	0,2
<i>Tumori maligni della vescica</i>	48,8%	15,1	24,8%	3,2
<i>Tumori maligni del rene e di altri non specificati organi urinari</i>	40,7%	9,4	4,8%	0,3
<i>Iperensione</i>	23,5%	9,9	11,9%	12,8
<i>Malattie ischemiche del cuore: età 35-64 anni</i>	40,3%	18,1	26,1%	36,5
<i>Malattie ischemiche del cuore: età 65 e + anni</i>	16,8%	39,4	10,8%	29,7
<i>Altre malattie cardiache</i>	21,4%	28,6	8,6%	19,9
<i>Malattie cerebrovascolari: età 35-64 anni</i>	36,6%	1,1	32,5%	0,6
<i>Malattie cerebrovascolari: età 65 e + anni</i>	14,6%	14,4	7,0%	12,1
<i>Aterosclerosi</i>	32,2%	11,3	10,6%	7,9
<i>Aneurisma aortico</i>	67,0%	6,0	51,3%	1,5
<i>Altri disturbi delle arterie</i>	21,2%	2,1	15,8%	1,4
<i>Polmonite e influenza</i>	23,9%	15,3	15,6%	11,1
<i>Bronchite cronica e enfisema</i>	90,2%	52,3	77,6%	24,1
TOTALE		396,7	73,3%	206,9

Fonte: OEP, Registro Provinciale di Mortalità

Rispetto a tutte le cause di morte ed a tutte le classi d'età, la frazione complessiva di decessi attribuibile al fumo nel 2003 è stimabile pari a 21,2% per gli uomini ed a 11,0% per le donne.

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

Figura 3: Decessi attribuibili al fumo sul totale dei decessi per tutte le cause - Anni 1995-2004



Fonte: OEP, Registro Provinciale di Mortalità

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 della spesa delle famiglie destinata ai generi alimentari è diminuita negli ultimi 30 anni dal 39,4% al 14,2%.

La prevalenza di obesi nella popolazione di 14 anni e più è pari all'8,6%, mentre quella di persone in soprappeso è del 30,0%, in entrambi i casi inferiore alla media nazionale.

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. Si stima siano attribuibili alla dieta tra il 30 e il 40% dei tumori e oltre un terzo delle morti per malattie cardiovascolari nelle persone con meno di 65 anni. Almeno l'80% dei casi di diabete di secondo tipo sono correlati all'obesità e al soprappeso. Le diete ricche di grassi animali e povere di frutta e verdura, specialmente se

associate all'abitudine al fumo, all'ipertensione ed all'obesità, sono responsabili di gravi danni per la salute nonché dello sviluppo di patologie largamente diffuse nella popolazione. La nutrizione e le abitudini alimentari legate alla salute, la qualità e l'igiene degli alimenti, le intolleranze alimentari ed i disturbi dell'alimentazione sono aspetti rilevanti nella relazione tra alimentazione e salute.

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

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 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.

A seguito dell'esperienza accumulata in questo settore la provincia di Bolzano è stata chiamata dalle autorità albanesi a collaborare ad un progetto per la valutazione della prevalenza del gozzo e della ioduria nei bambini della scuola primaria in Albania.

CARENZA DI ACIDO FOLICO

CARENZA DI IODIO

IODIOPROFILASSI IN PROVINCIA DI BOLZANO

CARENZA DI FERRO

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

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

ABITUDINI ALIMENTARI

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 14,2% del 2006 (il 19,0% 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 2006 per la provincia di Bolzano dall'ASTAT, e si riferiscono, dove non altrimenti indicato, alla popolazione a partire da 3 anni di età.

È d'uso tra la popolazione provinciale iniziare la giornata con la colazione (92,3%) ed in particolare il 73,0% degli intervistati dichiara di fare una colazione completa (il 74,0% della popolazione di lingua tedesca ed il 70,9% di quella di lingua italiana), bevendo the, caffè, caffelatte o cappuccino e mangiando qualcosa. A livello nazionale dichiara di fare una colazione adeguata il 78,3% della popolazione.

Il pasto principale della giornata è considerato il pranzo (80,8% della popolazione, il 74,2% di quella delle aree urbane e l'85,3% di quella delle aree rurali). A livello nazionale è minore la quota di popolazione che considera il pranzo come il pasto principale (70,4%). La cena è il pasto principale per il 13,0% della popolazione (20,9% a livello nazionale).

Il 74,5% della popolazione consuma almeno un piatto di pasta al giorno. Il 15,7% della popolazione consuma salumi almeno una volta al giorno, il 3,6% carni bianche, il 2,7% carni bovine, l'1,8% carne di maiale, il 65,5% latte, il 44,8% formaggi e latticini, il 5,2% uova, l'1,8% pesce.

Il 28,3% della popolazione consuma pesce almeno qualche volta alla settimana. Il 68,2% consuma una porzione di verdura al giorno, il 28,2% ne consuma due. Il 50,4% consuma una porzione di frutta al giorno, il 38,2% ne consuma due.

Il 6,8% dei ragazzi tra 14 e 19 anni consuma giornalmente snack salati (1,5% la media complessiva), il 10,9% della popolazione mangia almeno un dolce al giorno.

Il 64,5% della popolazione presta attenzione alla quantità di sale ed al consumo di cibi salati, ed il 75,1% consuma sale arricchito con iodio. Il 42,5% della popolazione di 14 anni

o più consuma raramente o mai acqua minerale, l'84,5% consuma raramente o mai bevande gasate (esclusa l'acqua minerale).

Tabella 3: **Alimenti per frequenza di consumo. Valori per 100 persone di 3 anni e oltre - Anno 2006**

	<i>Più di 1 volta al giorno</i>	<i>1 volta al giorno</i>	<i>Qualche volta alla settimana</i>	<i>Meno di una volta alla settimana</i>	<i>Mai</i>
<i>Pane, pasta, riso</i>	28,7	45,8	23,1	2,3	0,1
<i>Salumi</i>	2,0	13,7	48,7	26,9	8,7
<i>Pollo, tacchino, coniglio, vitello</i>	0,5	3,1	41,6	47,8	7,0
<i>Carni bovine</i>	0,4	2,3	43,5	46,2	7,7
<i>Carni di maiale escluso salumi</i>	0,6	1,2	28,0	50,4	19,8
<i>Pesce</i>	0,6	1,2	28,3	57,1	12,8
<i>Latte</i>	16,1	49,4	12,5	7,7	14,3
<i>Formaggi, latticini</i>	7,9	36,9	43,7	9,1	2,4
<i>Uova</i>	0,5	4,7	45,7	42,3	6,8
<i>Verdura in foglia o cotta</i>	13,4	42,5	31,6	9,8	2,8
<i>Pomodori, melanzane, peperoni, finocchi</i>	9,1	29,9	44,0	13,6	3,4
<i>Frutta</i>	24,4	40,6	25,9	7,1	2,0
	<i>nessuna porzione al giorno</i>	<i>1 porzione al giorno</i>	<i>2 porzioni al giorno</i>	<i>3-4 porzioni al giorno</i>	<i>5 o più porzioni al giorno</i>
<i>Porzioni di insalata, ortaggi, verdura</i>	0,4	68,2	28,2	3,2	-
<i>Porzioni di frutta</i>	-	50,4	38,2	10,4	1

Fonte: ASTAT

SOVRAPPESO ED OBESITÀ

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

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

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

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

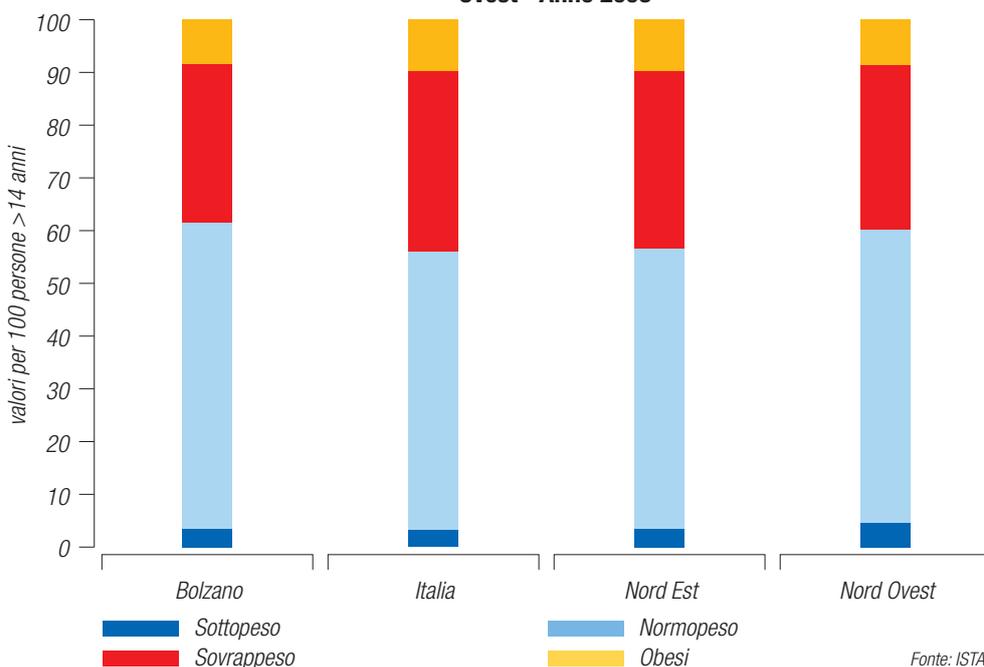
L'eccesso ponderale è inoltre una caratteristica più diffusa negli adulti con più basso titolo di studio. È in sovrappeso il 43,2% delle persone che possiede come titolo di studio

**OBESITÀ E SOVRAPPESO
IN PROVINCIA DI
BOLZANO**

più elevato la licenza elementare rispetto al 26,4% dei laureati. È obeso il 15,8% della popolazione col titolo di studio più basso rispetto al 4,6% di coloro che possiedono il titolo di studio più alto.

Le persone obese (Indice di Massa Corporea ≥ 30) in provincia di Bolzano sono l'8,6% della popolazione partire da 14 anni di età (l'8,2% nel 2003, 9,8% complessivamente in Italia). Il 58,1% risulta avere un peso nella norma (52,6% la media nazionale) mentre il 30,0% è sovrappeso (34,2% la media nazionale).

Figura 4: **Popolazione per classi di peso (BMI). Provincia di Bolzano, Italia, Nord Est, Nord Ovest - Anno 2005**



2.1.3. L'attività fisica

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

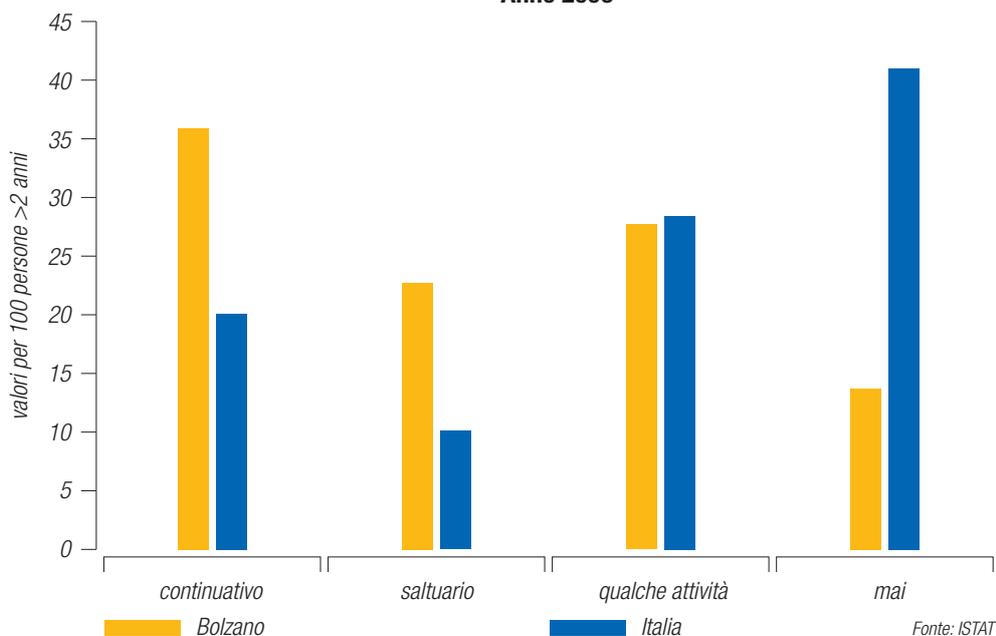
Il 55% della popolazione pratica almeno saltuariamente uno sport rispetto al 30% a livello nazionale.

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

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

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

Figura 5: **Persone di tre anni e più che praticano sport. Provincia di Bolzano e Italia - Anno 2006**



2.2. L'ABUSO DI SOSTANZE

I pazienti dimessi da ospedali provinciali con diagnosi di uso di droghe sono state 131 nel corso del 2006 (49,1 ogni 100.000 abitanti).

Nel corso del 2006 sono stati 1.400 gli assistiti dai SerD, 768 dei quali come utenti in carico, e tra questi 95 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 1.437 persone dagli ospedali provinciali con diagnosi alcol correlate (297,2 ogni 100.000 abitanti).

I decessi alcol correlati sono stati 27 nel 2004, pari a 5,7 ogni 100.000 abitanti.

Gli utenti con dipendenza da alcol presi in carico nel 2006 da parte dei SerD e delle associazioni private provinciali sono stati 2.129 (4,4 ogni 1.000 abitanti).

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

sunzione della sostanza viene sospesa.

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

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

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

2.2.1. La dipendenza da droghe

La Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2006 (tavole EMCDDA) evidenzia che il 29,3% della popolazione tra 15 e 64 anni d'età ha fatto uso almeno una volta nella vita di cannabinoidi (il 32,1% tra gli studenti di età 15-19 anni), che il 6,6% ha assunto almeno una volta della cocaina (il 5,5% tra gli studenti) e l'1,3% ha assunto eroina (2,5% tra gli studenti).

La prevalenza d'uso negli ultimi dodici mesi nella popolazione 15-64 anni è pari a 11,2% per la cannabis, a 2,2% per la cocaina ed a 0,3% per l'eroina.

Nella popolazione scolarizzata di età 15-19 anni la prevalenza d'uso negli ultimi dodici mesi è stata del 24,5% per la cannabis, del 3,9% per la cocaina e dell'1,6% per l'eroina.

Le elaborazioni sui dati del progetto IPSAD@ITALIA indicano come fattori protettivi rispetto all'assunzione di sostanze psicoattive illegali la scolarità medio alta (protettiva rispetto all'uso di eroina), il non essere separato o vedovo, il non essere fumatore, il non aver abusato di alcol negli ultimi 30 giorni.

Fattori di rischio per l'assunzione di cocaina e cannabis appaiono invece l'aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi, la scolarità medio alta rispetto all'uso di cannabis, un alto status socio economico.

Nella popolazione scolarizzata di 15-19 anni i fattori protettivi sono risultati la condizione economica medio alta, l'alta percezione del rischio conseguente l'uso di droghe, un rendimento scolastico medio alto, l'essere soddisfatto del rapporto con i genitori, il percepire attenzione da parte dei genitori, il non essersi ubriacati negli ultimi dodici mesi, il non essere fumatore.

Fattori di rischio sono invece risultati l'aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (anche su prescrizione medica), l'aver fratelli che abusano di alcol o che fanno uso di droghe, l'aver avuto rapporti sessuali non protetti, l'aver partecipato spesso a giochi in cui si spendono soldi, aver perso senza motivo tre o più giorni di scuola nell'ultimo mese, l'essere stati coinvolti in risse o incidenti, l'essere stati ricoverati (caratteristica di rischio per l'uso di eroina).

L'indagine sui giovani, condotta dall'ASTAT nel 2004, offre un contributo informativo sulle esperienze di consumo di sostanze illegali in provincia di Bolzano da parte della popolazione giovane (12-25 anni).

Le esperienze di consumo più frequenti riguardano la cannabis, per la quale il 7,9% degli intervistati ha dichiarato di farne attualmente uso, mentre il 29% ha affermato di averla assunta almeno una volta nel passato o di averla provata un paio di volte. Complessiva-

mente il 36,9% degli intervistati ha quindi assunto la cannabis almeno una volta nella vita, mentre circa il 20% degli intervistati ha dichiarato esperienze con prodotti farmaceutici.

Tabella 4: **Esperienza dell'uso di sostanze stupefacenti, valori percentuali - Anno 2004**

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

Fonte: ASTAT

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 Monitorino 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.

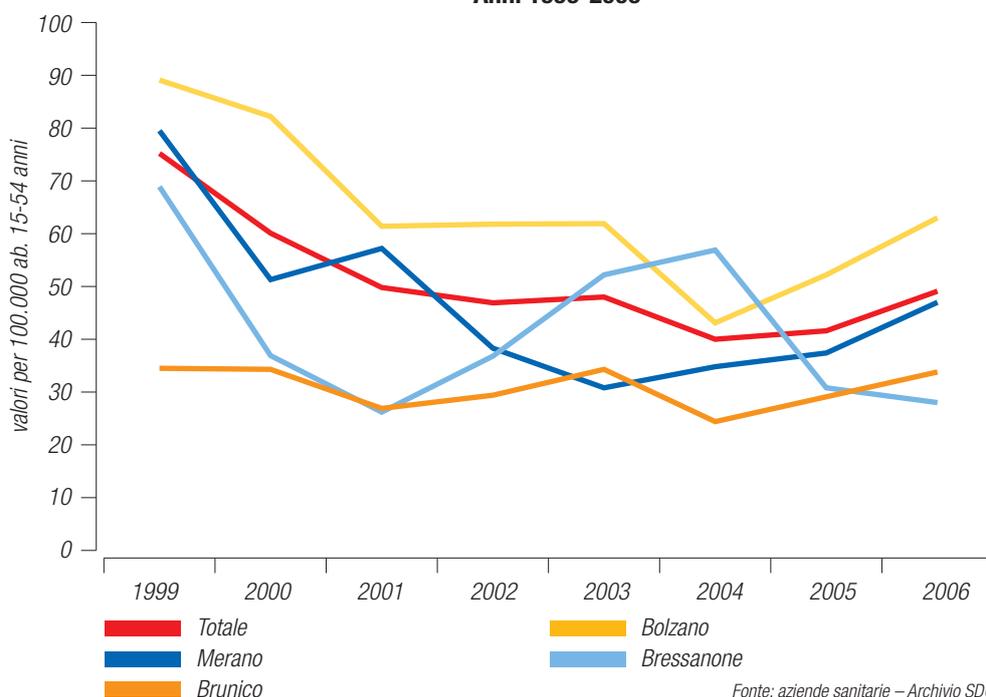
I dati riportati fanno riferimento ai pazienti dimessi e non alle dimissioni: un paziente con più dimissioni in un anno per la diagnosi d'interesse viene conteggiato una sola volta nell'anno.

Sono stati 131 i dimessi nel 2005 da istituti di cura provinciali per cause correlate alla droga, pari ad un tasso di 49,1 per 100.000 abitanti di età compresa tra 15 e 54 anni.

I dati ospedalieri sui dimessi per uso/abuso di droghe ed alcol evidenziano un andamento decrescente nel periodo 1999-2006, anche se con una ripresa negli ultimi due anni, in accordo con l'andamento della prevalenza di tossicodipendenti in carico ai SerD nello stesso periodo di tempo.

**DIMMISSIONI OSPEDALIERE
DROGA-CORRELATE**

Figura 6: Dimissioni ospedaliere per cause droga-correlate per Azienda Sanitaria - Anni 1999-2006



**MORTALITÀ DROGA
CORRELATA**

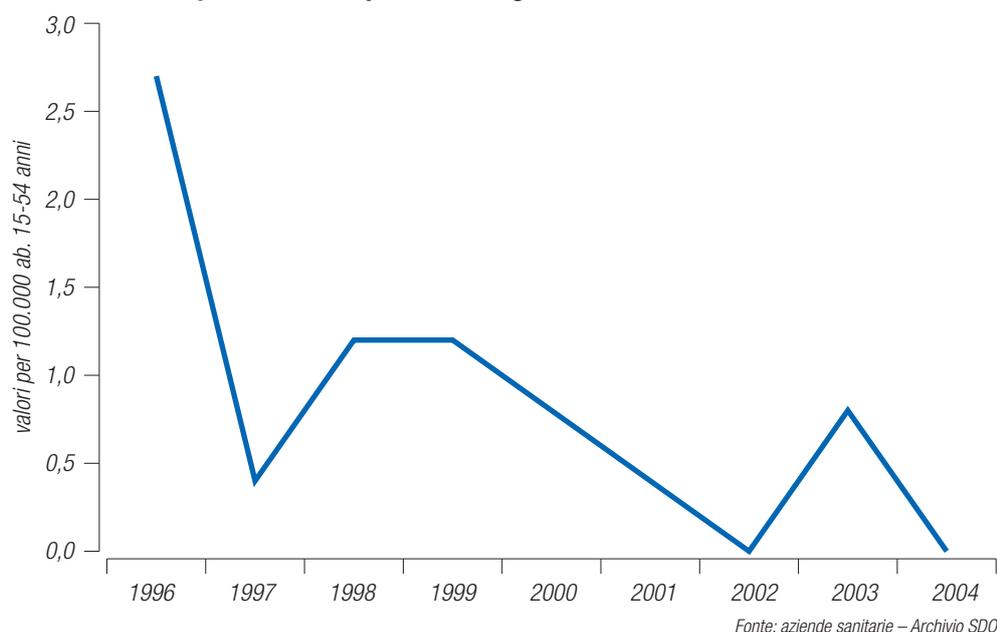
I decessi correlati all'uso di droga sono stati individuati mediante la diagnosi principale di decesso codificata dal Registro Provinciale di Mortalità.

I decessi per AIDS sono stati individuati attraverso i codici ICD IX 279.1 e 042.

I decessi correlati all'utilizzo di farmaci o droghe sono stati individuati con il codici ICD IX 292 (psicosi da farmaci) 304.0 (farmacodipendenza da 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 tra il 2001 ed il 2004 risultano 19 decessi per AIDS (8 nel 2001, 3 nel 2002, 6 nel 2003 e 2 nel 2004) e 3 decessi correlati all'uso di droga (1 nel 2001 e 2 nel 2003).

Figura 7: Mortalità per cause droga-correlate - Anni 1996-2004



L'assistenza territoriale ai tossicodipendenti è garantita dai SerD 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.

Nel corso del 2006 sono stati 1.400 gli utenti assistiti dai SerD per problemi di tossicodipendenza, con un'assunzione in carico di 768 soggetti, pari al 54,9% delle persone complessivamente assistite. Gli utenti appoggiati sono stati 162.

Tabella 5: Tossicodipendenti assistiti dai SerD - Anno 2006

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Utenti in carico	471	206	61	30	768
Soggetti appoggiati	91	28	18	25	162
Altri utenti	341	68	44	17	470
TOTALE	903	302	123	72	1.400

Fonte: aziende sanitarie - SerD

La prevalenza puntuale media provinciale è di 2,9 utenti per 1.000 abitanti di età compresa tra 15 e 54 anni, con oscillazioni tra 0,7 per il SerD di Brunico e 4,1 per 1.000 per quello di Bolzano. Il fenomeno appare in progressiva diminuzione nel corso degli ultimi anni.

**DOMANDA DI
TRATTAMENTO**

UTENTI IN CARICO

Figura 8: Prevalenza di tossicodipendenti in carico ai SerD - Anno 2006

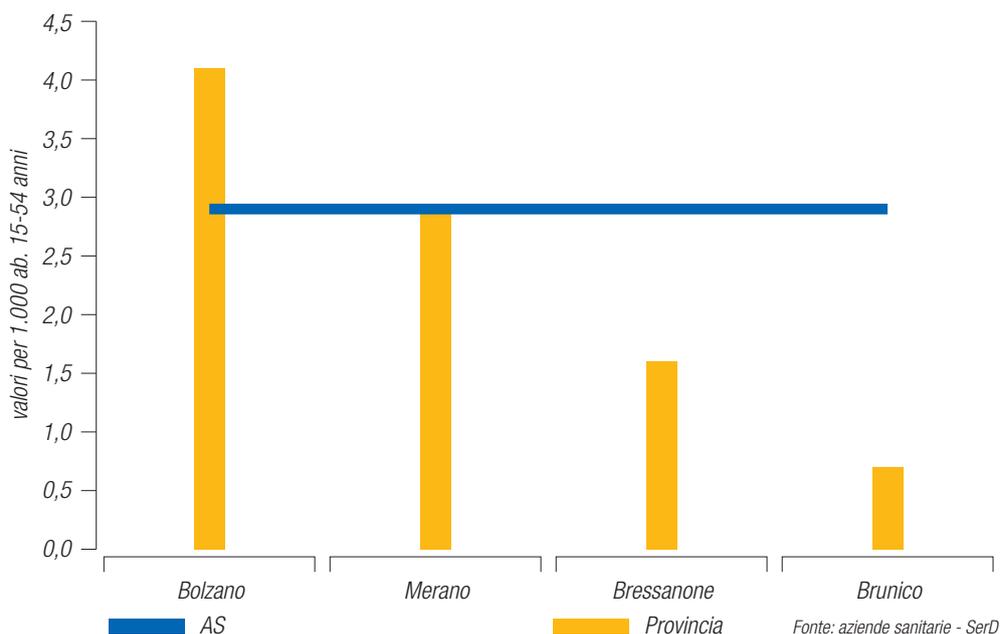
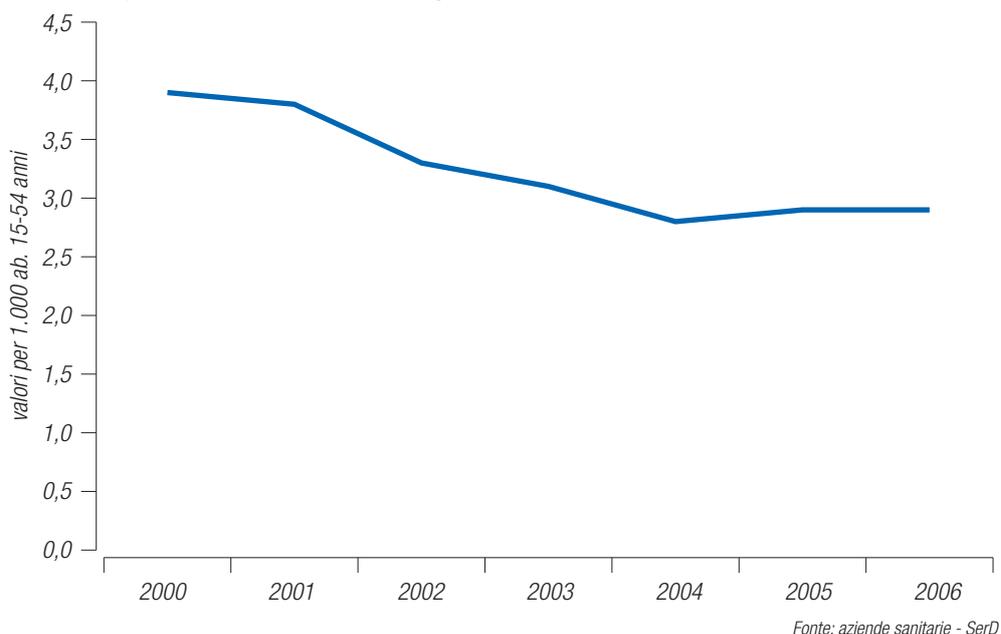


Figura 9: Prevalenza di tossicodipendenti in carico ai SerD - Anni 2000-2006



L'età media degli utenti in carico è pari a 36,3 anni per gli uomini (36,7 nel 2005) ed a 38,4 anni per le donne (37,8 nel 2005). Il 28,2% degli utenti ha meno di 30 anni. Il 59,6% ha meno di 40 anni.

L'eroina rappresenta la sostanza d'abuso primaria per il 69,0% degli utenti tossicodipendenti in carico (68,2% nel 2005). La sostanza primaria è costituita nel 14,5% dei casi dai cannabinoidi (13,7% nel 2004) e nel 5,8% dalla cocaina. La quota di soggetti che assume l'eroina come sostanza d'abuso primaria è pari al 73,3% presso il SerD di Bolzano, al 66,0% a Merano, al 45,9% a Bressanone (non è disponibile il dato per Brunico).

Per il 62,1% degli utenti fino a 24 anni di età la sostanza di abuso primaria è costituita dai cannabinoidi, mentre a partire da 25 anni diventa preponderante l'abuso primario di

NUOVI UTENTI IN CARICO

eroina (62,9% tra 25 e 34 anni, 83,5% tra 35 e 44 anni, 82,8% a partire da 45 anni). Sono stati 300 i nuovi assistiti dei SerD provinciali nel corso del 2006, 95 dei quali (pari al 31,7%) sono stati assunti come nuovi utenti in carico. Sono stati rilevati inoltre 53 utenti, già assistiti dai SerD, rientrati in carico nel 2006, e 152 nuovi utenti segnalati dal Commissariato del Governo, da altre prefetture, dal Tribunale dei Minori, dal Tribunale di Sorveglianza, o dalla Commissione Medica Multizonale, per i quali non esistevano segnalazioni negli anni precedenti.

Ogni 10.000 abitanti di età 15-54 anni si rileva un'incidenza media di 3,6 nuovi utenti in carico, con valori oscillanti tra 2,6 per il SerD di Bolzano e 6,0 per quello di Brunico.

Figura 10: **Incidenza di nuovi tossicodipendenti in carico ai SerD - Anno 2006**

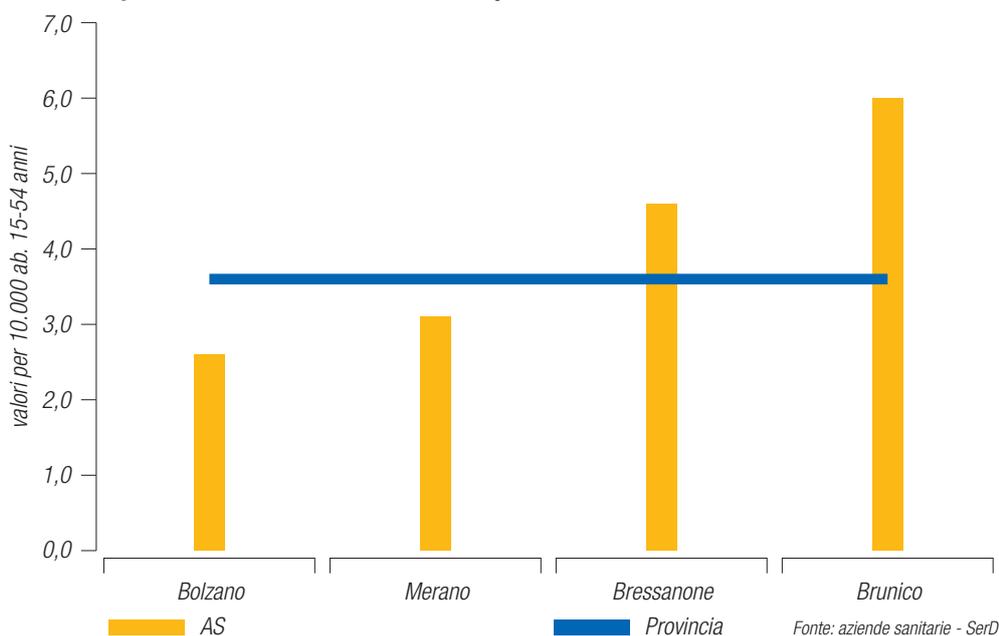
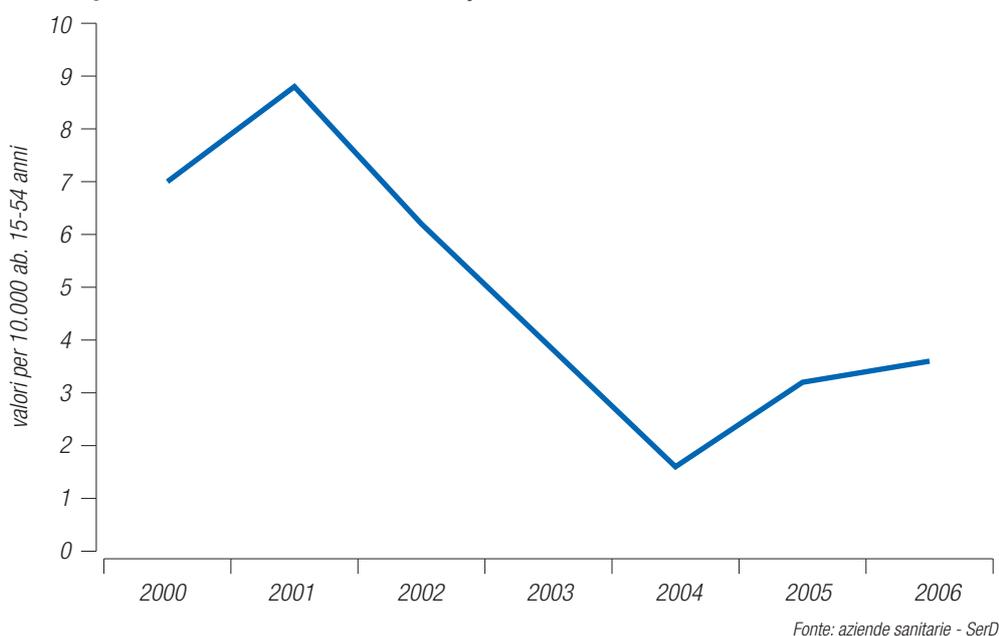


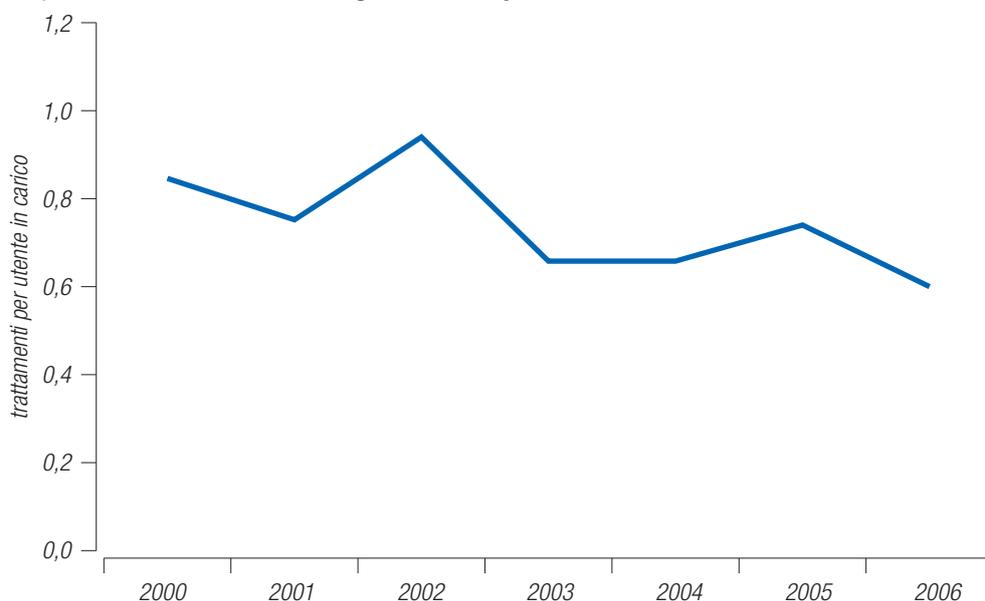
Figura 11: **Incidenza di nuovi tossicodipendenti in carico ai SerD - Anni 2000-2006**



ESITI TEST HIV, EPATITE B ED EPATITE C

I trattamenti farmacologici (metadone, naltrexone, clonidina ed altri farmaci) effettuati presso i SerD provinciali sono stati complessivamente 593, pari a 0,6 trattamenti per utente in carico, indicatore in tendenziale diminuzione nel periodo 2000-2006.

Figura 12: **Trattamenti farmacologici effettuati per utente in carico ai SerD - Anni 2000-2006**



Fonte: aziende sanitarie - SerD

In 109 casi tra gli utenti in carico (escluso il SerD di Brunico) è stato eseguito ed è noto il test per la positività all'HIV, che ha dato esito positivo nel 53,2% dei casi di test effettuato. Per 340 soggetti è stato effettuato ed è noto il test per l'epatite B, con esito positivo nell'88,8% dei casi. Il test per l'epatite C è stato effettuato ed è noto per 407 soggetti, con esito positivo nel 94,3% dei casi.

2.2.2. La dipendenza da alcol

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

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

IL CONSUMO DI ALCOLICI IN PROVINCIA DI BOLZANO

La provincia di Bolzano risulta, secondo i dati nazionali dell'Indagini Multiscopo 2006, riferiti alla popolazione a partire da 11 anni d'età, al primo posto per quanto riguarda la quota di popolazione che ha consumato bevande alcoliche nell'anno (l'80,8% delle persone rispetto alla media nazionale del 68,3%). Rispetto all'uso giornaliero invece la quota di consumatori è tra le più basse d'Italia (24,0% rispetto alla media nazionale del 29,5%). Il 19,9% degli intervistati ha dichiarato di essersi ubriacato almeno una volta negli ultimi dodici mesi (8,4% complessivamente in Italia), ed il 13,4% ha indicato una media di almeno una ubriacatura al mese (6,7% la media nazionale).

Con riferimento alla popolazione provinciale di 14 anni o più i maggiori consumatori di bevande alcoliche sono i maschi: il 76,5% beve birra (il 36,3% delle donne), il 70,7% beve vino (51,4% delle donne), il 66,1% consuma bevande alcoliche lontano dai pasti. Aumentano leggermente (dal 55,8% del 2003 al 56,1% del 2006) coloro che, anche occasionalmente, consumano birra (46,1% il dato nazionale). Aumentano dal 60,8% al 63,5% i consumatori, anche solo occasionali, di vino (56,5% il dato italiano), ed aumentano dal 47,9% al 51,8% anche coloro che occasionalmente consumano bevande alcoliche al di fuori dai pasti (26,9% il dato nazionale). Il consumo di alcolici lontano dall'orario dei pasti tende a diffondersi maggiormente tra le donne, che crescono dal 30,4% del 2003 al 41,1% del 2006 (sono il 15,4% a livello nazionale). Tale comportamento è preponderante nei giovani adulti, con una quota del 53,8% tra 14 e 24 anni, del 55,2% tra 25 e 34 anni e del 52,6% tra 35 e 44 anni. Nella popolazione ultra sessantacinquenne invece scende al 30,9%.

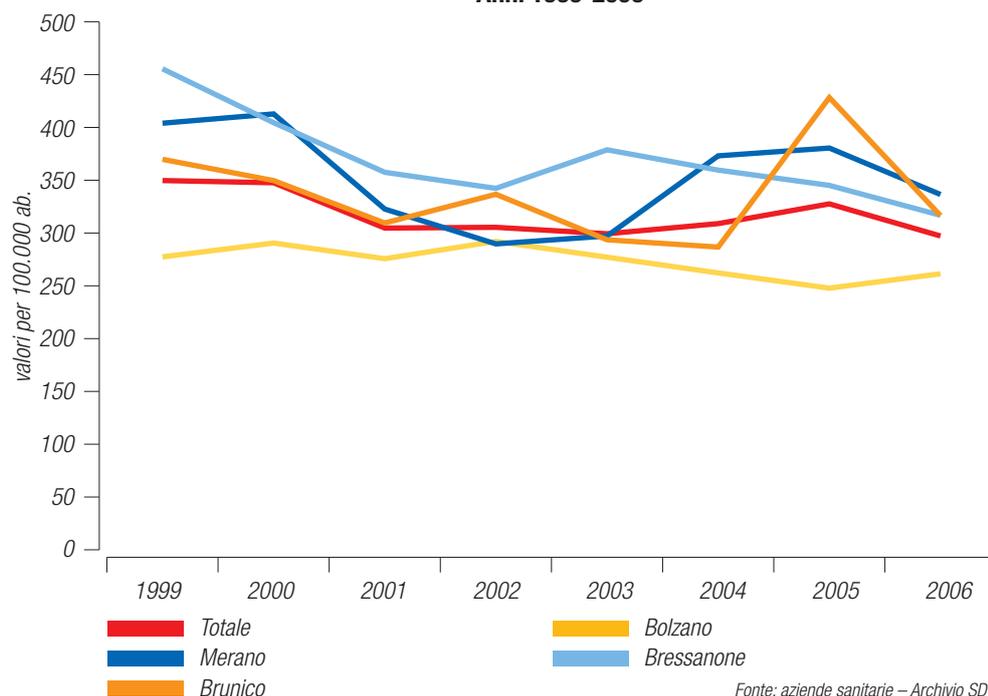
Il numero di dimessi da ospedali provinciali con diagnosi alcol-correlate è stato rilevato attraverso la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). In particolare, sono stati utilizzati i codici ICD-IX 291 (psicosi alcoliche), 303 (sindrome di dipendenza da alcol), 305.0 (abuso di alcol), 357.5 (polineuropatia alcolica), 425.5 (miocardiopatia alcolica), 535.3 (gastrite alcolica), 571.0-571.3 (fegato grasso alcolico, epatite acuta alcolica e cirrosi alcolica del fegato), 790.3 (eccessivo tasso di alcol nel sangue) e 977.3 (avvelenamento da antagonisti dell'alcol).

Sono state considerate sia le diagnosi principali che quelle secondarie.

I dimessi con diagnosi di intossicazione alcolica dagli istituti di cura provinciali nel 2006 sono stati 1.437, pari ad un tasso di 297,2 ogni 100.000 abitanti. Il fenomeno è in tendenziale diminuzione a livello provinciale, con modalità differente tra le quattro aziende sanitarie. Il valore più elevato nel 2006 è stato riscontrato per l'Azienda Sanitaria di Merano (336,5 per 100.000), quello più basso per l'Azienda Sanitaria di Bolzano (261,4 per 100.000).

DIMISSIONI OSPEDALIERE ALCOL-CORRELATE

Figura 13: Dimessi da ospedali provinciali per cause alcol-correlate per Azienda Sanitaria - Anni 1999-2006



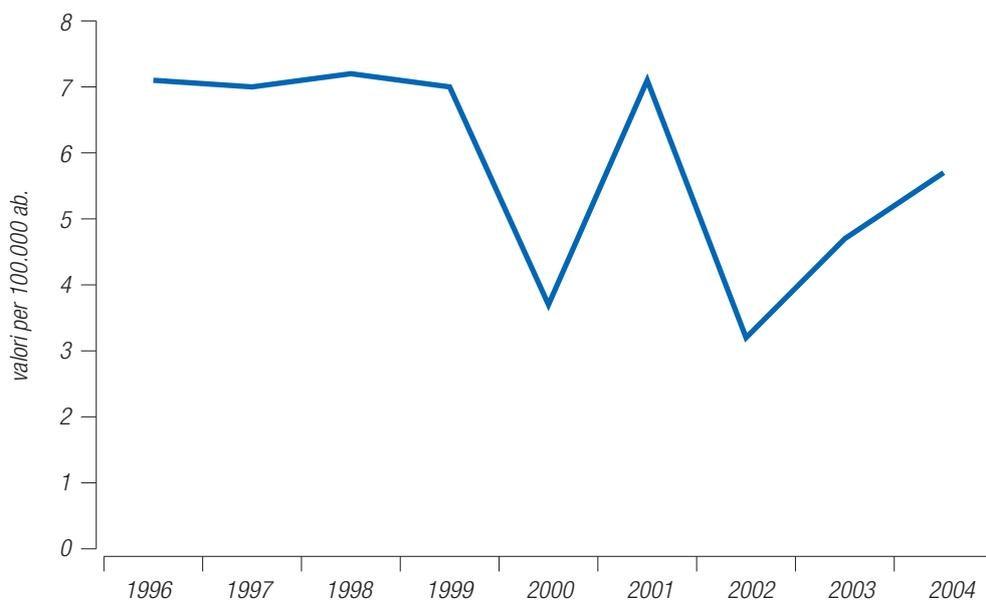
**MORTALITÀ
ALCOL-CORRELATA**

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

Per la stima dei decessi direttamente alcol-correlati in provincia di Bolzano sono stati utilizzati i codici ICD-IX 291 (psicosi alcoliche), 303 (sindrome di dipendenza dall'alcol), 305.0 (abuso di alcol), 357.5 (polineuropatia alcolica), 425.5 (miocardiopatia alcolica), 535.3 (gastrite alcolica), 571.0-571.3 (fegato grasso alcolico, 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 stati 27 i decessi alcol correlati rilevati nel 2004. Dopo una sostanziale stabilità fino al 1999, il fenomeno, pur presentando un andamento altalenante, appare ora tendenzialmente in diminuzione, con un tasso di mortalità pari a 5,7 per 100.000 nel 2004.

Figura 14: **Mortalità per cause alcol-correlate - Anni 1996-2004**



Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

**DOMANDA DI
TRATTAMENTO**

L'assistenza territoriale agli alcoldependenti in provincia è assicurata dai SerD 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 2006 sono state assistite dai SerD provinciali 2.060 persone per problemi di alcoldipendenza, e di queste 1.283 sono state prese in carico (pari al 62,3% dei soggetti assistiti). I soggetti appoggiati, temporaneamente assistiti dai servizi, sono stati 36 pari all'1,7%, mentre 741 sono stati gli utenti non titolari di un trattamento assistiti dai servizi (pari al 36,0% degli assistiti).

L'associazione privata Hands ha assistito complessivamente 1.019 persone, 885 delle quali (pari all'86,8%) assunte formalmente in carico nel corso dell'anno. Il Centro di consulenza psicosociale Caritas Silandro ha inoltre assistito 196 utenti, tra cui 151 utenti in carico (77,0%).

Le persone prese in carico nel corso dell'anno, sia dai servizi per le alcoldipendenze, sia dall'associazione Hands, sono state 218.

Complessivamente, i diversi utenti presi in carico nell'anno in provincia sono stati 2.129, per una corrispondente prevalenza intervallare di 4,4 utenti ogni 1.000 abitanti, con oscillazioni da 3,4 per 1.000 per l'Azienda Sanitaria di Bolzano a 7,1 per 1.000 per quella di Brunico, con un leggero aumento rispetto agli ultimi tre anni.

La distribuzione per età degli alcoldipendenti in carico ai SerD ed alle associazioni Hands e Caritas Silandro vede prevalere, per entrambi i generi, la fascia di età tra 40 e 49 anni (29,5% del totale), con un'età media di 48,7 anni per gli uomini e di 50,7 anni per le donne. Il 65,9% degli utenti in carico è di genere maschile.

Presso le comunità terapeutiche provinciali Bad Bachgart e Hands sono stati accolti nell'anno complessivamente 193 utenti in carico, con un consumo complessivo di 12.774 giornate di degenza (mediamente 48,6 per utente a Bad Bachgart e 115,3 presso la comunità Hands).

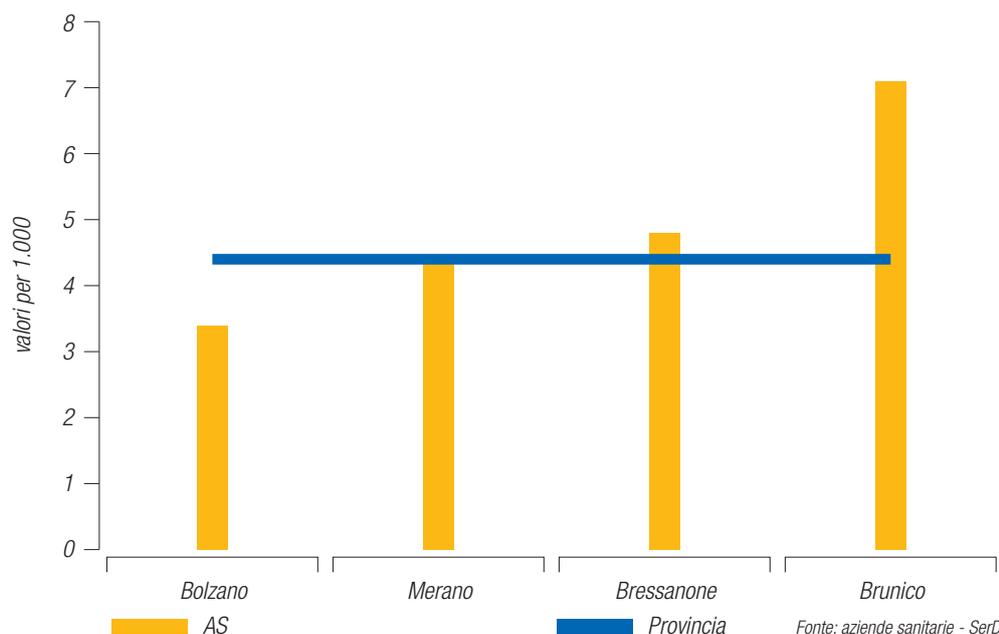
Risulta inoltre l'invio di 32 alcoldipendenti in strutture austriache, con un consumo di 3.301 giornate di degenza.

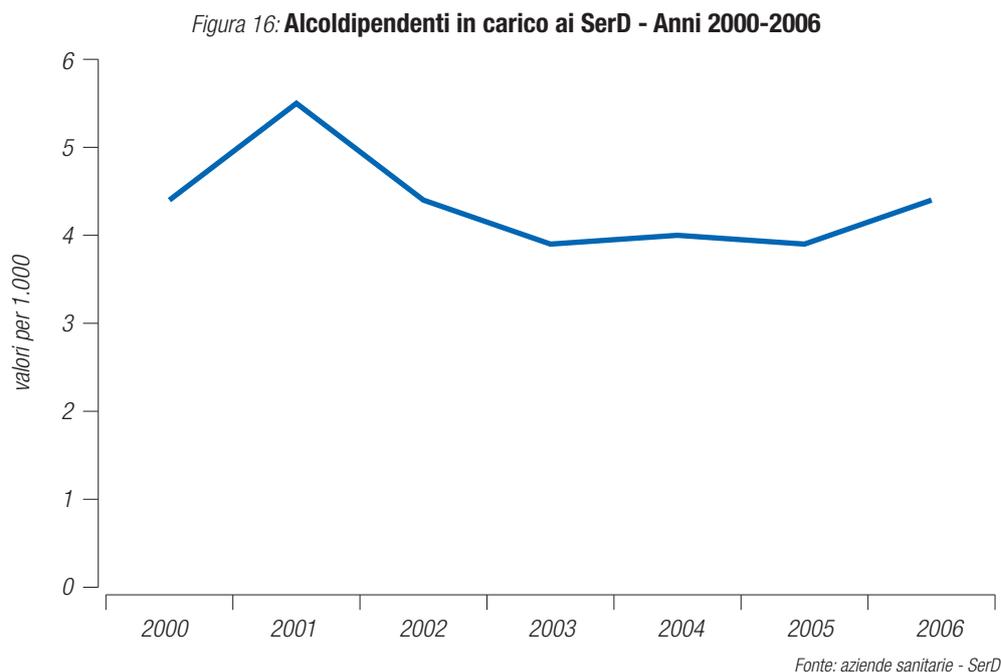
Tabella 6: **Alcoldipendenti assistiti per SerD di residenza - Anno 2006**

	Utenti in carico ad un SerD, Hands o Caritas	Utenti in carico alla CT Bad Bachgart	Utenti in carico alla CT Hands
Bolzano	727	43	34
Merano	550	50	2
Bressanone	332	30	6
Brunico	520	25	3
TOTALE	2.129	148	45

Fonte: aziende sanitarie - SerD

Figura 15: **Alcoldipendenti in carico ai SerD - Anno 2006**





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, a livello internazionale emergerebbe una associazione tra l'esposizione a campi magnetici a bassa frequenza e leucemie infantili.

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

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

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

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

Si stima attribuibile al radon una quota tra il 5% ed il 20% dei tumori al polmone. La maggiore concentrazione di radon in provincia si rileva nell'Alta Val Venosta, nelle zone di Fortezza e Luson, nell'Alta Val Pusteria.

Circa il 15% delle abitazioni poste al piano terreno è esposta a concentrazioni di

radon superiori alla soglia limite stabilita a livello europeo.

I laghi provinciali controllati risultano idonei alla balneazione.

I maggiori problemi di inquinamento dei fiumi provinciali sono dovuti alle 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. Una evidenza importante degli effetti a lungo termine dell'inquinamento di tipo urbano, ovvero della mistura di particolato sospeso (TSP) e biossido di zolfo (SO₂), è rappresentata dall'eccesso del 46% dell'incidenza di tumori polmonari tra gli uomini che vivevano nelle aree inquinate della città di Cracovia. In questa città la media annuale dei livelli di fumi neri era superiore a 150 µg/m³ e i livelli di SO₂ erano superiori a 104 µg/m³. Queste concentrazioni erano state presenti per parecchi anni prima della registrazione dei casi di tumore. (Jedrychowski et al., 1990).

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

Molti studi condotti in diverse città degli Stati Uniti e in Germania (con livelli medi di concentrazione del PM₁₀ tra 40 e 60 µg/m³), hanno evidenziato un aumento tra l'1% ed il 2% della mortalità giornaliera complessiva correlato ad un incremento di 10 µg/m³ delle PM₁₀. L'aumento era maggiore per le cause respiratorie (3-4%).

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

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

**EFFETTI SULLA SALUTE
DEI PRINCIPALI
INQUINANTI DELL'ARIA**

PARTICOLATO (PM₁₀)

**UNO STUDIO IN OTTO
CITTÀ ITALIANE**

**UNO STUDIO IN TREDICI
CITTÀ ITALIANE**

**INQUINAMENTO IN
PROVINCIA DI BOLZANO**

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

È risultato che circa il 4,7% del totale dei decessi (escluse le cause violente) è imputabile ad un eccesso di concentrazione delle PM10 (oltre 30 µg/m3), 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 µg/m3 per diverse cause e gruppi a rischio**

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

Fonte: OMS

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

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

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

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

Gli inquinanti atmosferici maggiormente diffusi sono le polveri fini (PM10), il biossido di azoto (NO2), il benzene e l'ozono (O3).

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

È in diminuzione la concentrazione di benzene, pur essendoci localmente ancora situazioni di concentrazione leggermente superiori al valore limite, grazie soprattutto alla catalizzazione dei veicoli a benzina.

Nel corso del 2006 sono state condotte delle serie di rilevamenti del benzene in alcuni siti delle maggiori città della provincia. Nella città di Bolzano la concentrazione media annua più elevata è stata pari a $4,7 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$ per i siti rappresentativi dei valori di fondo, e di $6,1$ per i valori di punta (incroci e strade altamente trafficati). A Merano le concentrazioni medie più elevate sono stati di $4,2 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$ per i valori di fondo e di $6,8$ per i valori di punta. I valori medi rilevati a Bressanone sono stati rispettivamente di $4,5$ e $6,1 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$, mentre a Brunico, sia per i valori di fondo che per quelli di punta, la media massima è stata di $4,3 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$. Non si sono rilevati quindi superamenti dei valori limite di $10 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$ (soglia in vigore fino al 2009) mentre, eccetto che a Brunico, e nei valori di punta, si sono superati i $5 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$ (soglia in vigore a partire dal 2010).

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

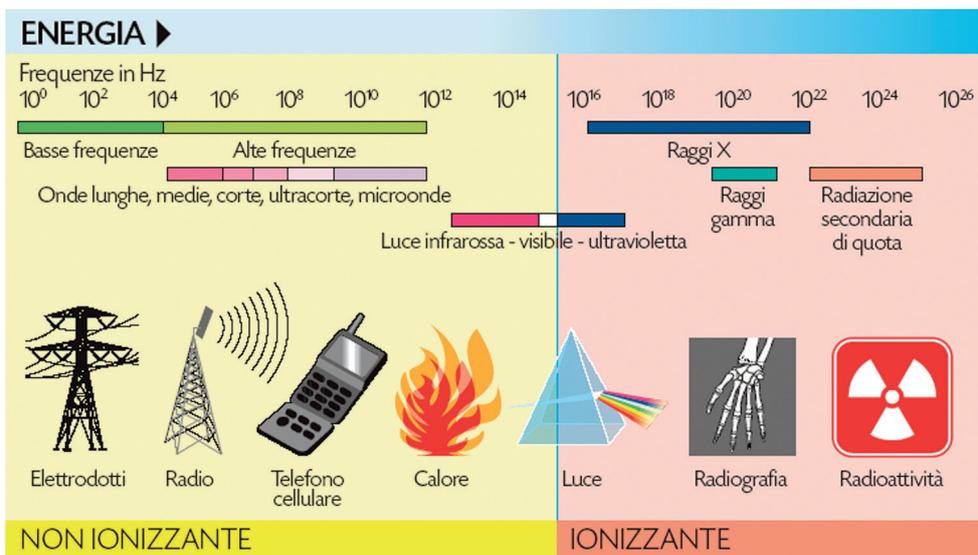
2.3.2. Onde elettromagnetiche

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 17: Lo spettro elettromagnetico



Fonte: Agenzia Provinciale per l'Ambiente

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

CAMPI ELF

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

RADIOFREQUENZE

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

Gi studi fin qui condotti sull'associazione tra esposizione a radiofrequenze ed insorgenza di leucemie non hanno prodotto risultati chiari ed univoci. Un primo studio statunitense condotto sulla popolazione di Oahu, nelle Hawaii, che aveva la residenza entro un raggio di 4 km da una potente fonte di emissione di radiofrequenze non ha evidenziato rischi statisticamente significativi di leucemie infantili dovute all'esposizione.

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 dal laboratorio provinciale di Chimica fisica dell'APPA.

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

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

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

2.3.3. Radioattività

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.

SITUAZIONE IN
PROVINCIA DI BOLZANO

CONSEGUENZE PER LA
SALUTE

ATTIVITÀ DI CONTROLLO
IN PROVINCIA

Le stazioni di misura della radioattività si trovano a Bolzano, Brunico, Laces, Salorno, Vipiteno.

2.3.4. Radon

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

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

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

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

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

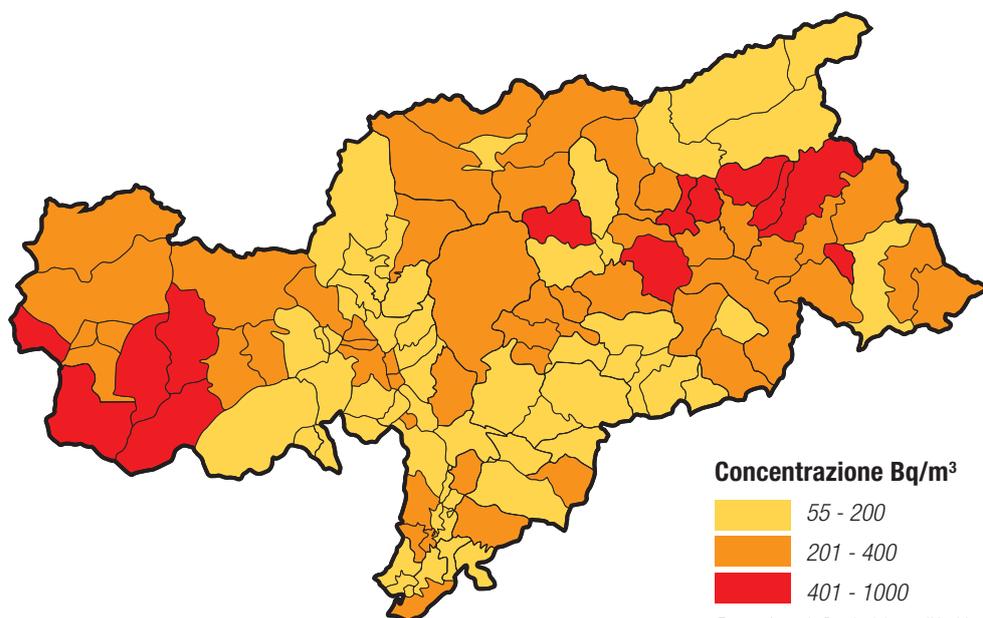
Considerando che le concentrazioni di radon in inverno sono mediamente in misura doppia rispetto all'estate, si ha per tutto l'Alto Adige una concentrazione media di circa 170 Becquerel (Bq)/m³ (per le abitazioni al piano terra). In base agli studi fino ad ora eseguiti in Italia la media nazionale è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

L'85,4% dei controlli nelle abitazioni al piano terreno ha fatto rilevare una concentrazione di radon inferiore alla soglia consigliata dall'Unione Europea pari a 400 Bq/m³.

Nell'11,0% dei casi i valori misurati erano compresi tra 400 e 1.000 Bq/m³, mentre nel 3,6% si avevano valori superiori a 1.000.

IL RADON IN PROVINCIA

Figura 18: 75° percentile di concentrazione del radon per comune della provincia di Bolzano - Anno 2003



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 giugno del 2007 tutti i laghi considerati risultavano idonei alla balneazione.

Le condizioni critiche dei laghi di S. Valentino alla Muta e del Lago di Costalovara sono dovute all'immissione parziale di acque di scarico o alle condizioni non sufficientemente buone dei loro affluenti. I laghi di Monticolo devono il loro alto contenuto di nutrienti all'intenso sfruttamento antropico, ma anche alle loro caratteristiche idrografiche (scarso ricambio). Il Lago di Caldaro, il più esteso della provincia con i suoi 140 ettari, presentava un alto contenuto di nutrienti fino al 1979; da allora con il risanamento dell'affluente le concentrazioni del fosforo sono nettamente diminuite.

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: Agenzia Provinciale per l'Ambiente

I risultati sulla qualità biologica delle acque correnti, riferiti al periodo d'indagine 2002-2006, sono evidenziati nella cartina.

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

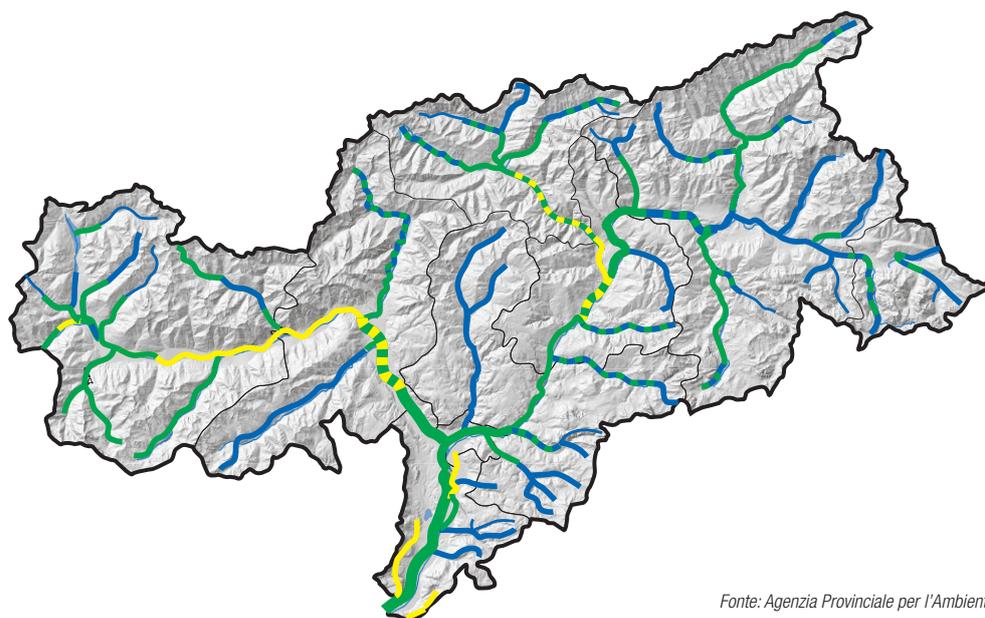
Per l'Isarco si riscontra la situazione peggiore tra Mezzaselva e Ponte Gardena, mentre nei restanti tratti mantiene un punteggio di seconda classe. Il miglioramento delle acque per il fiume è stato conseguito dopo l'attivazione del depuratore di Campo di Trens, mentre la situazione rimane critica, a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

La Rienza è caratterizzata da tratti ad inquinamento modesto nella sua parte alta mentre

tra Dobbiaco e Villabassa risultano evidenti gli effetti dell'inquinamento. Tra Monguelfo e Brunico il fiume non è inquinato mentre a partire da Chienes si ha un nuovo peggioramento della situazione che diventa di inquinamento moderato a Bressanone. Questo 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 19: **Qualità biologica delle acque correnti - Anni 2002-2006**



Fonte: Agenzia Provinciale per l'Ambiente

- 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

2.4. DISUGUAGLIANZE SOCIALI

Diversi studi italiani hanno dimostrato che la povertà è associata a maggiore mortalità infantile, maggiore morbilità, stili di vita dannosi, maggiore esposizione a fattori di rischio ambientali.

L'incidenza di famiglie povere in provincia nel 2005 è pari al 4,0%.

Il 2,5% delle famiglie altoatesine giudica nel 2005 ottime le proprie risorse economiche, il 69,8% adeguate, il 27,7% scarse o insufficienti.

Il 30% delle famiglie ritiene peggiorata nel 2005 la propria condizione economica.

2.4.1. Disuguaglianze sociali e condizioni di salute

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

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

L'appartenenza a ceti sociali di livello medio basso è associata ad una maggiore frequenza di obesità ed ipercolesterolemia. Vi è inoltre una maggiore 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 tumore 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 soggetti 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 è 2,6 volte più elevato che nei ceti più agiati.

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

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

2.4.2. Condizione economica delle famiglie

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

La spesa media mensile per persona viene indicata per rappresentare la soglia di povertà per una famiglia di due componenti e corrisponde, nel 2005, a 936,58 euro al mese (+1,8% rispetto alla linea del 2004). Le famiglie, composte da due persone, la cui spesa media mensile è pari o inferiore a tale valore, vengono quindi classificate come povere. Per famiglie di ampiezza diversa il valore della linea si ottiene applicando una opportuna scala di equivalenza che tiene conto delle economie di scala realizzabili all'aumentare del numero di componenti.

Nel 2005 la stima dell'incidenza di povertà relativa (la percentuale di famiglie povere) è risultata pari all'11,1%.

L'incidenza della povertà relativa è minore al Nord (4,5%) ed al Centro (6,0%), mentre è molto elevata al Sud (24,0%). L'incidenza in provincia di Bolzano è pari al 4,0%, superiore solo a quella della Lombardia (3,7%).

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

BIBLIOGRAFIA

- Regione Piemonte. *La Salute in Piemonte, 2000.*
 Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. *Rapporto Osservasalute, 2005.*
 Commissione Europea. *Sanità Pubblica.*
 URL: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/healthdeterminants_it.htm
 Regione Emilia Romagna. *Agenzia Sanitaria Regionale.*
 URL: http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/pps/area_pps/determinanti_salute.html
 Ministero della Salute. *Relazione sullo stato sanitario del Paese, 2001-2002.*
 Provincia di Torino. *Relazione sullo stato di salute nella provincia di Torino, 2001.*
 Krieger N.. *A glossary for social epidemiology. J Epidemiol Community Health 2001;55:693-700*
 Cardano M., Costa G., Demarca M., Merler E., Biggeri A.. *Le disuguaglianze di mortalità negli studi longitudinali italiani. In Epidemiologia e Prevenzione 1999;23:133-240*
 Rapiti E., Perucci C.A., Agabiti N. et al. *Disuguaglianze socioeconomiche nell'efficacia dei trattamenti sanitari. In Epidemiologia e Prevenzione 1999;23:133-240*
 Matera E., Spadea T., Rossi L. et al.. *Disuguaglianze nell'assistenza sanitaria: ospedalizzazione e posizione socioeconomica a Roma. In Epidemiologia e Prevenzione 1999;23:133-240*
 ISTAT. *Stili di vita e condizioni di salute, 2005.*
 ASTAT. *Raccolta di tabelle. Multiscopo sulle famiglie, 2005.*
 ASTAT. *Quadro sociale della provincial di Bolzano, 2004.*
 ASTAT. *Quadro sociale della provincial di Bolzano, 1998.*
 ASTAT. *Stili alimentari. ASTATInfo nr. 29/2004*
 ASTAT. *Abitudini alimentari per indice di massa corporea 206. ASTATInfo 15/2007*
 Epicentro – Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza, Promozione della Salute
 URL: <http://www.epicentro.iss.it/default.htm>
 ISTAT. *I consumi delle famiglie, 2005.*
 ASTAT. *Annuario Statistico della provincia di Bolzano, 2004.*

ASTAT. *Organizzazioni sportive in provincia di Bolzano, 2003.*

Doxa. *Il fumo in Italia.* URL: <http://www.iss.it/sitp/ofad/fumo/fpdf/0021.pdf>

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, 2003.*

ISTAT. *Statistiche in breve. I fumatori in Italia, dicembre 2004-marzo 2005.*

OEDT. *Relazione annuale 2004.*

WHO. *Alcohol in the European Region – consumption, harm and policies, 2001.*

ISTAT *I consumi delle famiglie 2006.*

WHO. *Drinking among young Europeans, 2001.*

ASTAT. *Situazione reddituale e patrimoniale delle famiglie in provincia di Bolzano, 2003-2004.*

Unione Europea. *Povertà ed esclusione sociale in Italia. Allegato al NAP/inc 2003.*

Provincia Autonoma di Bolzano. *Agenzia Provinciale per l'Ambiente. Assessorato alla Sanità. Le onde elettromagnetiche e la nostra salute.*

Agenzia Regionale per la Prevenzione e Protezione Ambientale del Veneto.
URL: http://www.arpa.veneto.it/salute/htm/inquinamento_at.asp
URL: http://www.arpa.veneto.it/agenti_fisici/htm/radioattivita_salute.asp

Comune di Torino. URL: http://www.comune.torino.it/ambiente/inquinamento/aria_salute.html

Agenzia Provinciale per l'Ambiente. URL: http://www.provincia.bz.it/agenzia-ambiente/index_i.asp

Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale Piemonte. URL:
<http://www.arpa.piemonte.it/index.php>

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

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

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

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

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

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

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

ISTAT. *Statistiche in breve, La povertà relativa in Italia nel 2004.*

ISTAT. *L'uso e abuso d'alcol in Italia. Anno 2006*

ISTAT. *Reddito e condizioni di vita nel 2005.*

ISTAT. *I consumi delle famiglie. Anno 2006*

ISTAT. *La pratica sportiva in Italia. Anno 2006*

ISTAT. *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005*

ISTAT. *Reddito e condizioni economiche in Italia. Anni 2004-2005*

ISTAT. *La povertà relativa in Italia nel 2005.*

3. CONDIZIONI DI SALUTE

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

Il 79,9% delle persone ritiene di essere in buona salute.

Il 28,0% della popolazione dichiara di soffrire di almeno una malattia cronica.

La patologia più frequente tra i casi di morte per malattie del sistema circolatorio nel triennio 2002-2004 è stata stata la malattia ischemica del cuore (126,3 per 100.000 tra i maschi e 120,2 per 100.000 tra le femmine).

La prevalenza di cardiopatie nel 2006 è pari a 67,4 casi per 1.000 abitanti.

La prevalenza di vasculopatie è pari al 12,3 per 1.000.

La prevalenza di broncopatie croniche nella popolazione è pari a 28,7 casi per 1.000.

La malattia infettiva più notificata nel 2006 è stata la varicella (372,9 casi per 100.000 abitanti).

L'incidenza dei casi di AIDS nel 2005 è stata pari a 2,1 per 100.000.

Nel 2006 sono state assistite dai Centri di Salute Mentale 8.442 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 2006 sono morte 53 persone in incidenti stradali e 1.641 sono rimaste infortunate.

Nel 2006 sono stati comunicati complessivamente 17.544 infortuni sul lavoro, 12 dei quali mortali.

3.1. SALUTE PERCEPITA E SALUTE MISURATA

dall'indagine periodica "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari", condotta a livello nazionale dall'ISTAT ed in provincia di Bolzano dall'ASTAT.

La popolazione di 14 anni e più che dichiara buone condizioni di salute nel 2005 è pari al 78,4% in provincia ed al 61,3% a livello nazionale. Con riferimento alla popolazione a partire da 65 anni di età si considera in buona salute il 41,3% della popolazione locale ed il 21,3% di quella nazionale. È pari al 3,5% la proporzione in provincia di coloro che si considerano in cattive condizioni di salute nella popolazione a partire da 14 anni (6,7% in Italia), ed al 12,1% della popolazione a partire da 65 anni (20,3% in Italia).

L'indice di stato fisico è pari al 51,3% per la popolazione di 14 anni e più (50,4% la me-

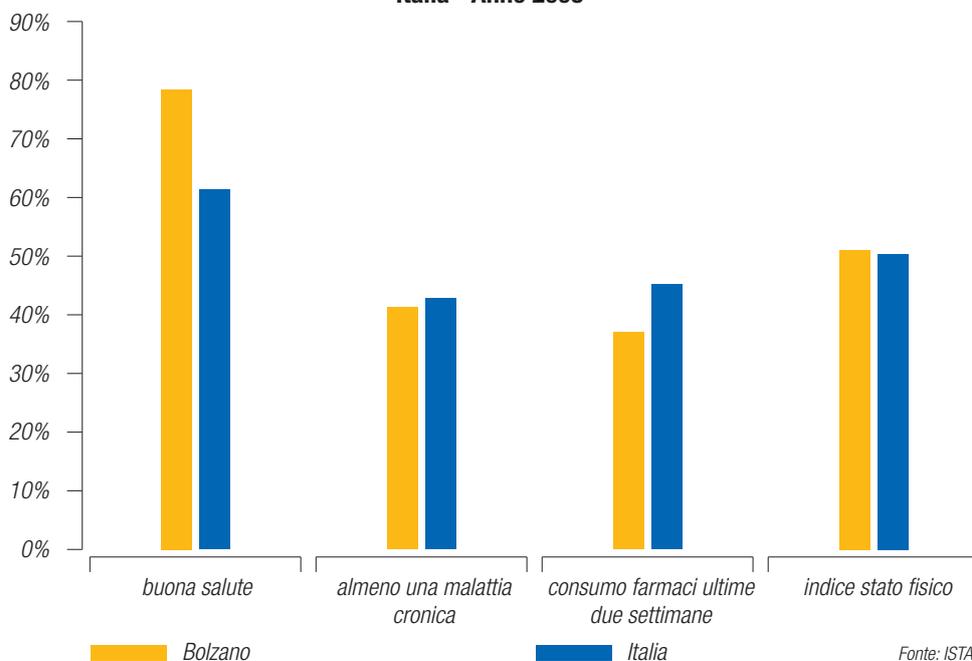
dia nazionale) ed al 43,3% per la popolazione a partire da 65 anni (42,0% la media nazionale).

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

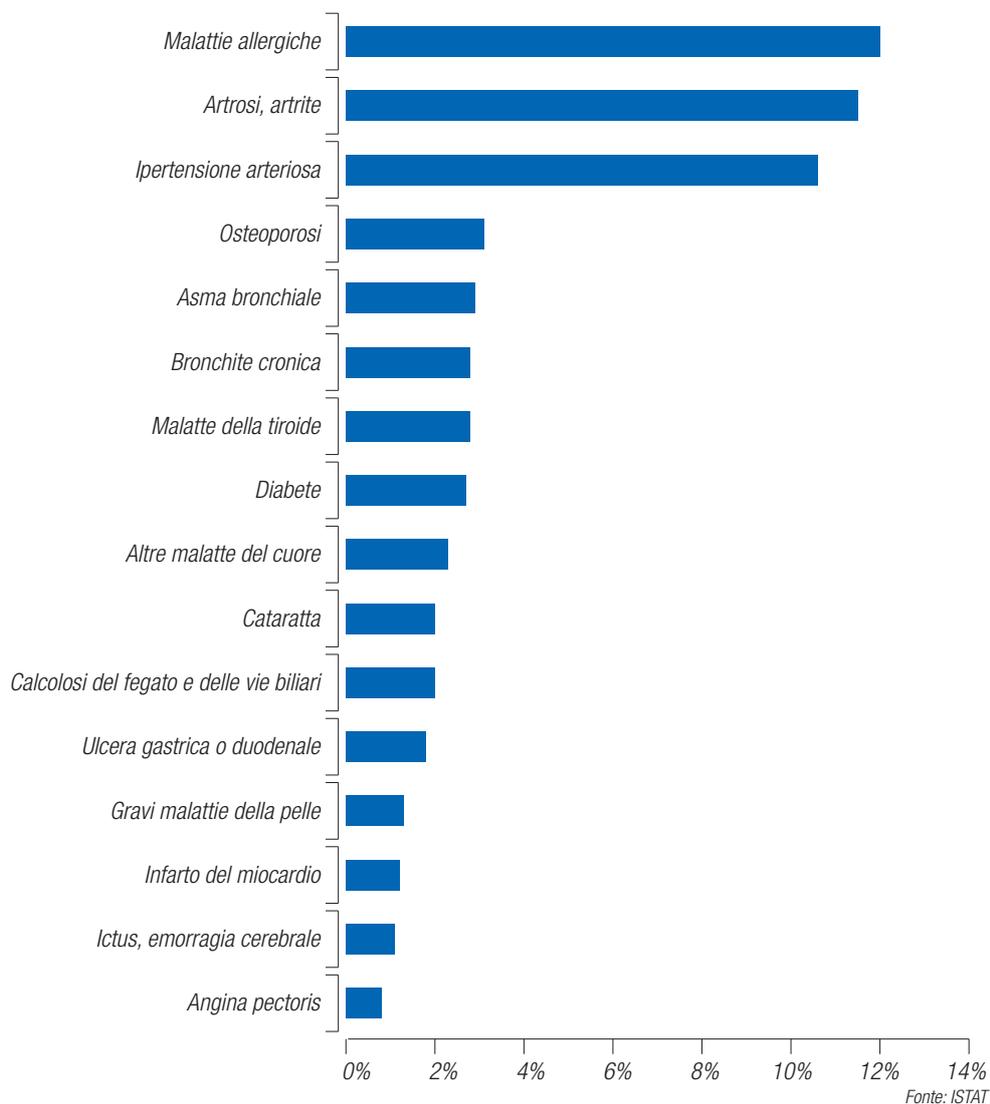
Dichiara di soffrire di almeno una malattia cronica il 41,3% della popolazione a fronte di un dato nazionale del 42,8%. Il 10,1% della popolazione dichiara di soffrire di almeno una malattia cronica grave (13,1% la media nazionale).

Il 37,0% della popolazione ha fatto ricorso ad un farmaco nelle due settimane precedenti l'intervista (45,2% in Italia).

Figura 1: Indicatori di stato di salute dichiarato dalla popolazione. Provincia di Bolzano ed Italia - Anno 2005



Tra le malattie croniche maggiormente indicate sono presenti le malattie allergiche (12,0%), l'artrosi e l'artrite (11,5%) e l'ipertensione (10,6%).

Figura 2: **Malattie croniche dichiarate - Anno 2005**

3.2. MAPPATURA DELLE PATOLOGIE CRONICHE

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

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

LO STUDIO

**AGGIORNAMENTO
DEI DATI**

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

I dati dello studio, che vengono presentati in questa relazione sanitaria, oltre che essere solo una minima parte dei molteplici risultati emersi dal progetto, si riferiscono all'anno 2006. Vista la natura sperimentale del progetto, che nel corso degli ultimi due anni ha visto l'implementazione di alcune modifiche agli algoritmi di calcolo per il miglioramento della qualità delle informazioni prodotte, i dati attuali non sono confrontabili con quelli degli anni precedenti.

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

FORUM PA

L'Osservatorio Epidemiologico della Provincia Autonoma di Bolzano con il progetto “Mappatura delle patologie croniche” ha vinto il primo Premio salute 2007 del Forum PA 2007, la Fiera della pubblica amministrazione che si è svolta a Roma dal 21 al 25 maggio 2007. Il premio è stato assegnato con la motivazione che il progetto (scelto fra 150 progetti nazionali) valorizza le banche dati già a disposizione, estrapolando informazioni utili per l'analisi dei bisogni sanitari presenti in una popolazione, l'identificazione dei fattori di rischio, per la programmazione dei piani preventivi e per il monitoraggio della spesa sanitaria.

Le malattie croniche si manifestano maggiormente in età anziana, quindi sicuramente esiste una correlazione tra età media della popolazione e prevalenza di malati cronici. La popolazione altoatesina assistibile¹ è una popolazione giovane, con un'età media per il 2006 pari a 40,3 anni e un indice di vecchiaia pari a 105,5 (ovvero ogni 100 giovani ci sono 105 anziani). A livello di aziende sanitarie però, quella di Bolzano presenta una struttura demografica più anziana con un indice di vecchiaia pari a 122,1 mentre la più giovane è Brunico con 83,0 anziani ogni 100 giovani.

RISULTATI PRINCIPALI

Tabella 1: **Popolazione assistibile e malati cronici in provincia di Bolzano – Anno 2006**

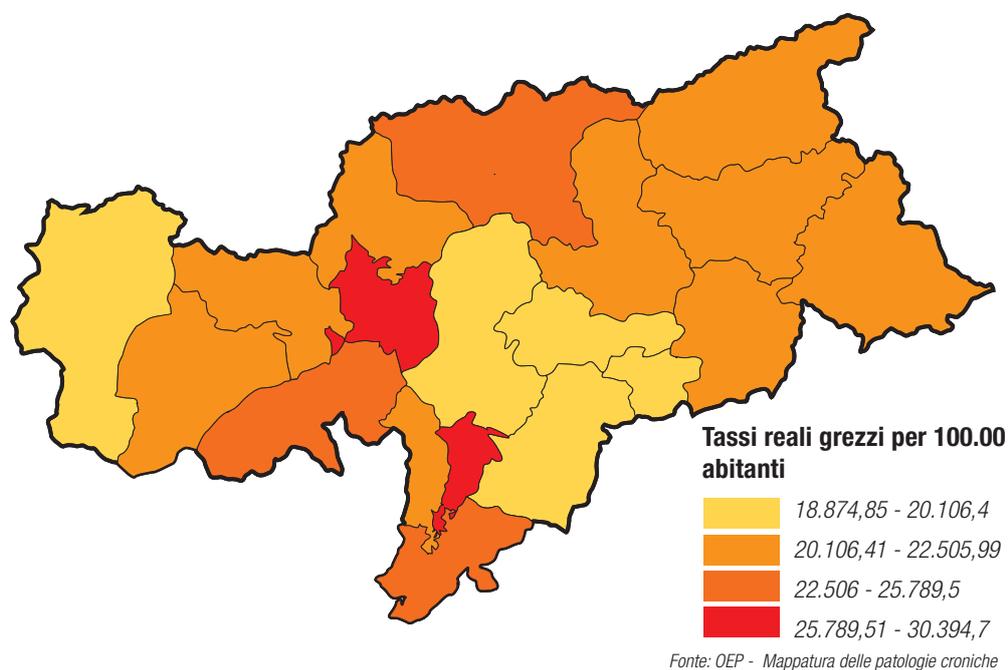
Azienda Sanitaria	Popolazione assistibile	Età media della popolazione assistibile	Indice di vecchiaia	Malati cronici	% malati cronici	Tassi STD di malati cronici (x 100.000)	Età media malati cronici
Bolzano	218.755	41,6	122,1	56.533	25,8	19.649,62	62,9
Merano	126.618	40,2	105,8	30.374	24,0	19.399,28	62,5
Bressanone	69.731	38,4	84,0	15.229	21,8	19.179,62	61,0
Brunico	73.699	38,3	83,0	15.922	21,6	19.053,81	60,9
TOTALE	488.803	40,3	105,5	118.058	24,1	19.429,70	62,3

Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

La provincia di Bolzano, nel corso del 2006, ha registrato 488.803 persone assistibili. Di questi il 24,1% (pari a 118.058 persone assistibili) è malato cronico con un'età media pari a 62,3 anni. Differenziando per azienda sanitaria, nel rispetto della struttura demografica della popolazione, l'Azienda di Bolzano ha una percentuale di cronici sul totale dei suoi assistibili maggiore (25,8%), mentre Brunico ha la quota minore (21,6%).

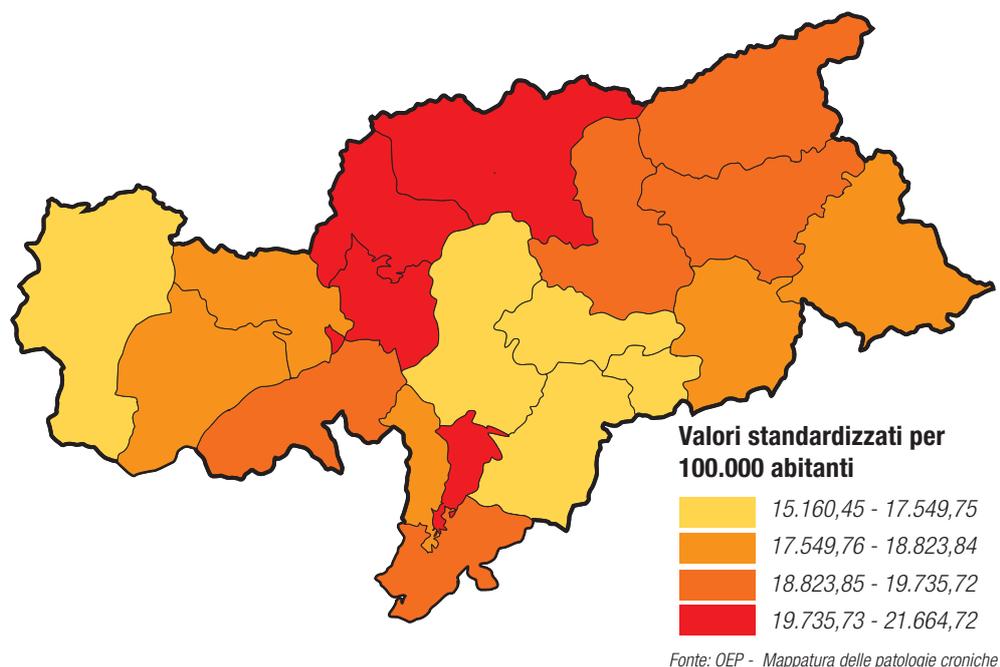
¹ Per popolazione assistibile in questo studio si intendono tutti gli iscritti ad una delle quattro aziende sanitarie, residenti, non residenti, nati, deceduti e trasferiti nel corso dell'anno di rilevazione.

Figura 3: Prevalenza malati cronici in provincia di Bolzano – Anno 2006



Se si analizzano i tassi standardizzati di malati cronici (che si differenziano dai tassi reali grezzi in quanto, annullando l'effetto dovuto alla struttura demografica della popolazione di riferimento, permettono di confrontare una maggiore o minore propensione della popolazione ad ammalarsi, tenendo però sempre presente la possibilità di comportamenti differenti nelle diagnosi da parte dei singoli medici), emerge come distretti rurali quali quelli di Laives-Bronzolo-Vadena, della Val Passiria e dell'Alta Val d'Isarco registrano inaspettatamente stime di malati cronici molto simili ai due distretti urbani di Bolzano e Merano.

Figura 4: Malati cronici in provincia di Bolzano, tassi standardizzati – Anno 2006



CRONICITÀ

Oltre 13 persone ogni 100 in Alto Adige sono affette da ipertensione (13,1% della popolazione assistibile con una età media di 68,9 anni); seguono i cardiopatici, 6,7% con età media pari a 72,8 anni e i soggetti portatori di neoplasia, 4,0% con età media di 66,7 anni.

Tabella 2: **Cronicità per azienda sanitaria di assistenza in provincia di Bolzano – Anno 2006**
Valori standardizzati per 100.000 abitanti

Cronicità	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale provincia
Portatori di trapianto	100,5	90,3	106,8	71,7	95,3
Insufficienza renale	400,8	356,7	431,4	412,8	396,8
HIV e AIDS	79,5	39,3	35,6	20,9	54,0
Neoplastici	3.055,0	3.046,8	3.042,0	2.809,4	3.016,3
Diabete	2.525,6	2.520,5	2.544,5	2.017,5	2.455,8
Ipertensione	10.035,7	9.249,6	10.100,8	9.059,2	9.718,8
Cardiopatìa	4.077,1	4.800,9	4.631,6	4.789,8	4.427,5
Vasculopatia	895,3	881,0	751,2	909,4	875,8
Broncopneumopatia	2.761,6	2.352,3	2.087,1	1.980,5	2.442,5
Epato-Enteropatia	830,8	792,5	627,9	443,5	734,8
MRGE	637,9	701,1	767,6	517,1	654,8
Epilessia	583,4	736,1	685,4	773,8	664,0
Parkinson	382,2	469,5	657,0	447,2	451,0
Alzheimer	139,3	83,4	54,7	83,3	107,7
Sclerosi Multipla	118,7	135,4	100,3	93,7	116,7
Neuromielite ottica	0,0	0,8	0,0	0,0	0,2
Demenze	127,7	100,7	59,8	58,7	103,7
Artrite reumatoide	313,9	312,0	316,6	338,3	317,9
LES	68,0	44,2	71,8	46,0	59,4
Sclerosi Sistemica	24,1	15,9	21,6	21,7	21,4
Malattia di Sjörgen	33,1	17,1	17,2	8,6	23,5
Spondilite anchilosante	37,2	19,1	16,5	20,5	27,2
Miastenia gravis	12,0	11,9	11,0	7,7	11,2
Tiroidite di Hashimoto	688,7	254,8	150,1	180,2	426,3
Anemie emolitiche	4,5	13,7	9,6	7,4	7,9
Acromegalia	11,3	8,3	4,4	9,7	9,4
Diabete Insipto	6,7	4,9	15,3	8,9	7,8
Morbo di Addison	15,1	19,2	12,6	14,0	15,7
Iper-Ipparatiroidismo	29,4	26,5	17,3	47,3	29,6
Ipotiroidismo	2.310,6	3.199,1	2.501,9	3.203,2	2.681,1
Sindrome di Cushing	3,0	10,5	9,6	8,2	6,8
Morbo di Basedow	154,2	222,3	183,2	160,1	176,0
Nanismo ipofisario	54,1	18,1	45,6	31,3	39,2
Dislipidemie	2.516,7	3.212,9	1.734,2	2.872,1	2.646,4
Psicosi	653,1	706,3	1.179,6	1.677,9	888,8

Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

Standardizzando i tassi di prevalenza delle diverse cronicità, emerge una distribuzione non sempre omogenea tra le quattro aziende: l'analisi per singola malattia cronica indica che l'Azienda Sanitaria di Bolzano presenta soprattutto valori maggiori di assistiti affetti da broncopneumopatia e tiroidite di Hashimoto. Nell'azienda meranese si registra un rischio maggiore di malattie dislipidemiche. Nelle aziende di Bressanone e Brunico, invece, nelle quali mediamente emergono tassi più bassi, si trovano comunque valori più elevati per parkinson (Bressanone), malattie legate alla tiroide e psicosi (Brunico).

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

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.

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.

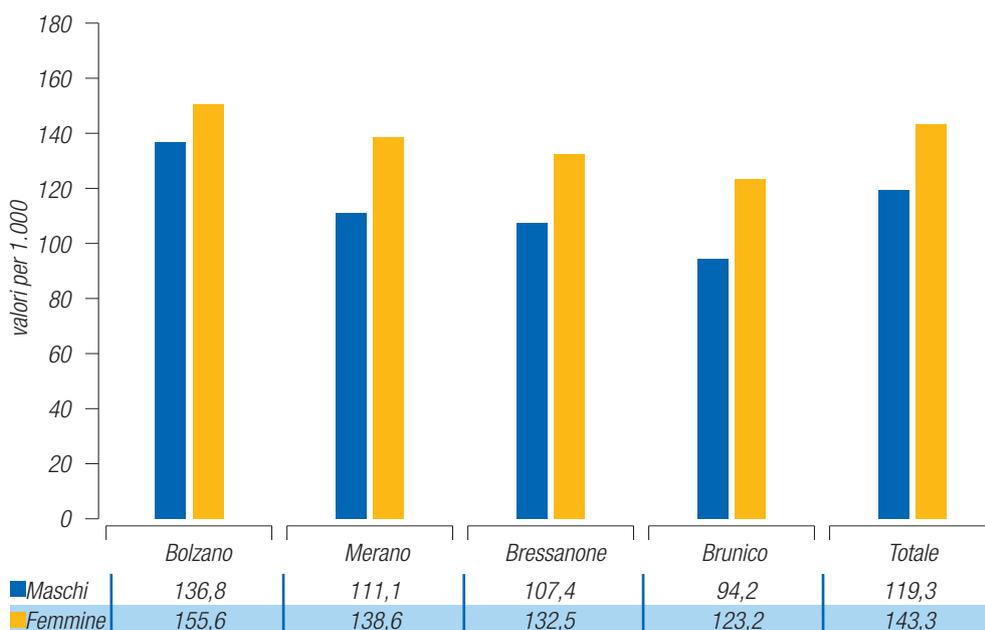
Dai dati dell'indagine Multiscopo del 2005, in Provincia di Bolzano la quota di ipertesi è pari all'10,6% (13,6% in Italia). Dall'Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari risulta una proporzione di ipertesi nella popolazione di età compresa tra 35 e 74 anni pari al 33% tra i maschi ed al 31% tra 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.

La prevalenza di ipertensione nel 2006 in provincia di Bolzano secondo il progetto di mappatura delle patologie croniche è pari a 131,5 casi per 1.000 abitanti (119,3 tra i maschi e 143,3 tra le femmine). La prevalenza è minore nell'Azienda Sanitaria di Brunico (108,7 per 1.000) e più elevata in quella di Bolzano (146,6 per 1.000).

FATTORI DI RISCHIO

IPERTENSIONE

Figura 5: Prevalenza di ipertensione per genere ed azienda sanitaria - Anno 2006



Fonte: OEP - Mappatura delle patologie croniche

DIMISSIONI OSPEDALIERE

La prevalenza delle cardiopatie è pari 67,4 per 1.000 (67,8 per 1.000 tra i maschi e 67,0 per 1.000 tra le femmine) mentre per le vasculopatie la prevalenza è del 12,3 per 1.000 (14,4 per 1.000 tra i maschi e 10,2 per 1.000 tra le femmine).

Le dimissioni nel 2005, di residenti in strutture provinciali con una malattia del sistema circolatorio come diagnosi principale, sono state complessivamente 10.162, con un tasso di ospedalizzazione nel 2006 pari a 2.208,9 per 100.000 tra i maschi ed a 1.997,2 per 100.000 tra le femmine. Le diagnosi più frequenti di ricovero sono state le aritmie cardiache (in 1.515 ricoveri) e lo scompenso cardiaco (in 1.468 ricoveri).

Tra le cause più frequenti di ricovero anche l'infarto miocardico acuto, con 422 ricoveri tra i maschi (48 in più rispetto al 2005) e 278 tra le femmine (15 in meno rispetto al 2005).

Tabella 3: **Ricoveri, decessi e tassi di ospedalizzazione e mortalità di residenti per sesso e malattia del sistema circolatorio - Anni 2004-2006**

	ricoveri 2006	tasso ospedali- zazione 2006 (x100.000)	decessi 2004	tasso mortalità 2002-04 (x 100.000)
MASCHI				
Reumatismo articolare acuto	-	-	-	-
Cardiopatie reumatiche croniche	7	2,9	-	0,3
Malattia ipertensiva	160	66,9	42	17,6
Malattie ischemiche del cuore	1.151	481,5	292	126,3
Malattie del criccolo polmonare	95	39,7	14	6,2
Altre malattie del cuore	1.794	750,5	122	52,3
Disturbi circolatori dell'encefalo	1.261	527,6	111	52,7
Malattie delle arterie	527	220,5	57	27,4
Malattie delle vene	285	119,2	5	2,3
TOTALE	5.280	2.208,9	643	285,0
FEMMINE				
Reumatismo articolare acuto	1	0,4	-	-
Cardiopatie reumatiche croniche	16	6,5	1	0,8
Malattia ipertensiva	263	107,6	109	41,8
Malattie ischemiche del cuore	690	282,3	298	120,2
Malattie del circolo polmonare	140	57,3	18	7,6
Altre malattie del cuore	1.685	689,3	218	88,7
Disturbi circolatori dell'encefalo	1.420	580,9	182	86,4
Malattie delle arterie	320	130,9	87	38,3
Malattie delle vene	347	142,0	7	4,4
TOTALE	4.882	1.997,2	920	388,2

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO, Registro Provinciale di Mortalità

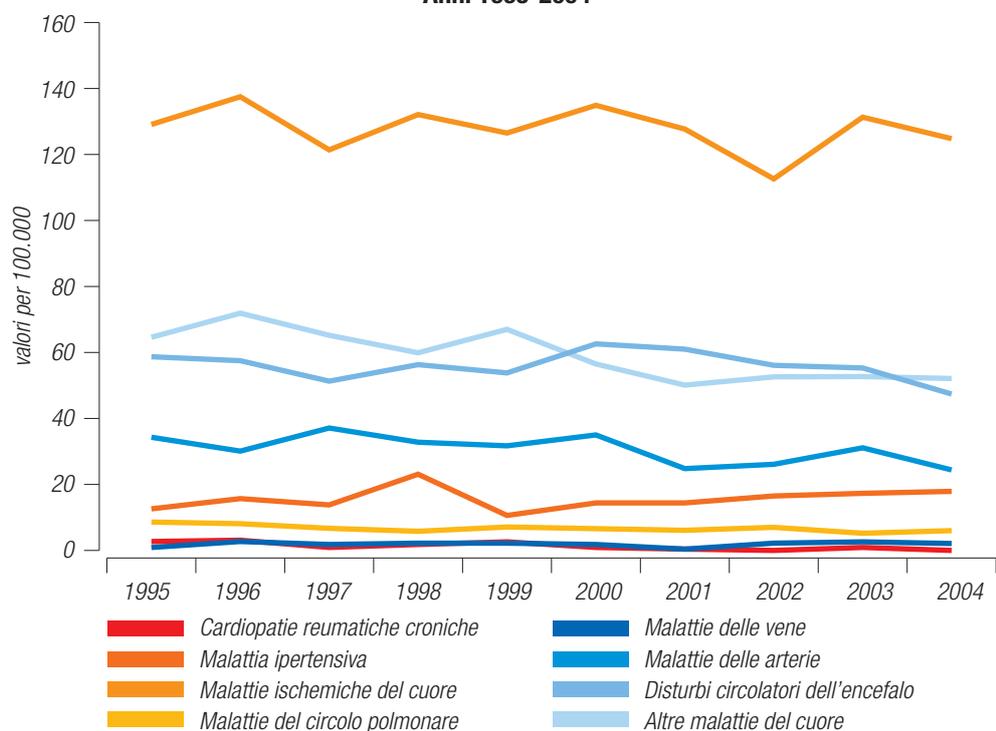
MORTALITÀ

La patologia più frequente tra le cause di morte per malattie del sistema circolatorio nel 2004 è rappresentata dalle malattie ischemiche del cuore (infarto, angina pectoris ed ischemie cardiache), con 292 decessi tra i maschi (126,3 per 100.000 nel triennio 2002-2004) e 298 decessi tra le femmine (120,2 per 100.000 la media 2002-2004).

Elevati, soprattutto tra le donne, sono i disturbi circolatori dell'encefalo (182 casi, 86,4 per 100.000 la media 2002-2004), mentre gli stessi sono meno frequenti tra gli uomini (111 casi, 52,7 per 100.000).

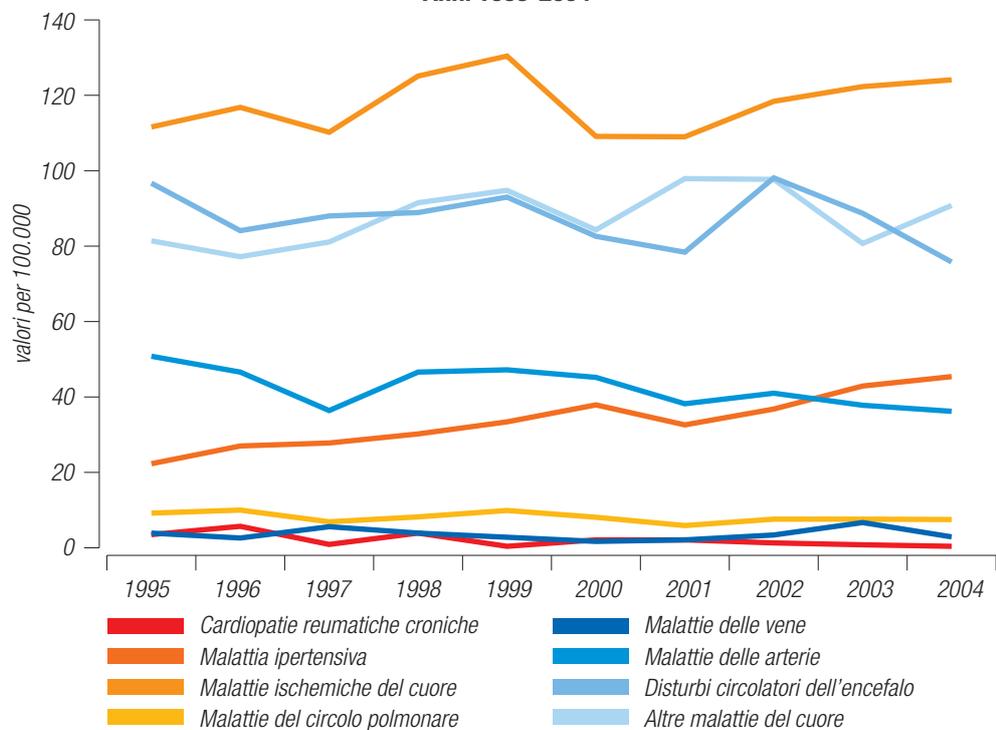
Significativa è anche la quota delle altre malattie del cuore (122 casi maschili e 218 femminili nel 2004), e fra queste l'insufficienza cardiaca, per la quale si contano 48 casi tra gli uomini (20,5 per 100.000) e 137 tra le donne (57,1 per 100.000).

Figura 6: Tasso standardizzato di mortalità per malattie cardiocircolatorie, maschi -
Anni 1995-2004



Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

Figura 7: Tasso standardizzato di mortalità per malattie cardiocircolatorie, femmine -
Anni 1995-2004



Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

3.4. INCIDENZA E MORTALITÀ DEI TUMORI MALIGNI

Nel quinquennio 1999-2003, in provincia di Bolzano sono stati diagnosticati 12.329 nuovi casi di tumore maligno. Utilizzando le stime dell'incidenza del periodo 1999-2003, si calcolano per l'anno 2006 1.554 nuovi casi di tumore nella popolazione maschile e 1.184 in quella femminile.

Escludendo i tumori della pelle (ICD IX: 173), il tasso grezzo annuo di incidenza è pari a 569 casi per 100.000 nei maschi e 437 casi per 100.000 nelle femmine. Le sedi più frequenti del tumore sono la prostata, il colon-retto ed il polmone nella popolazione maschile; la mammella, il colon-retto e lo stomaco nelle femmine. In media all'anno muoiono per tumore 259 maschi ogni 100.000 e 209 donne su 100.000. Per l'anno 2006 si stima quindi un totale di 1.240 decessi per tumore di cui 692 nei maschi e 548 nelle femmine.

IL REGISTRO TUMORI DELL'ALTO ADIGE

Il Registro Tumori dell'Alto Adige, istituito con delibera provinciale n. 2076/92, 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 Provincia Autonoma di Bolzano, operando nel contempo periodiche verifiche di qualità sui dati già archiviati. I compiti istituzionali ad esso assegnati sono quelli di fornire informazioni sull'incidenza e sulla diffusione delle malattie tumorali, costituire una banca dati per la deduzione delle possibili cause, supportare una politica socio-sanitaria volta alla pianificazione e alla valutazione di programmi preventivi e di pianificazione per l'assistenza a pazienti affetti da neoplasia.

Per quanto concerne i criteri di classificazione, vengono rilevati tutti i tumori maligni a diagnosi certa, per ogni codice ICD IX appartenente alla sezione 140.0 - 208.9. La codifica avviene inizialmente tramite ICD-O 3, che permette di rilevare sia la sede che la tipologia tumorale: questo viene poi convertito in ICD IX per l'analisi statistica. I tumori multipli insorti sullo stesso soggetto sono registrati in accordo con le regole dell'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC). I tumori maligni sorti in organi pari vengono considerati multipli solo in presenza di una morfologia diversa. I tumori della pelle sono assegnati ai codici ICD 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 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

FONTE INFORMATIVE DEL REGISTRO TUMORI

di Mortalità (RPM);

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

Il Registro Tumori dell'Alto Adige è stato accreditato nel 2001 dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) e dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRT).

Le stime di incidenza dei tumori maligni diagnosticati nella popolazione residente in provincia di Bolzano sono riferite al quinquennio 1999-2003 (casi aggiornati al 31.05.2007). L'ampiezza del periodo garantisce una buona stabilità dei tassi osservati, i cui valori, soprattutto per i tumori meno frequenti, possono essere influenzati dalla contenuta dimensione della popolazione altoatesina.

Negli anni 1999-2003, nella provincia autonoma di Bolzano sono stati diagnosticati 6.886 nuovi casi di tumore maligno tra la popolazione maschile residente (proiezione per l'anno 2006: 1.554 casi) e 5.443 casi (proiezione per l'anno 2006: 1.184 casi) in quella femminile. Escludendo i tumori della pelle (ICD IX: 173), sono stati registrati rispettivamente 6.544 casi (pari a 569,19 casi ogni 100.000 maschi) e 5.167 casi (pari a 437,27 casi ogni 100.000 femmine). Tra i maschi sono stati osservati 33 casi (0,48% del totale) nella fascia di età 0-14 anni e 4.405 casi (63,97%) in soggetti con età 65 anni e oltre, mentre nella popolazione femminile è stato diagnosticato un tumore maligno in 27 bambine (0,5%) con meno di 15 anni ed in 3.316 casi (60,92%) donne con 65 anni e più.

**INCIDENZA NEL PERIODO
1999-2003**

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

ICD IX	SEDE	BOL	MER	BRE	BRU	Provincia	2006†
140	Labbro	10	2	1	1	14	3
141	Lingua	30	9	7	6	52	12
142	Ghiandole salivari	7	6	1	1	15	3
143-145	Bocca	33	14	14	9	70	15
146	Orofaringe	25	14	10	7	56	13
147	Rinofaringe	7	1	-	4	12	3
148	Ipfaringe	28	26	16	13	83	18
149	Faringe, n.a.s.	11	4	3	5	23	5
150	Esofago	43	32	23	21	119	26
151	Stomaco	156	94	43	72	365	83
152	Intestino tenue	11	7	4	2	24	5
153	Colon	268	132	61	62	523	120
154	Retto	142	75	47	44	308	69
155	Fegato	120	71	39	30	260	58
156	Vie biliari	27	20	11	11	69	16
157	Pancreas	91	33	20	14	158	36
160	Cavità nasali	9	7	3	5	24	5
161	Laringe	73	30	22	11	136	30
162	Trachea, bronchi e polmone	369	203	78	63	713	161
163-164	Altri organi toracici	6	3	-	1	10	2
MES	Mesotelioma	10	5	2	1	18	4
170	Osso	4	2	3	1	10	2
171	Tessuti molli	21	7	4	4	36	8
KAP	Sarcoma di Kaposi	5	2	-	1	8	2
172	Pelle, melanomi	91	33	16	20	160	35
173	Pelle, non melanomi	200	69	42	31	342	80
175	Mammella (uomo)	5	4	1	1	11	3
185	Prostata	840	392	186	168	1.586	358
186	Testicolo	33	23	15	17	88	18
187	Pene e altri genitali maschili	7	2	2	-	11	2
188,233.7	Vescica	324	155	55	88	622	142
189	Rene e altre vie urinarie	119	51	33	30	233	52
190	Occhio	2	3	2	-	7	2
191-192	Encefalo e altro SNC	45	30	5	14	94	21
193	Tiroide	21	11	8	2	42	9
194	Altre ghiandole endocrine	4	-	1	-	5	1
201	Linfoma di Hodgkin	17	8	6	3	34	7
200, 202	Linfoma non Hodgkin	94	55	27	25	201	45
203	Mieloma	20	20	10	8	58	13
204	Leucemia linfatica	40	19	12	10	81	18
205	Leucemia mieloide	39	14	4	6	63	14
206	Leucemia monocitica	4	1	-	-	5	1
207	Altre leucemie specificate	1	-	-	-	1	0
208	Leucemia, n.a.s.	3	2	-	-	5	1
	Sedi mal definite *	50	40	19	22	131	30
	TUTTE LE SEDI	3.465	1.731	856	834	6.886	1.554

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

BOL = Bolzano, MER = Merano, BRE = Bressanone, BRU = Brunico; † proiezione per anno 2006

Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

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

ICD IX	SEDE	BOL	MER	BRE	BRU	Provincia	2006†
140	Labbro	2	1	2	-	5	1
141	Lingua	10	3	3	2	18	4
142	Ghiandole salivari	5	3	2	-	10	2
143-145	Bocca	15	7	4	3	29	6
146	Orofaringe	5	1	3	-	9	2
147	Rinofaringe	-	2	1	2	5	1
148	Ipofaringe	7	1	-	-	8	2
149	Faringe, n.a.s.	2	2	-	-	4	1
150	Esofago	14	9	2	-	25	5
151	Stomaco	131	96	53	46	326	72
152	Intestino tenue	4	3	3	3	13	3
153	Colon	213	145	53	57	468	102
154	Retto	92	55	31	32	210	46
155	Fegato	40	22	4	2	68	15
156	Vie biliari	58	32	10	19	119	26
157	Pancreas	99	46	27	26	198	44
160	Cavità nasali	-	3	-	1	4	1
161	Laringe	13	1	2	-	16	3
162	Trachea, bronchi e polmone	135	70	31	23	259	56
163-164	Altri organi toracici	1	-	2	-	3	1
MES	Mesotelioma	4	-	1	1	6	1
170	Osso	2	2	4	1	9	2
171	Tessuti molli	12	7	3	4	26	6
KAP	Sarcoma di Kaposi	2	1	-	1	4	1
172	Pelle, melanomi	101	53	27	21	202	44
173	Pelle, non melanomi	124	58	33	61	276	62
174	Mammella (donna)	712	370	172	160	1.414	305
179	Utero, n.a.s.	9	2	5	2	18	4
180	Utero, collo	47	38	21	14	120	26
181	Placenta	1	-	-	-	1	0
182	Utero, corpo	120	67	32	37	256	55
183	Ovaio	102	53	25	31	211	46
184	Altri genitali femminili	28	7	1	5	41	9
188, 233.7	Vescica	82	45	19	14	160	35
189	Rene e altre vie urinarie	69	41	24	22	156	33
190	Occhio	4	1	3	1	9	2
191-192	Encefalo e altro SNC	43	16	10	16	85	18
193	Tiroide	59	14	13	11	97	21
194	Altre ghiandole endocrine	2	1	-	-	3	1
201	Linfoma di Hodgkin	11	5	3	2	21	4
200, 202	Linfoma non Hodgkin	95	56	19	16	186	40
203	Mieloma	35	19	8	5	67	15
204	Leucemia linfatica	32	13	8	14	67	15
205	Leucemia mieloide	35	16	12	8	71	16
206	Leucemia monocitica	-	-	-	-	-	-
207	Altre leucemie specificate	-	-	-	-	-	-
208	Leucemia, n.a.s.	-	1	-	-	1	0
	Sedi mal definite*	63	41	14	21	139	31
	TUTTE LE SEDI	2.640	1.429	690	684	5.443	1.184

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

BOL = Bolzano, MER = Merano, BRE = Bressanone, BRU = Brunico; † proiezione per anno 2006

Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

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

ICD IX	SEDE	Tassi grezzi		Tassi std. Europa	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
140	Labbro	1,2	0,4	1,0	0,2
141	Lingua	4,5	1,5	4,4	1,3
142	Ghiandole salivari	1,3	0,9	1,2	0,8
143-145	Bocca	6,1	2,5	5,9	1,9
146	Orofaringe	4,9	0,8	4,5	0,7
147	Rinofaringe	1,0	0,4	1,0	0,4
148	Ipopofaringe	7,2	0,7	6,9	0,6
149	Faringe, n.a.s.	2,0	0,3	2,0	0,3
150	Esofago	10,4	2,1	9,5	1,7
151	Stomaco	31,8	27,6	28,3	17,1
152	Intestino tenue	2,1	1,1	1,9	0,9
153	Colon	45,5	39,6	41,0	27,3
154	Retto	26,8	17,8	24,6	12,6
155	Fegato	22,6	5,8	20,8	3,7
156	Vie biliari	6,0	10,1	5,4	6,3
157	Pancreas	13,7	16,8	12,5	10,8
160	Cavità nasali	2,1	0,3	2,0	0,3
161	Laringe	11,8	1,4	11,2	1,0
162	Trachea, bronchi e polmone	62,0	21,9	55,5	15,5
163-164	Altri organi toracici	0,9	0,3	0,8	0,2
MES	Mesotelioma	1,6	0,5	1,5	0,3
170	Osso	0,9	0,8	0,8	0,8
171	Tessuti molli	3,1	2,2	2,9	1,7
KAP	Sarcoma di Kaposi	0,7	0,3	0,6	0,2
172	Pelle, melanomi	13,9	17,1	13,0	14,2
173	Pelle, non melanomi	29,8	23,4	26,4	13,1
174	Mammella (donna)			0,8	99,7
175	Mammella (uomo)	1,0	119,7		
179	Utero, n.a.s.	-	1,5	-	1,1
180	Utero, collo	-	10,2	-	8,9
181	Placenta	-	0,1	-	0,1
182	Utero, corpo	-	21,7	-	16,6
183	Ovaio	-	17,9	-	14,6
184	Altri genitali femminili	-	3,5	-	2,1
185	Prostata	138,0	-	122,6	-
186	Testicolo	7,7	-	6,8	-
187	Pene e altri genitali maschili	1,0	-	0,9	-
188, 233.7	Vescica	54,1	13,5	48,3	8,7
189	Rene e altre vie urinarie	20,3	13,2	18,5	9,7
190	Occhio	0,6	0,8	0,6	0,7
191-192	Encefalo e altro SNC	8,2	7,2	7,6	5,6
193	Tiroide	3,7	8,2	3,5	7,5
194	Altre ghiandole endocrine	0,4	0,3	0,5	0,3
201	Linfoma di Hodgkin	3,0	1,8	2,7	1,7
200, 202	Linfoma non Hodgkin	17,5	15,7	16,1	12,0
203	Mieloma	5,0	5,7	4,5	3,6
204	Leucemia linfatica	7,1	5,7	6,6	3,8
205	Leucemia mieloide	5,5	6,0	4,9	4,2
206	Leucemia monocitica	0,4	-	0,4	-
207	Altre leucemie specificate	0,1	-	0,1	-
208	Leucemia, n.a.s.	0,4	0,1	0,5	-
	Sedi mal definite*	11,4	11,8	10,4	7,1
	TUTTE LE SEDI	598,9	460,6	541,6	342,0

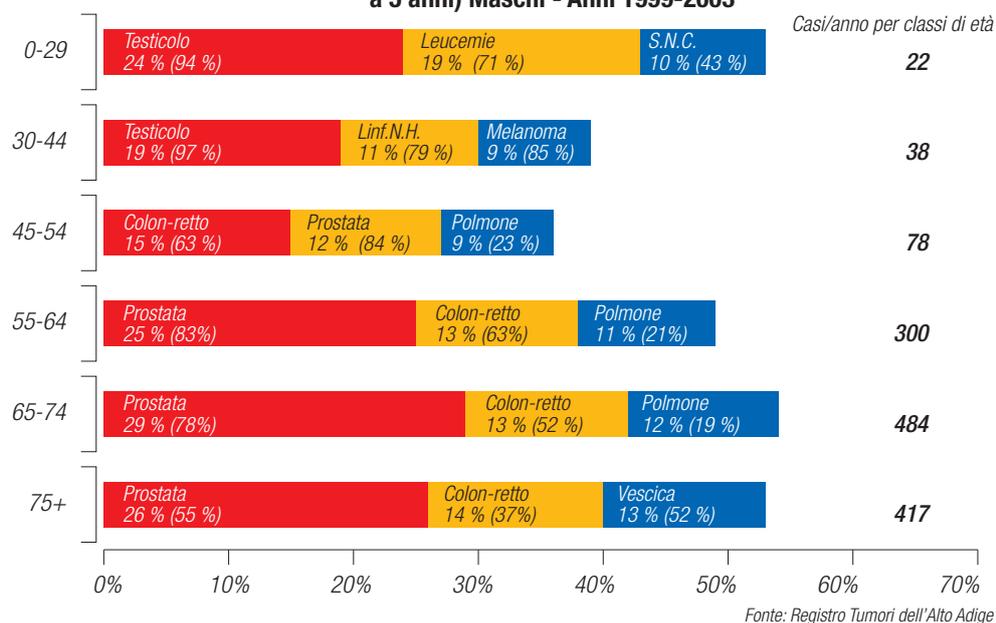
* comprende i codici ICD IX: 158, 159, 165, 195-199

Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

TUMORI PIÙ FREQUENTI

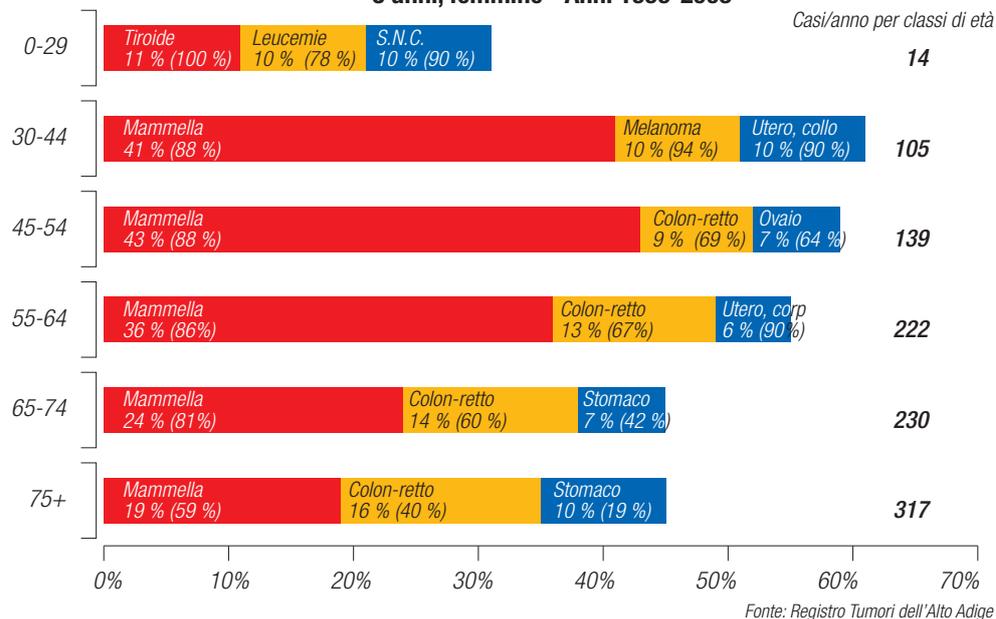
Escludendo la cute (ICD IX 173), i tumori più frequenti tra i maschi risultano quelli della prostata (1.586 casi, pari al 24,2%), del colon-retto (831 casi, pari al 12,7%), del polmone (713 casi, pari a 10,9%), della vescica (622 casi, pari al 9,5%) e dello stomaco (365 casi, pari al 5,6%). La probabilità di essere in vita a 5 anni dalla diagnosi dipende dal tipo di tumore e dall'età. Per il tumore della prostata, circa l'80% dei maschi con un'età inferiore a 75 anni è ancora in vita dopo cinque anni. Per la stessa classe di età, invece, circa il 60% dei maschi affetti da carcinoma del colon-retto e solo il 20% di quelli affetti da carcinoma del polmone sopravvive dopo cinque anni che la patologia è stata loro diagnosticata.

Figura 8: **Le 3 sedi più frequenti per grandi classi di età (escl. ICD IX 173 e % di sopravvivenza a 5 anni) Maschi - Anni 1999-2003**



Nelle femmine, il tumore della mammella (1.414 casi, pari al 27,4%) risulta al primo posto tra tutte le neoplasie riportando però una probabilità di sopravvivenza dell'85% dopo cinque anni (per un'età inferiore a 75 anni) ed è seguita dal tumore del colon-retto (678 casi, pari al 13,1%, sopravvivenza a 5 anni 65% circa), dello stomaco (326 casi, pari al 6,3%, sopravvivenza a 5 anni 30% circa), del polmone (259 casi, 5%) e dai tumori associati ai livelli ormonali quali quelli del corpo dell'utero (256 casi, pari al 5%) e dell'ovaio (211 casi, pari al 4,1%).

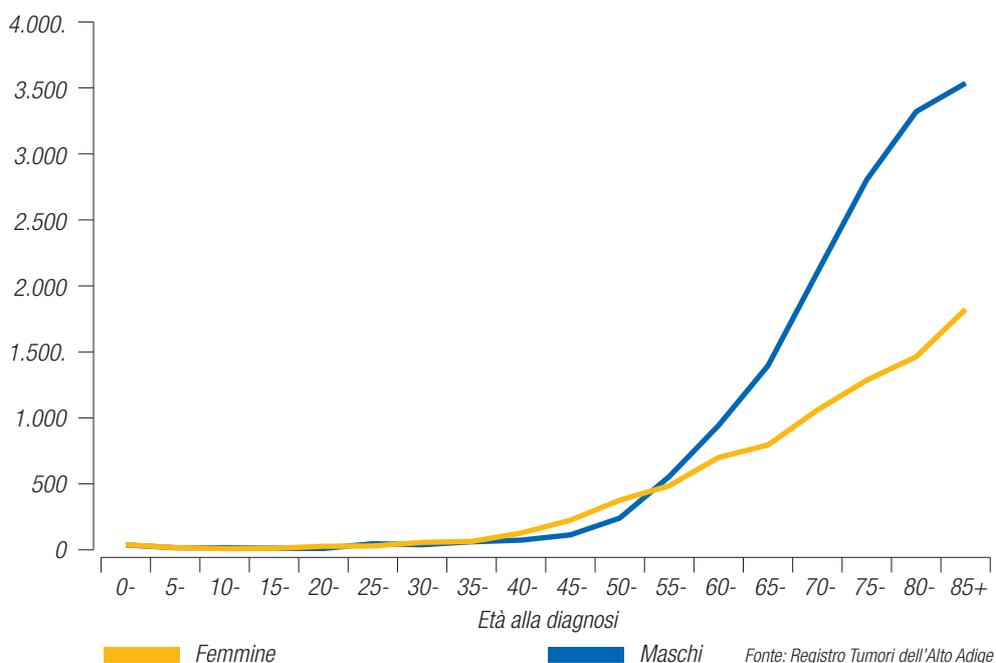
Figura 9: Le 3 sedi più frequenti per grandi classi di età escl. icd ix 173 e % di sopravvivenza a 5 anni, femmine - Anni 1999-2003



TASSI SPECIFICI PER ETÀ

Analizzando i tassi grezzi di incidenza (numero di casi osservati per 100.000 abitanti) calcolati sull'insieme delle patologie tumorali (esclusi i tumori della pelle), appare evidente come l'incidenza cresca sensibilmente nei maschi rispetto alle femmine a partire dai 60 anni, raggiungendo nell'età più avanzata i 3.537 casi per 100.000 maschi ed i 1.823 casi per 100.000 femmine.

Figura 10: Tassi grezzi di incidenza (per 100.000 ab.) (escl. icd ix 173) - anni 1999-2003

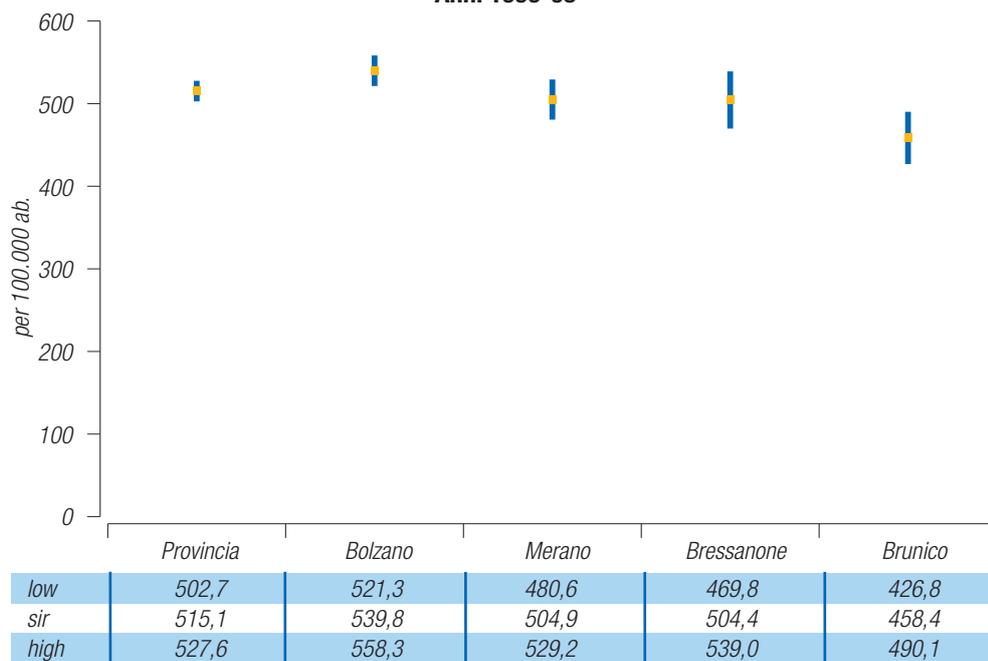


CONFRONTI TERRITORIALI
DELL'INCIDENZA DI TUTTI
I TUMORI

I confronti tra i dati di incidenza osservati nelle aziende sanitarie sono stati effettuati mediante una standardizzazione dei tassi (ASR), utilizzando la popolazione standard europea. Con riferimento all'insieme dei tumori diagnosticati nella popolazione maschile (esclusi i

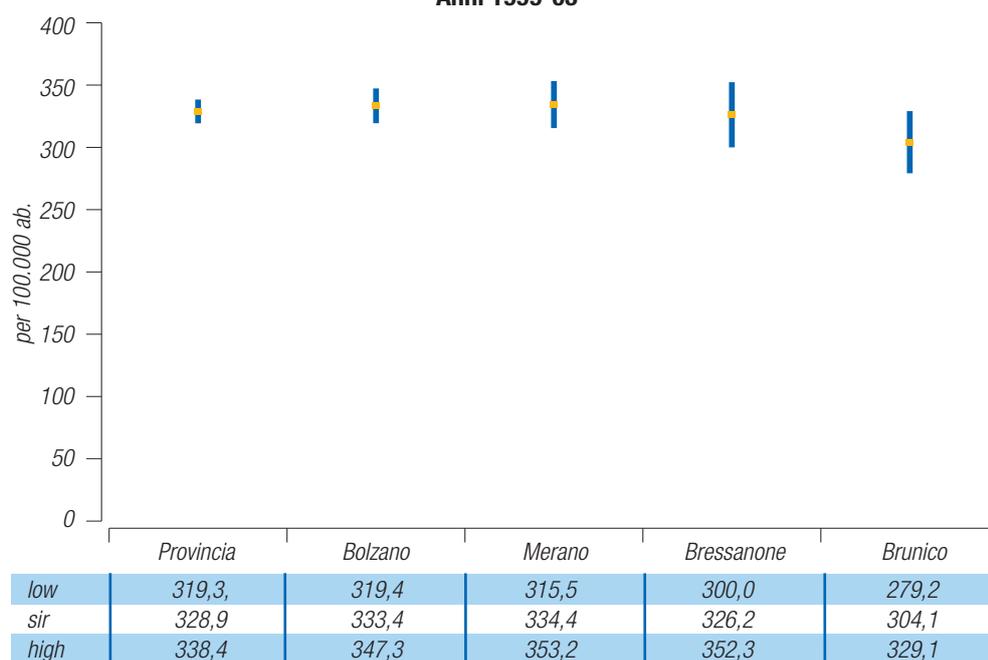
carcinomi cutanei), il comprensorio sanitario di Brunico conferma anche per il periodo 1999-2003 un tasso medio annuo standardizzato di incidenza (458,4 per 100.000) significativamente inferiore al valore provinciale (515,2 per 100.000). Sul versante femminile, per nessun comprensorio sanitario la differenza del tasso medio annuo standardizzato dal dato provinciale (328,9 per 100.000) risulta significativa.

Figura 11: Tassi standardizzati di incidenza, tutti i tumori escl. ICD IX 173 (IC 95%), maschi - Anni 1999-03



Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

Figura 12: Tassi standardizzati di incidenza, tutti i tumori escl. ICD IX 173 (IC 95%), femmine - Anni 1999-03



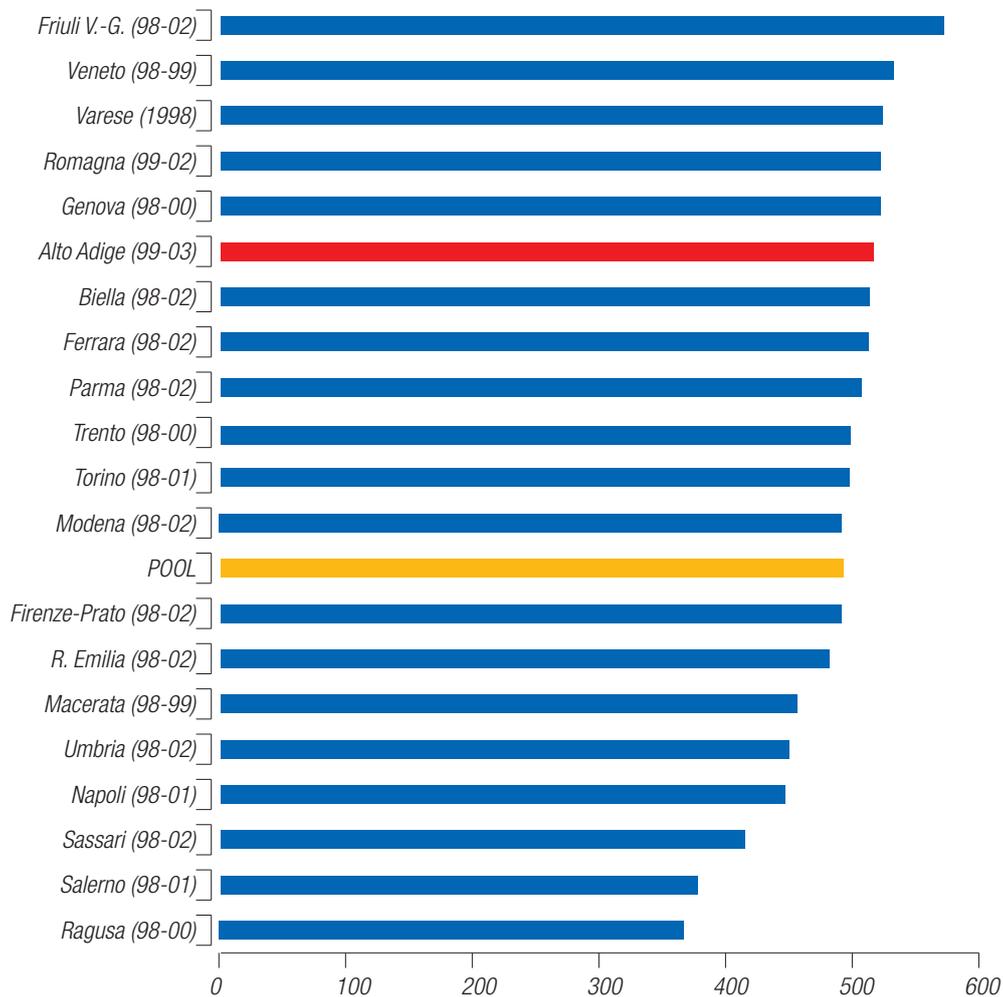
Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

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

Nel complesso, l'incidenza tumorale (esclusi i carcinomi della cute) osservata nei maschi per il quinquennio 1999-2003 colloca la Provincia Autonoma di Bolzano nella parte superiore della graduatoria dei tassi standardizzati, alle spalle della regione Friuli Venezia-Giulia (che rappresenta la zona in assoluto con la più alta incidenza), del Veneto, della provincia di Varese, della Romagna e della provincia di Genova. Il tasso relativo all'Alto Adige (515,2 per 100.000) risulta lievemente superiore al valore calcolato sul pool dei registri italiani per gli anni 1998-02 (pari a 490,1 per 100.000). Questa posizione è comunque fortemente condizionata dalla forte incidenza nella Provincia del tumore della prostata, che rappresenta circa un quarto dei nuovi casi di cancro diagnosticati tra gli altoatesini, evidenziando un trend in aumento nel corso del periodo esaminato.

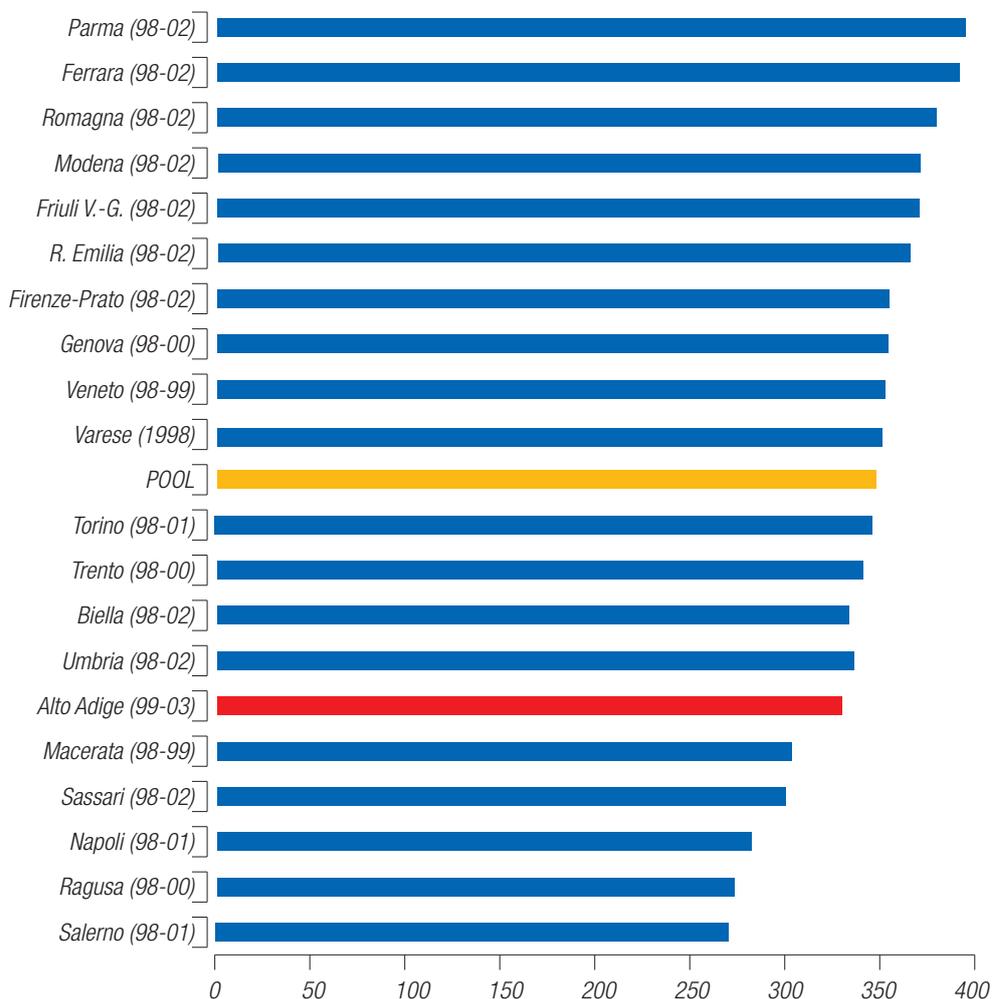
La diffusione del fenomeno neoplastico presso le donne altoatesine mostra nel complesso una situazione più favorevole rispetto ad altre realtà italiane. La provincia di Bolzano presenta nel complesso un dato (328,9 per 100.000, tasso standardizzato) inferiore al valore stimato sul pool dei registri italiani (346,5 per 100.000, anni 1998-02), posizionandosi non lontano dal gruppo dei registri meridionali (Ragusa, Salerno, Napoli) tradizionalmente caratterizzati (come per i maschi) dai tassi più bassi osservati al livello nazionale.

Figura 13: Tassi standardizzati di incidenza (per 100.000) tutti i tumori (escl. ICD IX 173), maschi, Italia - Anni 1999-2003



Fonte: Associazione Italiana Registri Tumori

Figura 14: Tassi standardizzati di incidenza (per 100.000) tutti i tumori (escl. ICD IX 173),
femmine, Italia - Anni 1999-2003



Fonte: Associazione Italiana Registri Tumori

**LA MORTALITÀ PER
TUMORE**

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

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

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

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

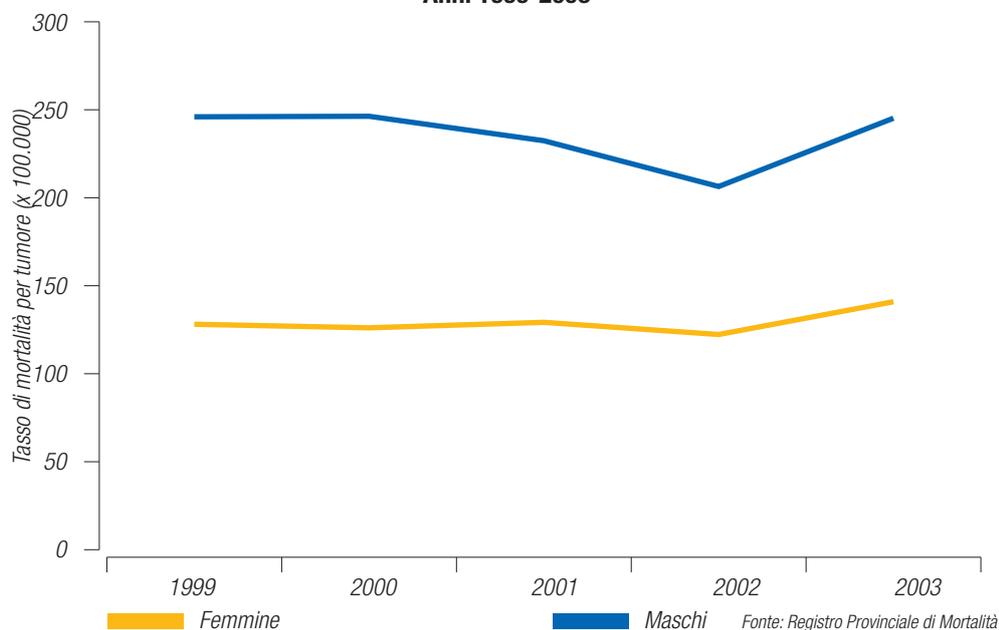
Di seguito vengono illustrati i valori riferiti ai decessi per neoplasia maligna registrati nella popolazione residente durante il periodo 1999-2003, basati sulle elaborazioni dei certificati di morte per i quali la causa di morte principale conteneva l'indicazione di un tumore maligno (codici ICD IX: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

Nel periodo 1999-2003 sono deceduti per tumore 2.983 maschi (597 decessi in media per anno), con un tasso di mortalità pari a 259,5 decessi ogni 100.000 residenti, e 2.471 femmine (494 in media per anno), pari a 209,1 decessi ogni 100.000 donne. Per l'anno 2006 è quindi possibile stimare per la provincia di Bolzano un totale di 1.240 decessi per tumore di cui 692 tra i maschi e 548 tra le femmine.

**IL REGISTRO
PROVINCIALE DI
MORTALITÀ**

**MORTALITÀ PER TUMORE
1999-2003**

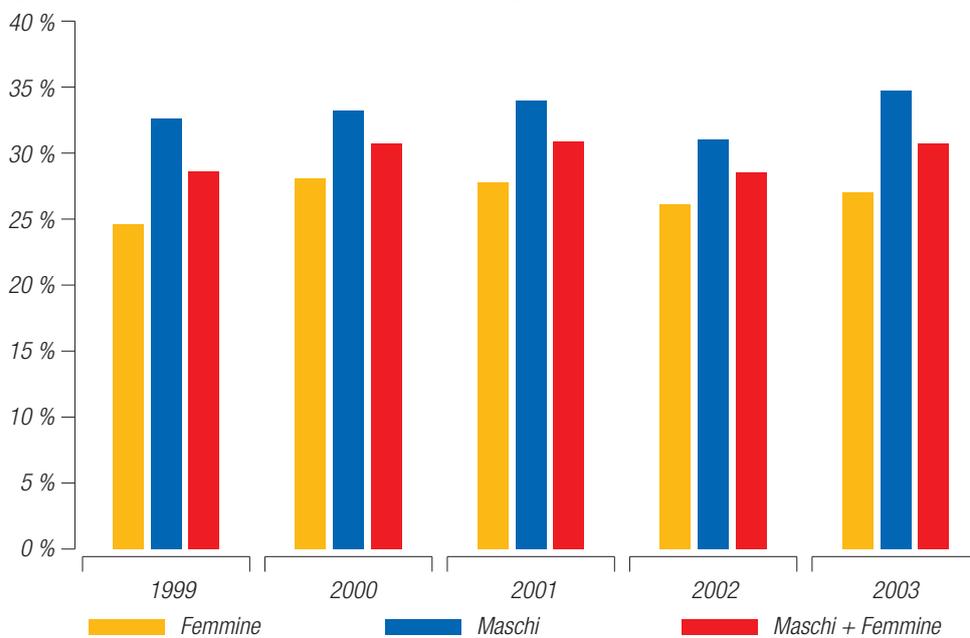
Figura 15: **Tasso standard di mortalità per tumore maligno (per 100.000) tutti i tumori - Anni 1999-2003**



L'andamento negli anni 1999-2003 del tasso standardizzato di mortalità nei maschi evidenzia un andamento decrescente a partire dal 2000, che però si inverte bruscamente nel corso del 2003 (235,1 decessi per 100.000 vs 205,6 per 100.000 osservato nel precedente anno). Nelle femmine il fenomeno appare sensibilmente più costante nell'arco del periodo analizzato, confermando una crescita nell'anno 2003. Il rapporto tra il numero di decessi per tumore maligno ed il totale dei decessi appare notevolmente stabile negli anni, variando

dal 28,7% (2002) al 31% (2001). Nella popolazione maschile in media ogni anno circa un terzo dei decessi (33,2%) è causato da un tumore maligno, mentre tra le donne tale percentuale scende al 26,8%.

Figura 16: Percentuale di decessi per tumore maligno sul totale dei decessi – Anni 1999-2003



Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

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

ICD IX	SEDE	Decessi	Tasso grezzo (x 100.000)	Tasso std. (EU) (x 100.000)	2006†
140	Labbro	2	0,2	0,2	0
141	Lingua	22	1,9	1,9	5
142	Ghiandole salivari	7	0,6	0,6	2
143-145	Bocca	24	2,1	2,0	5
146	Orofaringe	32	2,8	2,6	7
147	Rinofaringe	6	0,5	0,5	1
148	Ipofaringe	41	3,6	3,4	9
149	Faringe, n.a.s.	16	1,4	1,3	4
150	Esofago	101	8,8	7,9	22
151	Stomaco	248	21,6	19,1	57
152	Intestino tenue	12	1,0	0,9	3
153	Colon	213	18,5	16,5	50
154	Retto	125	10,9	9,8	29
155	Fegato	183	15,9	14,5	41
156	Vie biliari	58	5,0	4,4	13
157	Pancreas	148	12,9	11,6	34
160	Cavità nasali	4	0,4	0,4	1
161	Laringe	42	3,7	3,3	10
162	Trachea, bronchi e polmone	629	54,7	48,7	144
163-164	Altri organi toracici	5	0,4	0,4	1
MES	Mesotelioma	19	1,7	1,5	4
170	Osso	6	0,5	0,5	1
171	Tessuti molli	10	0,9	0,7	2
KAP	Sarcoma di Kaposi	1	0,1	0,1	0
172	Pelle, melanomi	28	2,4	2,3	6
173	Pelle, non melanomi	11	1,0	0,9	3
175	Mammella (uomo)	-	-	-	-
185	Prostata	332	28,9	25,0	82
186	Testicolo	1	0,1	0,1	0
187	Pene e altri genitali maschili	2	0,2	0,2	0
188	Vescica	137	11,9	10,4	33
189	Rene e altre vie urinarie	89	7,7	6,9	21
190	Occhio	2	0,2	0,2	0
191-192	Encefalo e altro SNC	73	6,4	5,9	16
193	Tiroide	13	1,1	1,0	3
194	Altre ghiandole endocrine	4	0,4	0,3	1
201	Linfoma di Hodgkin	3	0,3	0,2	1
200, 202	Linfoma non Hodgkin	82	7,1	6,3	19
203	Mieloma	40	3,5	3,0	9
204	Leucemia linfatica	36	3,1	2,8	8
205	Leucemia mieloide	51	4,4	3,8	12
206	Leucemia monocitica	3	0,3	0,2	1
207	Altre leucemie specificate	1	0,1	0,1	0
208	Leucemia, n.a.s.	2	0,2	0,2	1
	Sedi mal definite	116	10,1	8,9	27
	TUTTE LE SEDI*	2.982	260,1	231,3	692

* comprende i codici ICD IX: 158, 159, 165, 195-199
† proiezione per anno 2006

Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

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

ICD IX	SEDE	Decessi	Tasso grezzo (x 100.000)	Tasso std. (EU) (x 100.000)	2006†
140	Labbro	1	0,1	-	-
141	Lingua	5	0,4	0,3	1
142	Ghiandole salivari	5	0,4	0,3	1
143-145	Bocca	10	0,9	0,6	2
146	Orofaringe	3	0,3	0,2	1
147	Rinofaringe	2	0,2	0,2	-
148	Ipopofaringe	4	0,3	0,3	1
149	Faringe, n.a.s.	3	0,3	0,2	1
150	Esofago	19	1,6	1,2	4
151	Stomaco	209	17,7	10,2	47
152	Intestino tenue	8	0,7	0,4	2
153	Colon	223	18,9	11,0	50
154	Retto	106	9,0	5,3	24
155	Fegato	59	5,0	3,0	13
156	Vie biliari	100	8,5	5,2	22
157	Pancreas	191	16,2	10,0	42
160	Cavità nasali	3	0,3	0,2	1
161	Laringe	6	0,5	0,3	1
162	Trachea, bronchi e polmone	220	18,6	12,5	48
163-164	Altri organi toracici	4	0,3	0,3	1
MES	Mesotelioma	5	0,4	0,3	1
170	Osso	2	0,2	0,2	0
171	Tessuti molli	7	0,6	0,4	2
KAP	Sarcoma di Kaposi	1	0,1	0,1	0
172	Pelle, melanomi	32	2,7	1,7	7
173	Pelle, non melanomi	20	1,7	0,8	5
174	Mammella (donna)	399	33,8	23,5	88
179	Utero, n.a.s.	10	0,9	0,4	2
180	Utero, collo	27	2,3	1,5	6
181	Placenta	-	-	-	-
182	Utero, corpo	65	5,5	3,2	15
183	Ovaio	139	11,8	7,7	30
184	Altri genitali femminili	25	2,1	1,1	6
188	Vescica	58	4,9	2,6	13
189	Rene e altre vie urinarie	57	4,8	2,7	13
190	Occhio	5	0,4	0,3	1
191-192	Encefalo e altro SNC	70	5,9	4,1	15
193	Tiroide	20	1,7	1,0	5
194	Altre ghiandole endocrine	3	0,3	0,2	1
201	Linfoma di Hodgkin	4	0,3	0,2	1
200, 202	Linfoma non Hodgkin	73	6,2	4,0	16
203	Mieloma	46	3,9	2,5	10
204	Leucemia linfatica	25	2,1	1,2	6
205	Leucemia mieloide	52	4,4	2,6	12
206	Leucemia monocitica	1	0,1	-	-
207	Altre leucemie	-	-	-	-
208	Leucemia, n.a.s.	6	0,5	0,3	1
	Sedi mal definite	138	11,7	6,7	31
	TUTTE LE SEDI	2.471	209,1	130,7	548

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

† proiezione per anno 2006

Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

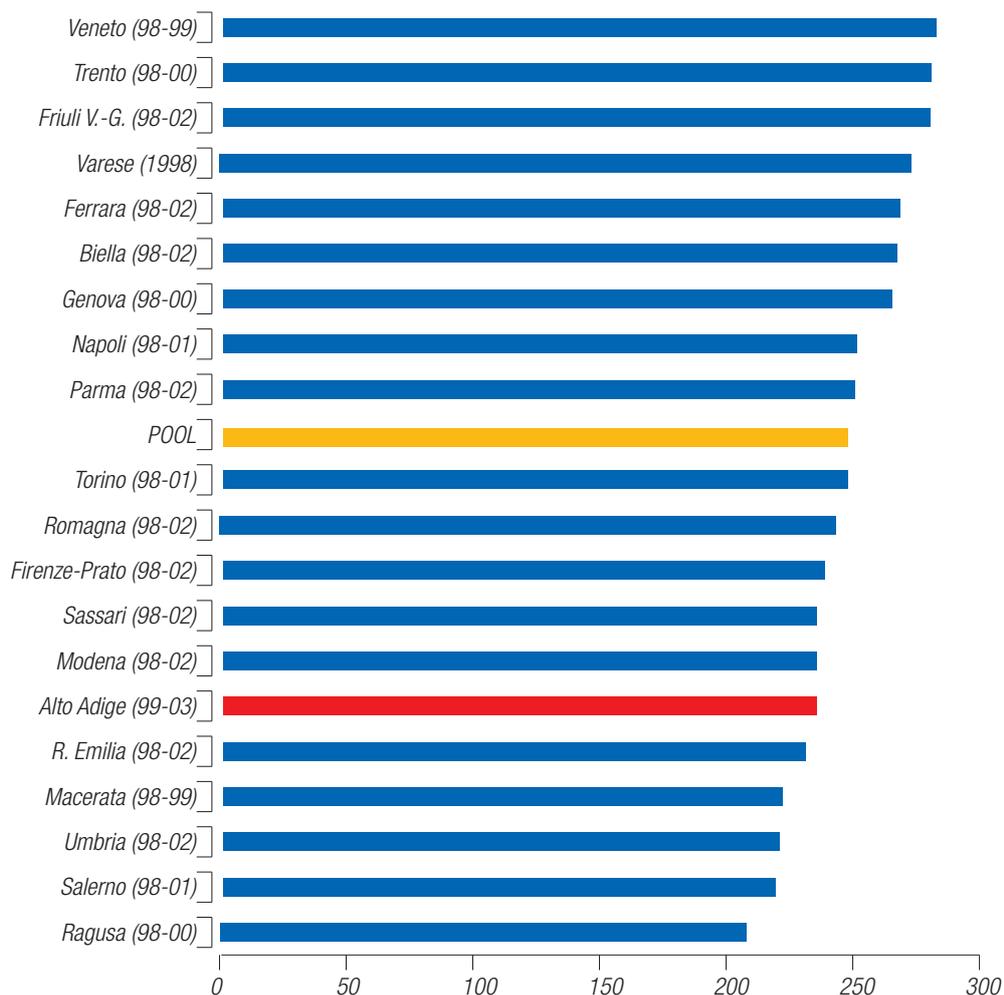
Tra i maschi, le cause di morte per neoplasia più frequenti risultano il tumore del polmone (629 decessi, pari al 21,1% del totale dei decessi per neoplasia), del colon-retto (338 decessi, 11,3%), della prostata (332 decessi, 11,1%), dello stomaco (248 decessi, 8,3%) e del fegato (183 casi, 6,1%). Nelle femmine, i decessi dovuti al tumore della mammella rappresentano la quota più importante (399 decessi, 16,1%), seguiti dai decessi per tumore del colon-retto (329 decessi, 13,3%), del polmone (220 decessi, 8,9%), dello stomaco (209 decessi, 8,5%) e del pancreas (191 casi, 7,7%).

La mortalità per tumore osservata nella popolazione maschile durante gli anni 1999-2003 colloca la provincia di Bolzano (231,3 decessi per 100.000) nella parte inferiore della graduatoria dei tassi standardizzati riportati dai registri tumori italiani, al di sotto del dato riferito al pool dei registri italiani. Nel contesto nazionale i tassi standardizzati di mortalità maschile per tumore variano da 281,7 per 100.000 (Veneto) a 207,8 per 100.000 (Ragusa). Nel confronto sulla mortalità femminile per tumore, la provincia di Bolzano (130,7 decessi per 100.000) si posiziona al centro della classifica nazionale, sovrapponendosi al dato medio pesato (130,9). I tassi di mortalità tumorale tra le femmine assumono valori inferiori rispetto al genere maschile, essendo compresi tra 114,0 per 100.000 (Salerno) e 145,6 per 100.000 (Friuli-Venezia Giulia).

CASI DI DECESSO PER TUMORE PIÙ FREQUENTI

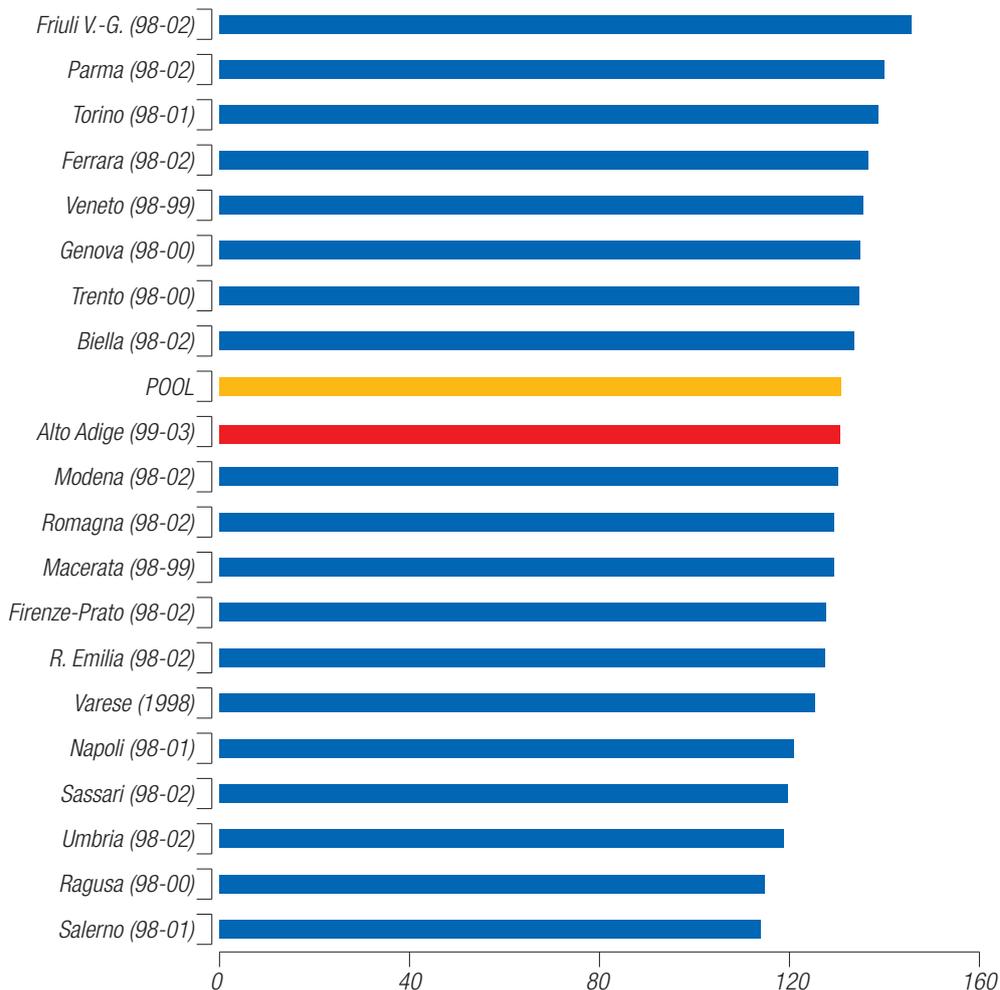
MORTALITÀ PER TUTTI I TUMORI

Figura 17: Tassi standardizzati di mortalità (per 100.000) tutti i tumori, maschi – Italia



Fonte: Associazione Italiana Registri Tumori

Figura 18: Tassi standardizzati di mortalità (per 100.000) tutti i tumori, femmine – Italia



Fonte: Associazione Italiana Registri Tumori

3.5. MALATTIE RESPIRATORIE

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

FATTORI DI RISCHIO

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

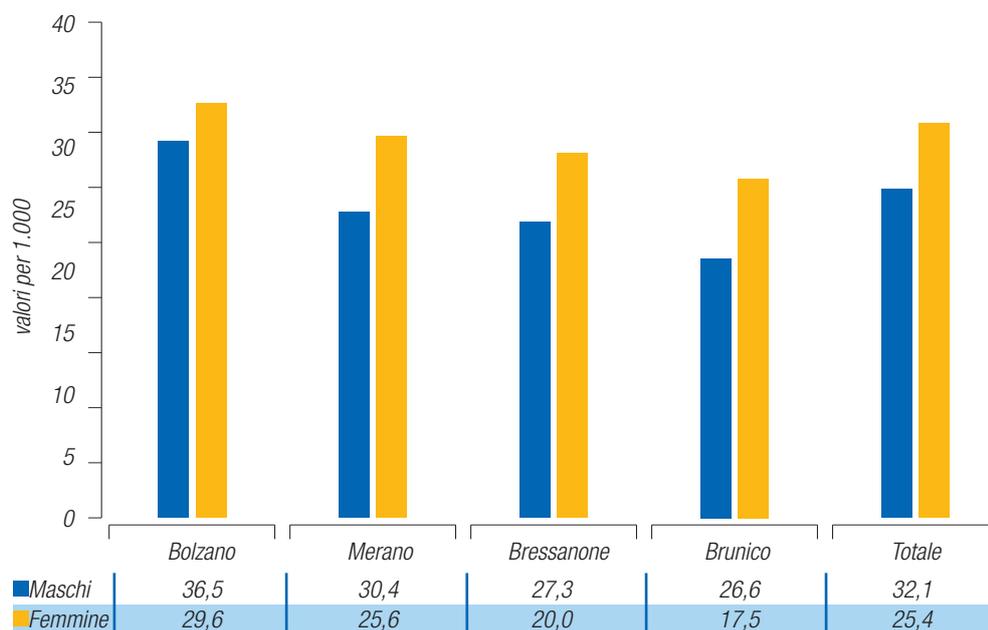
Il fumo di tabacco è il più importante fattore ambientale per lo sviluppo di bronchite cronica e BPCO: il 15-20% dei fumatori accusa un'ostruzione bronchiale clinicamente significativa ed una frazione minore un'insufficienza respiratoria invalidante.

BRONCOPATIE CRONICHE

La prevalenza di broncopatie croniche identificate nel 2006 in provincia di Bolzano dal progetto di mappatura delle patologie croniche è pari a 28,7 casi per 1.000 abitanti (32,1 tra i maschi e 25,4 tra le femmine), con una età media dei soggetti malati di 53,3 anni per i maschi e 55,6 anni per le femmine.

La prevalenza è minore nell'Azienda Sanitaria di Brunico e più elevata in quella di Bolzano.

Figura 19: Prevalenza di broncopatie croniche per genere ed Azienda Sanitaria - Anno 2006



Fonte: OEP - Mappatura delle patologie croniche

Le dimissioni nel 2006, di residenti da strutture provinciali con una malattia del sistema respiratorio come diagnosi principale, sono state complessivamente 5.946, con un tasso di ospedalizzazione pari a 1.442,1 per 100.000 tra i maschi ed a 1.022,3 per 100.000 tra le femmine. Le diagnosi più frequenti di ricovero sono state polmoniti ed influenza, sia tra i maschi (971 ricoveri), sia tra le femmine (707 ricoveri). Sono inoltre da segnalare per quantità i ricoveri per malattie croniche delle tonsille e delle adenoidi (924 casi) ed i ricoveri per bronchite cronica (695 casi).

Tabella 9: Ricoveri, decessi e tassi di ospedalizzazione e mortalità di residenti per sesso e malattia del sistema respiratorio - Anni 2004-2006

	ricoveri 2006	tasso ospedali- zazione 2006	decessi 2004	tasso mortalità 2002-04
MASCHI				
Infezioni acute delle vie respiratorie	551	230,5	-	0,3
Altre malattie delle vie respiratorie superiori	871	364,4	-	-
Polmonite ed influenza	971	406,2	65	30,1
Malattie polmonari cronico ostruttive	545	228,0	61	27,8
Pneumoconiosi	85	35,6	15	4,7
Altre malattie respiratorie	424	177,4	11	4,0
TOTALE	3.447	1442,1	152	66,9
FEMMINE				
Infezioni acute delle vie respiratorie	458	187,4	1	0,6
Altre malattie delle vie respiratorie superiori	646	264,3	-	-
Polmonite ed influenza	707	289,2	72	30,3
Malattie polmonari cronico ostruttive	346	141,5	32	16,7
Pneumoconiosi	51	20,9	15	4,7
Altre malattie respiratorie	291	119,0	12	4,9
TOTALE	2.499	1.022,3	132	57,2

Fonte: aziende sanitarie - Archivio SDO, Registro Provinciale di Mortalità

Le polmoniti e l'influenza rappresentano, tra le malattie respiratorie, la causa di decesso più importante, con un tasso pari a 30,1 per 100.000 tra gli uomini nel periodo 2002-2004, ed a 30,3 per 100.000 tra le donne. La seconda causa di decesso più importante è costituita dalle malattie polmonari cronico ostruttive, in particolare tra gli uomini, per i quali sono state la prima causa di morte fino al 2001.

Figura 20: Tasso di mortalità per malattie respiratorie, maschi - Anni 1995-2004

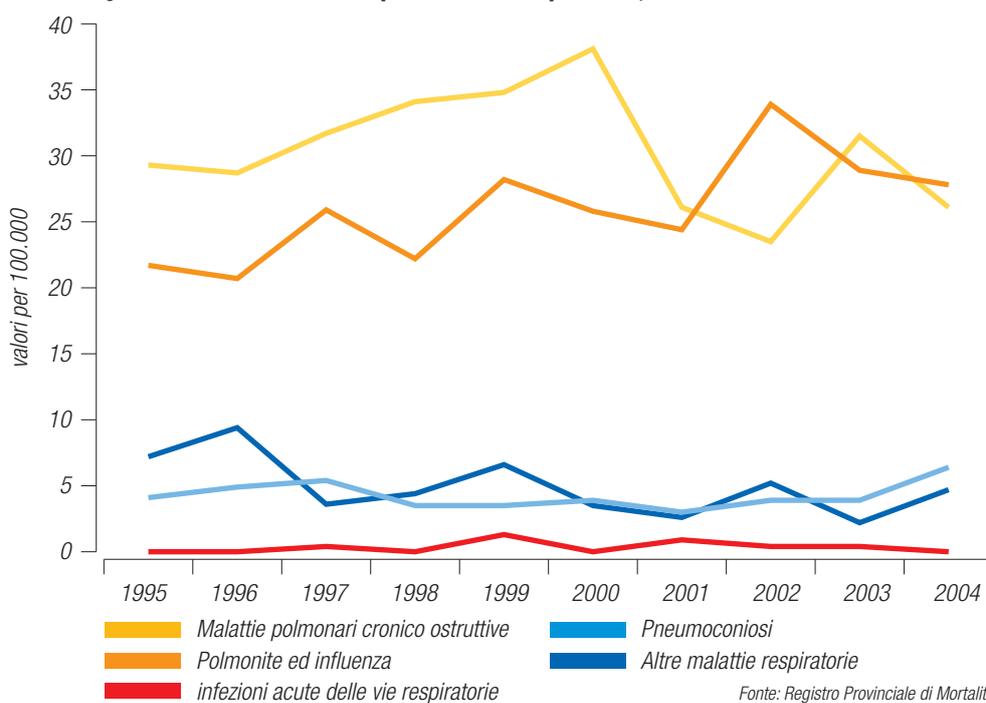
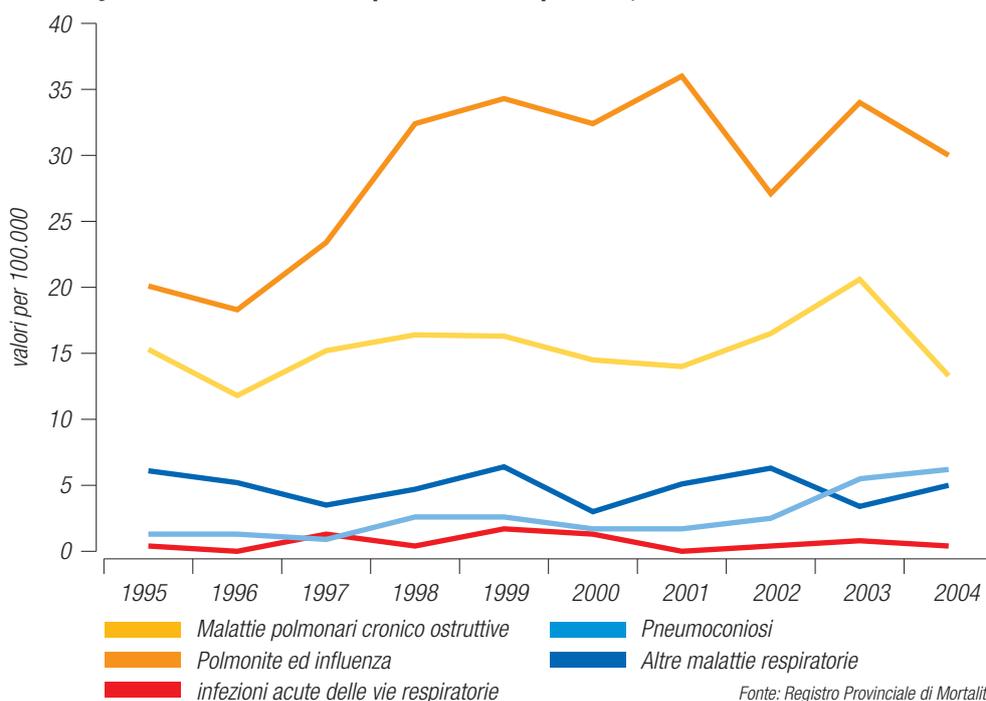


Figura 21: Tasso di mortalità per malattie respiratorie, femmine - Anni 1995-2004



3.6. MALATTIE INFETTIVE

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

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

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

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

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

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

Le malattie infettive maggiormente notificate nel 2006 sono state quelle legate all'infanzia, e tra queste la varicella, con 1.803 casi, pari ad un'incidenza di 372,9 per 100.000 abitanti.

Tabella 10: **Casi notificati di malattie infettive e tassi per 100.000 abitanti - Anno 2006**

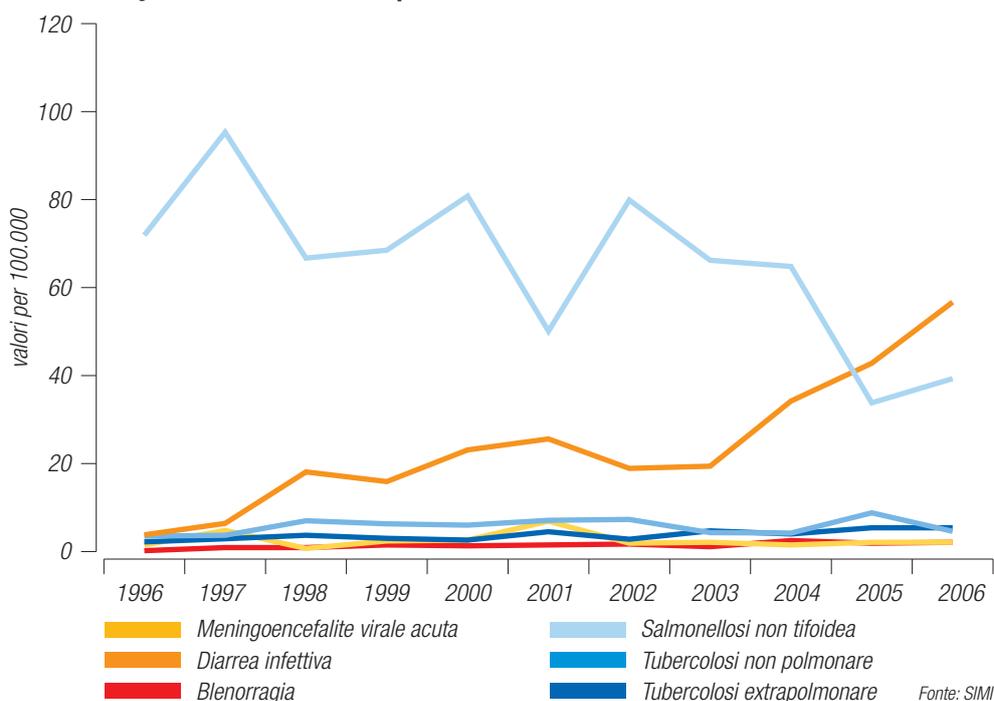
	<i>Notifiche</i>	<i>Notifiche x 100.000</i>
<i>Blenorragia</i>	9	2,1
<i>Diarrea infettiva</i>	274	56,7
<i>Epatite A</i>	13	2,7
<i>Epatite B</i>	9	1,9
<i>Epatite C</i>	1	0,2
<i>Febbre tifoide</i>	1	0,2
<i>Legionellosi</i>	4	0,8
<i>Meningite meningococcica</i>	1	0,2
<i>Meningoencefalite virale acuta</i>	10	2,1
<i>Morbillo</i>	14	2,9
<i>Parotite epidemica</i>	37	7,7
<i>Pertosse</i>	50	10,3
<i>Rosolia</i>	13	2,7
<i>Salmonellosi non tifoidea</i>	190	39,3
<i>Scarlattina</i>	668	138,2
<i>Sifilide</i>	8	1,7
<i>Varicella</i>	1.803	372,9
<i>Leptospirosi</i>	1	0,2
TOTALE CLASSE II	3.107	642,6
<i>Tubercolosi polmonare</i>	11*	4,6
<i>Tubercolosi extrapolmonare</i>	13*	5,4
TOTALE	24*	9,9

* primi sei mesi del 2006

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. Analogο discorso vale per la parotite, dopo il picco epidemico dell'anno 2000. Tra le altre malattie infettive la più segnalata è la salmonellosi non tifoidea, che è comunque in tendenziale diminuzione, mentre in aumento sono le notifiche di diarrea infettiva.

Figura 22: Tasso di notifica per alcune malattie infettive - Anni 1996-2006



**RICOVERI PER MALATTIE
INFETTIVE**

Le dimissioni ospedaliere nel 2006, con una malattia infettiva come causa principale del ricovero, sono state 1.781; il 43,4% a causa di malattie infettive intestinali, il 26,8% per altre malattie batteriche e il 12,2% per malattie virali con esantema. I decessi per malattie infettive nel 2004 sono stati 36, con una media di 4,5 decessi per 100.000 abitanti nel periodo 2002-2004. Buona parte dei decessi è avvenuta per setticemia (10 casi).

Tabella 11: **Ricoveri, decessi e tassi di mortalità per malattie infettive. Provincia di Bolzano - 2004-2006**

	Dimissioni ospedaliere 2006			Decessi 2004	Tasso di mortalità 2002-2004 (x100.000)
	Maschi	Femmine	Totale		
Malattie infettive intestinali	356	417	773	5,0	0,4
Tubercolosi	23	14	37	2,0	0,6
Malattie batteriche trasmesse da animali	3	-	3	-	-
Altre malattie batteriche	244	234	478	19,0	2,4
HIV/AIDS	13	9	22	2,0	0,1
Poliomielite ed altre malattie virali del sistema nervoso centrale	15	8	23	1,0	0,1
Malattie virali con esantema	96	121	217	-	0,1
Malattie virali da artropodi	1	1	2	-	-
Altre malattie da virus e clamidia	69	56	125	4,00	0,3
Rickettsiosi	7	3	10	-	0,1
Sifilide ed altre malattie veneree	3	-	3	-	-
Altre malattie da spirochete	2	-	2	-	-
Micosi	21	11	32	1,00	0,1
Elmintiasi	4	1	5	-	-
Altre malattie infettive e parassitarie	19	19	38	2	0,2
Postumi di malattie infettive e parassitarie	4	7	11	-	-
TOTALE	880	901	1.781	36	4,5

Fonte: SIMI, aziende sanitarie – Archivio SDO

Tra il 1982, anno della prima diagnosi in Italia, ed il 2006, sono stati segnalati 248 casi di AIDS di residenti in provincia di Bolzano. L'incidenza dei casi di AIDS nella Provincia è in progressiva diminuzione a partire dal 1996, con un valore nel 2006 pari a 2,1 casi per 100.000 abitanti (1,8 per 100.000 a livello nazionale).

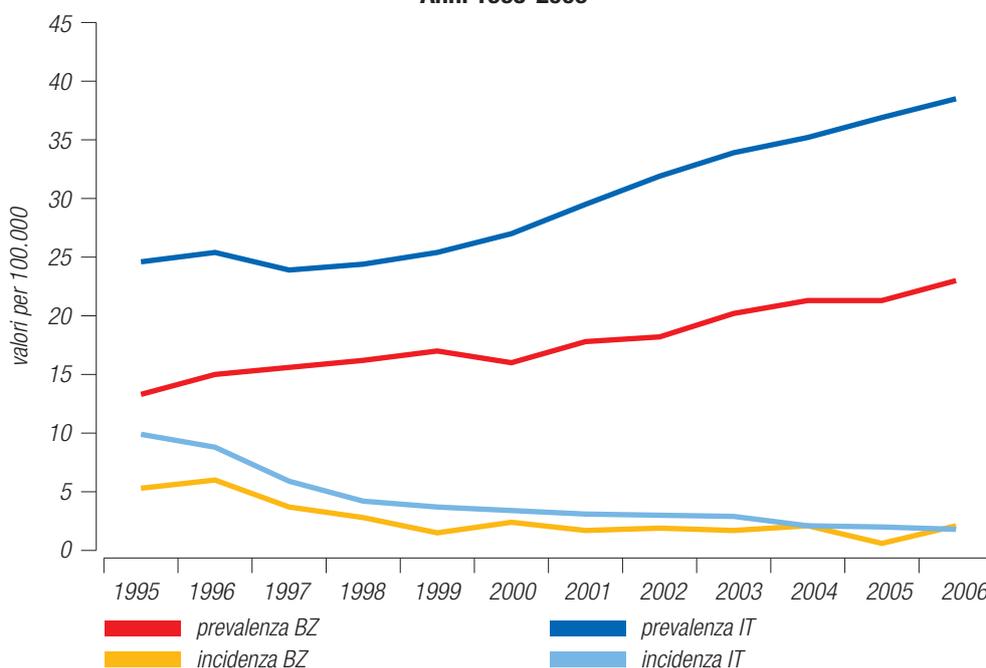
Dai dati nazionali risulta che l'età mediana alla diagnosi sta crescendo nel tempo, da 29 anni nel 1985 a 43 anni nel 2006 tra i maschi, e da 24 a 39 anni tra le femmine. È in aumento inoltre la proporzione di casi attribuibili ai contatti eterosessuali, che costituisce la modalità di trasmissione più frequente a partire dal 2002 (43,8% dei casi nel biennio 2005-2006), seguita nella classifica dei gruppi a rischio da tossicodipendenti (27,9%) e omo/bisessuali (20,9%).

Le nuove infezioni da HIV in Provincia di Bolzano nel 2005 sono state pari a 3,7 per 100.000 abitanti (4,1 nel 2004).

COSA SONO

AREA VASTA

Figura 23: Tassi di incidenza e prevalenza dell'AIDS. Provincia di Bolzano e Italia - Anni 1995-2006



3.7. MALATTIE RARE

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

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

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

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

Attraverso lo studio delle SDO dal 2002 al 2004, si è potuto stimare che in provincia di Bolzano i pazienti affetti da malattia rara sono circa 2.600. Nel 2006 le esenzioni attive per malattie rare contavano poco più di 1.340 persone per un totale di oltre 100 diverse patologie, a dimostrazione che non tutti i pazienti affetti da queste malattie richiedono poi l'esenzione. L'esenzione più frequente per malattia rara in provincia di Bolzano nel 2006 è quella per cheratocono, una patologia legata alla debolezza strutturale della cornea. In continuo aumento negli ultimi anni anche le esenzioni per sprue celiaca, per la cui tutela il Ministero della Salute ha predisposto una legge specifica, prevedendone di conseguenza l'esclusione dall'elenco delle malattie rare. Nel 2006 si sono registrate 487 esenzioni di sprue celiaca, di cui il 75,3% rilasciate a donne. Rispetto alle esenzioni presenti negli archivi provinciali, però, rimangono escluse tutte le malattie neuromuscolari, nonché tutte le malattie cromosomiche, che hanno un carico assistenziale ed un impegno di sofferenze a volte notevolissimi.

Tabella 12: **Esenzioni più frequenti per malattia rara attive in provincia di Bolzano - Anno 2006**

Malattia rara	Maschi	Femmine	Totale	Età media
Alterazioni congenite del metabolismo del ferro	101	21	122	51,8
Anemie ereditarie	17	18	35	35,4
Carenza congenita di alfa1 antitripsina	25	29	54	30,0
Cheratocono	102	67	169	37,7
Connettiviti indifferenziate	7	53	60	49,9
Dermatomiosite	12	18	30	50,5
Difetti ereditari di coagulazione	46	25	71	38,8
Distrofie retiniche	28	28	56	45,8
Immunodeficienze primarie	17	20	37	34,9
Neurofibromatosi	18	25	43	34,2
Sindrome del nevo displastico	44	47	91	35,2
Sindromi androgenitali congenite	17	25	42	26,3
Altre esenzioni di malattie rare	230	304	534	39,3
TOTALE	664	680	1.344	39,5

Fonte: Esenzioni ticket

3.8. SALUTE MENTALE E PSICOLOGICA

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

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

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

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

ASSISTITI DAI CSM

Nel corso del 2006 sono state assistite 8.442 persone dai Centri di Salute Mentale provinciali, pari a 23,6 per 1.000 abitanti. La minor prevalenza di assistiti si rileva presso il CSM di Merano (13,3 per 100.000), la maggiore presso il CSM di Brunico (24,3 per 1.000).

Figura 24: **Assistiti dai CSM per azienda sanitaria per 1.000 abitanti. Provincia di Bolzano - Anni 1999-2006**

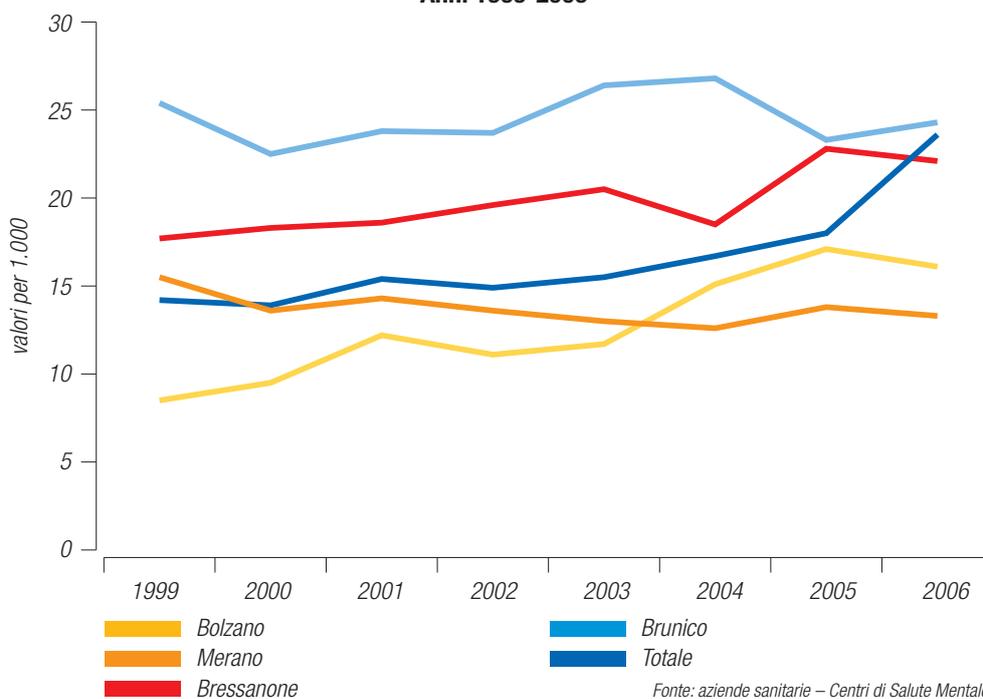


Tabella 13: Prestazioni erogate dai CSM per azienda sanitaria - Anno 2006

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico
Rivolte al paziente				
Visite psichiatriche	145.557	7.308	7.308	4.327
Colloqui clinico psicologici	2.995	1.472	12	1.206
Colloqui (da altre figure professionali)	4.060	47.015	n.d.	8.600
Consulenze nei reparti dell'ospedale	1.118	112	755	612
Accertamenti medico-legali	315	n.d.	-	39
Accertamento legale di tipo psicologico o sociale	n.d.	462	n.d.	n.d.
Valutazione standardizzata mediante test	302	n.d.	6	66
Psicoterapia individuale	3.542	1.472	2.638	5.637
Psicoterapia di coppia	107	n.d.	-	-
Psicoterapia familiare	380	69	23	431
Psicoterapia di gruppo	501	1.206	130	374
Somministrazione di farmaci	1.498	29.892	5.015	8.629
Rivolte alla famiglia				
Colloqui con i familiari	1.192	2.143	n.d.	12.000
Interventi informativi e psicoeducativi rivolti alla famiglia (individuali)	112	n.d.	n.d.	2.000
Interventi informativi e psicoeducativi rivolti alla famiglia (di gruppo)	82	n.d.	24	300
Attività di integrazione del trattamento con altri servizi	n.d.	4.518	-	1.200
Riunioni - incontri con il medico di medicina generale e altre strutture socio-sanitarie	2.771	n.d.	876	610
Attività di riabilitazione				
Interventi sulle abilità di base (individuali)	26.824	16.791	n.d.	22.000
Interventi sulle abilità di base (gruppo)	2.240	n.d.	n.d.	1.200
Interventi di risocializzazione (individuali)	12.258	n.d.	n.d.	18.000
Interventi di risocializzazione (gruppo)	3.040	n.d.	n.d.	2.400
Soggiorni - vacanze - gite	218	n.d.	n.d.	1.810
Interventi di tipo espressivo, pratico manuale e motorio (individuali)	2.014	2.368	n.d.	395
Interventi di tipo espressivo, pratico manuale e motorio (gruppo)	2.118	n.d.	n.d.	1.682
Formazione lavorativa	2.286	n.d.	n.d.	n.d.
Attività socioassistenziale				
Interventi di supporto alle attività della vita quotidiana	2.512	2.406	n.d.	28.000
Interventi per problemi amministrativi sociali e legali	9.252	13	n.d.	1.100
Interventi sulla rete sociale del paziente	19.776	n.d.	n.d.	2.800

Fonte: aziende sanitarie - Centri di Salute Mentale

Le dimissioni ospedaliere di pazienti con diagnosi principale di tipo psichiatrico nel 2006 sono state complessivamente 3.421 pari ad un tasso di 707,6 per 100.000 abitanti.

Anche nel caso delle dimissioni ospedaliere prevalgono le diagnosi di psicosi affettiva (26,7%), seguite dalla sindrome da dipendenza da alcol (13,8%), dai disturbi neurotici (10,9%) e dalle psicosi schizofreniche (9,3%).

**DIMISSIONI
OSPEDALIERE**

**ASSISTITI DAI SERVIZI
PSICOLOGICI**

Tabella 14: **Dimissioni ospedaliere per diagnosi psichiche - Anno 2006**

	Casi	Tasso x 100.000
Stati psicotici organici senili e presenili	281	58,1
Psicosi alcoliche	81	16,8
Psicosi da farmaci	26	5,4
Stati psicotici organici transitori	48	9,9
Altri stati psicotici organici	28	5,8
Psicosi schizofreniche	318	65,8
Psicosi affettive	915	189,3
Stati paranoici	29	6,0
Altre psicosi non organiche	114	23,6
Psicosi con origine specifica nell'infanzia	7	1,4
Disturbi neurotici	373	77,2
Disturbi della personalità	152	31,4
Deviazioni e disturbi sessuali	1	0,2
Sindrome di dipendenza alcol	471	97,4
Farmacodipendenza	51	10,5
Abuso di droghe senza dipendenza	206	42,6
Disfunzioni somatiche	40	8,3
Sintomi o sindromi speciali	81	16,8
Reazione acuta a sit. Stressanti	26	5,4
Reazione di adattamento	95	19,6
Disturbi psichici specifici	12	2,5
Disturbi depressivi non classificati altrove	12	2,5
Disturbi della condotta	15	3,1
Disturbi dell'emotività	2	0,4
Sindrome ipercinetica infanzia	4	0,8
Ritardi specifici dello sviluppo	2	0,4
Fattori psichici associati a malattie classificate altrove	1	0,2
Oligofrenia lieve	16	3,3
Altre oligofrenie specificate	6	1,2
Oligofrenia non specificata	8	1,7
ATTIVITÀ SOCIOASSISTENZIALE	3421	707,6

Fonte: aziende sanitarie – Centri di Salute Mentale

Gli assistiti dai servizi psicologici nel corso del 2006 sono stati 7.476, il 41,7% dei quali nuovi pazienti. Escludendo le prestazioni di prevenzione, sono state erogate complessivamente 59.938 prestazioni, in media 8,0 prestazioni per utente.

Tabella 15: **Assistiti dai servizi psicologici per azienda sanitaria - Anno 2006**

	Assistiti	di cui nuovi assistiti	Assistiti per 1.000 abitanti
Bolzano	2.687	1.030	12,5
Merano	2.240	1.080	17,8
Bressanone	1.260	500	18,2
Brunico	1.289	505	17,7
TOTALE	7.476	3.115	15,5

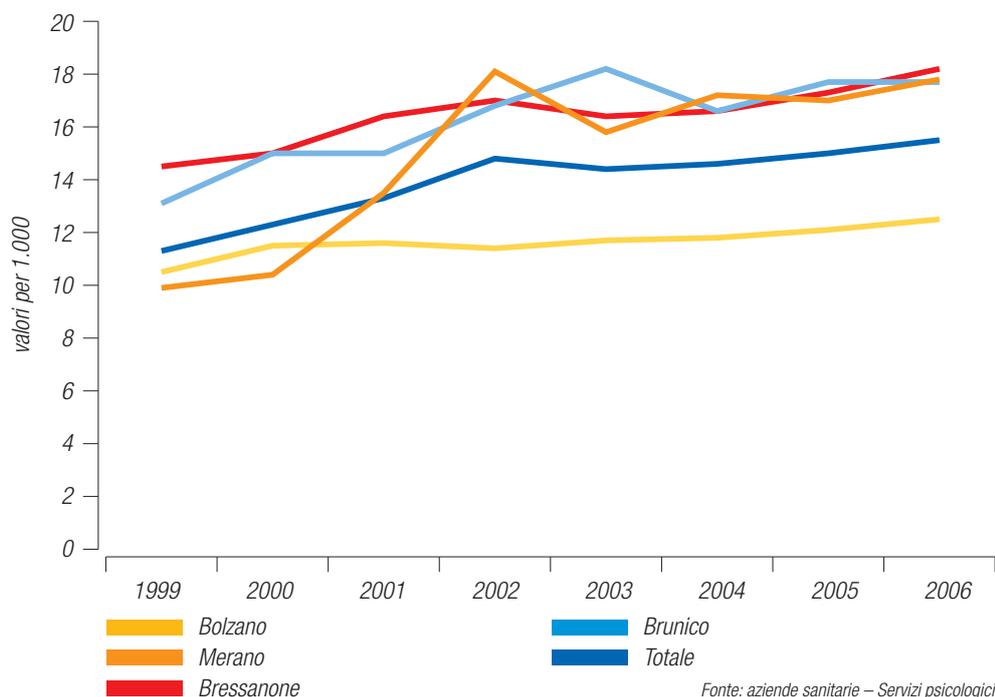
Fonte: aziende sanitarie – Servizi psicologici

Tabella 16: **Prestazioni erogate dai servizi psicologici per azienda sanitaria - Anno 2006**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Valutazione diagnostica	5.114	5.766	2.026	4.070	16.976
Consulenza psicologica	7.154	8.176	4.753	4.358	24.441
Psicoterapia	5.925	1.897	3.045	2.320	13.187
Discussione caso, interdisciplinari	2.038	1.532	1.246	518	5.334
Prevenzione	1.250	1.510	826	657	4.243
TOTALE	21.481	18.881	11.896	11.923	64.181

Fonte: aziende sanitarie – Servizi psicologici

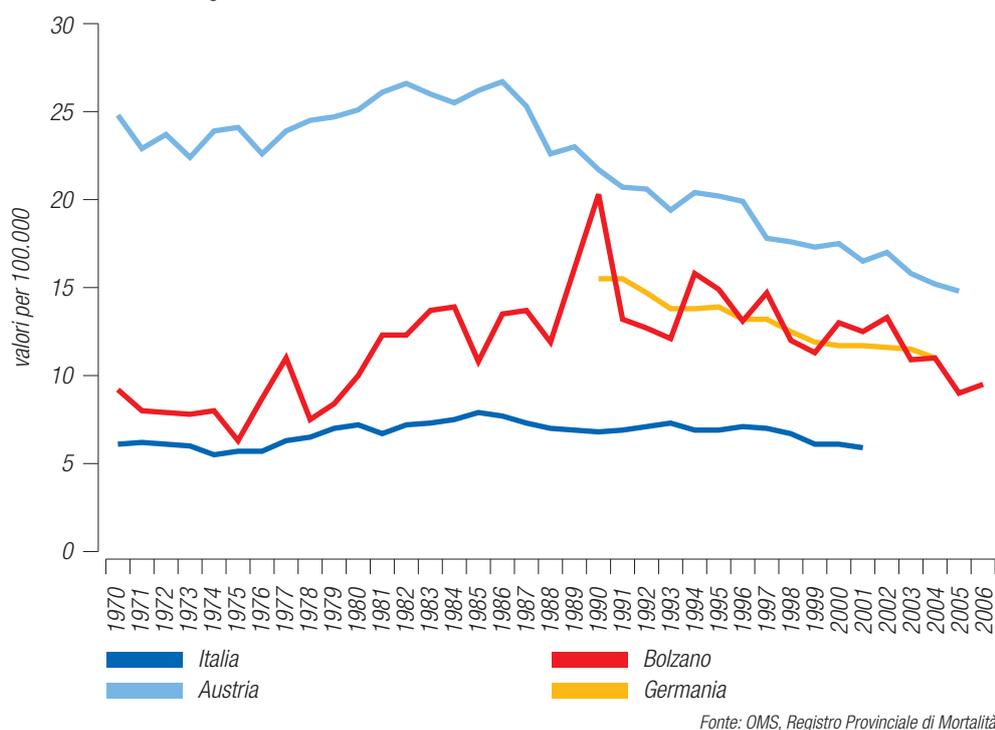
Figura 25: Assistiti dai servizi psicologici per azienda sanitaria - Anni 1999-2006



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.

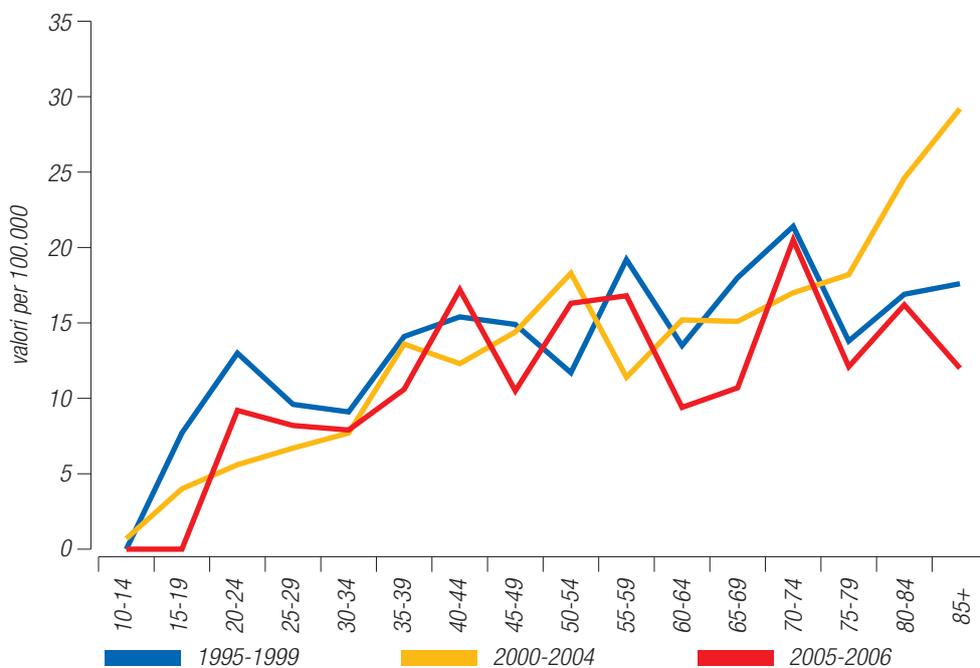
SUICIDI

Figura 26: Tasso di suicidio in aree limitrofe. Anni 1970-2006



Gli uomini sono più esposti delle donne, con un rischio stimato fino a 4 volte superiore. Nel corso del tempo sembra emergere una diminuzione del tasso di suicidio nelle classi di età più giovani ed un aumento dei suicidi tra i più anziani.

Figura 27: Tasso di suicidio per classi di età in diversi periodi



Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

3.9. EVENTI ACCIDENTALI

3.9.1. Incidenti stradali

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

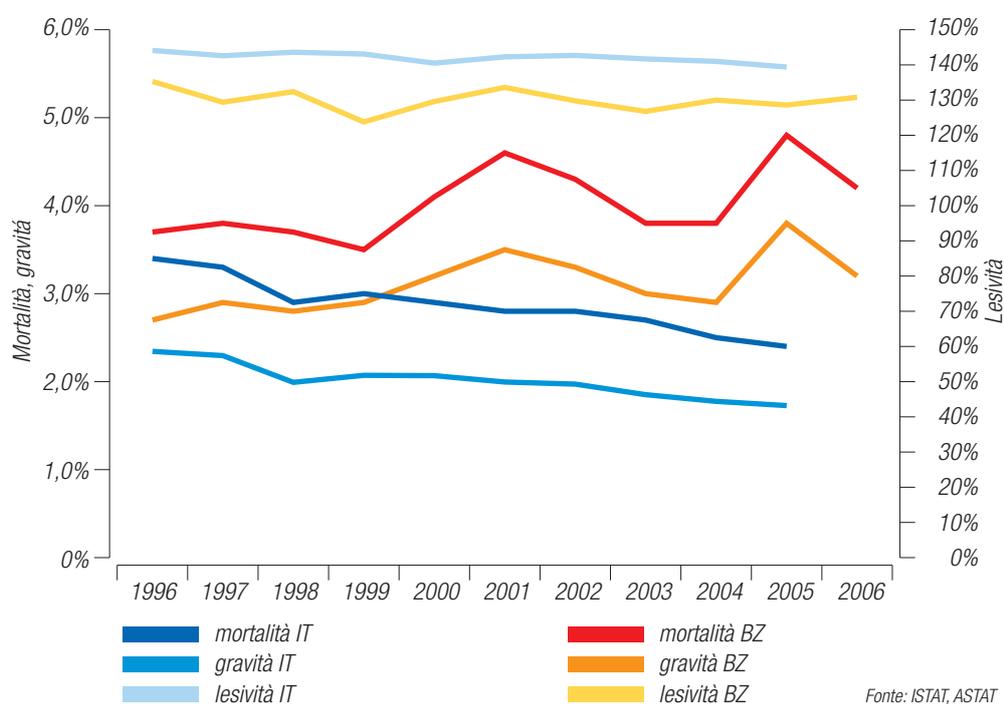
Gli esiti dell'incidente si differenziano secondo il tipo di strada. Il 45,3% dei decessi è avvenuto su una strada statale, il 20,8% su strada provinciale, il 18,9% su una strada urbana. Il 45,1% dei feriti è a seguito di incidenti verificatisi su una strada statale, il 32,1% su una strada urbana ed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

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

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

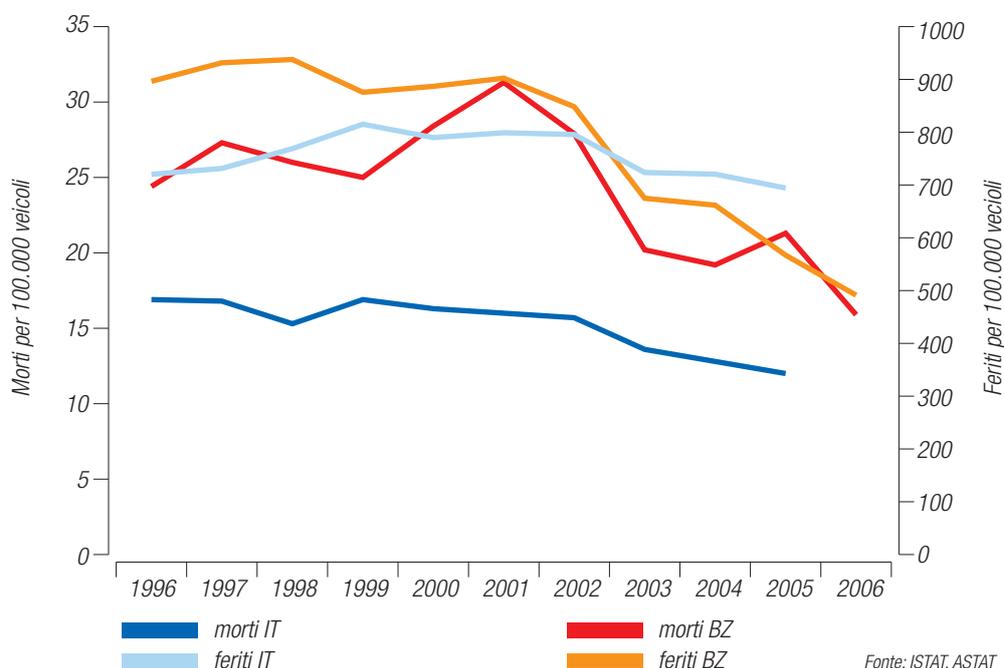
Una stima dei costi sociali per gli incidenti stradali, che tiene conto dei costi umani e sanitari, della perdita della capacità produttiva e dei danni materiali, indica in 1,28 milioni di Euro il costo sociale per ogni persona deceduta, ed in 24.700 Euro il costo sociale per ogni persona infortunata in un incidente stradale. Rispetto agli eventi incidentali del 2006 si arriva quindi ad una stima complessiva del costo sociale pari a 108,5 milioni di Euro in provincia di Bolzano, 40,6 milioni a causa dei ferimenti negli incidenti stradali e 67,9 a causa dei decessi. Per ogni residente il costo degli incidenti stradali nel 2006 è stimabile in misura pari a 224,4 Euro.

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



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

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



3.9.2. Infortuni lavorativi e malattie professionali

Nel corso del 2006 sono stati comunicati complessivamente 17.544 infortuni sul lavoro (+1,0% rispetto al 2005), 12 dei quali mortali (come nel 2005), e 282 malattie professionali nel settore dell'industria (non è disponibile il dato per il settore dell'agricoltura). L'85,2% degli infortuni e 8 dei 12 casi mortali si sono verificati nel settore dell'industria, mentre i restanti 4 decessi sono stati rilevati nel settore agricolo.

Il confronto dei dati provinciali con quelli delle altre regioni italiane, basato sulla media del triennio 2002-04, evidenzia una frequenza relativa di infortuni indennizzati rispetto al numero degli esposti pari a 37,67 per 1.000, superiore alla media nazionale (32,21 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 2002-04 indica in 3,04 i giorni di lavoro persi per ciascun addetto a seguito di infortunio sul lavoro. L'indice di gravità degli infortuni denunciati in Provincia di Bolzano è superiore ai valori medi nazionali (2,92).

BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. GRUPPI VULNERABILI

La natimortalità è pari al 2,6 per mille, inferiore a quella nazionale e tra le più basse in Europa.

Il tasso di natalità (11,2 per 1.000) è tra i più alti in Italia.

Il 6,3% dei neonati aveva alla nascita un peso basso o bassissimo.

Le malformazioni congenite in neonati nel 2006 sono state 92.

I morti nel primo anno di vita nel 2006 sono stati 17. Il tasso di mortalità infantile (3,1 per 1.000) è tra i più bassi in Italia.

Il 67% dei decessi infantili avviene nel primo mese di vita, a conferma del forte peso dei fattori di mortalità endogeni.

Il tasso di mortalità tra 1 e 14 anni è in linea con il dato nazionale.

Le coperture vaccinali a 24 mesi per la coorte di nascita 2004, presentano a livello provinciale coperture inferiori al livello ottimale del 95%: 89,9% polio, 89,6% difterite-tetano, 89,1% epatite B, 65,9% morbillo e 89,0% HiB.

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

Il 71,2% degli anziani soffre di almeno una patologia cronica: il 52,1% di ipertensione, il 30,0% di cardiopatie, il 12,7% di diabete.

I tassi di ospedalizzazione della popolazione anziana appaiono in diminuzione rispetto agli anni precedenti, e sono pari a 393,1 per 1.000 tra gli over 64 anni, ed a 528,8 per 1.000 tra gli over 74 anni.

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

La salute infantile è un tema sanitario prioritario, sulla quale si può intervenire migliorando l'approccio e l'accesso alle cure, rendendo più disponibili assistenza qualificata, trattamenti farmacologici e formazione degli operatori, ma anche attraverso semplici interventi preventivi da attuare nel corso dei primi anni di vita del bambino.

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

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

zioni di salute ed ai bisogni sanitari della popolazione straniera residente in Provincia di Bolzano è dedicato il "Profilo stranieri", riportato in Appendice.

4.1. BAMBINI

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

Durante la gravidanza e dopo il parto dovrebbero essere illustrati alla madre 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.

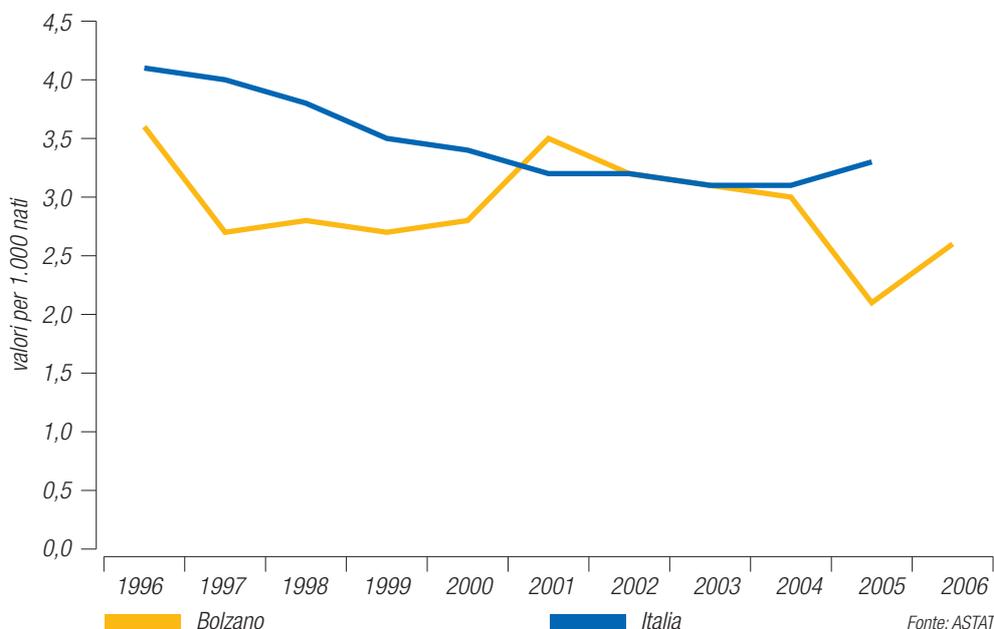
Nel corso dell'infanzia, attraverso le vaccinazioni, c'è il primo contatto del bambino con le scelte preventive di salute, nonché l'insorgere delle prime necessità assistenziali.

La definizione di nato morto secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è identificabile con quella di mortalità fetale tardiva, che fa riferimento ad una durata della gestazione superiore a 28 settimane. La durata della gravidanza che discrimina tra aborto e nato morto secondo la legislazione italiana è pari a 180 giorni (25 settimane +5 giorni). La natimortalità in provincia di Bolzano, con un tasso di 2,6 nati morti ogni 1.000 nati nel 2006 (14 casi), è inferiore a quella nazionale, ed è tra le più basse in Europa.

NATIMORTALITÀ

108

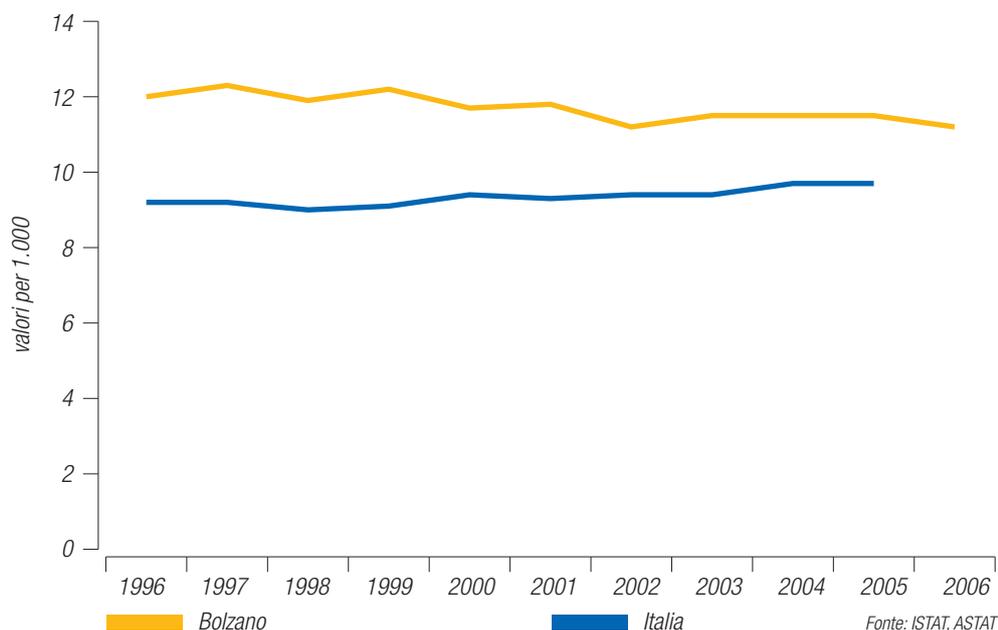
Figura 1: Tasso di natimortalità. Provincia di Bolzano e Italia - Anni 1996-2006



NATALITÀ

I bambini nati nel 2006 da donne residenti sono stati 5.409, per un corrispondente tasso di natalità pari a 11,2 per 1.000 residenti. La tendenza negli ultimi dieci anni è quella di una leggera riduzione del tasso, anche conseguentemente all'invecchiamento della popolazione, mentre a livello nazionale, pur con valori inferiori a quelli locali, si registra una tendenza inversa, frutto del contributo alla natalità dato dalla popolazione immigrata.

Figura 2: Tasso di natalità. Provincia di Bolzano e Italia - Anni 1996-2006



Le misure più frequenti dei neonati sono un peso tra 3.000 e 3.500 grammi (42,5%), una lunghezza tra 50 e 54 centimetri (61,4%) ed una circonferenza cranica tra 35 e 39 centimetri (50,6%).

I neonati sottopeso sono pari al 6,3% del totale: 5,2% con basso peso e 1,1% con peso bassissimo.

Tabella 1: **Peso, lunghezza e circonferenza cranica dei bambini nati in provincia di Bolzano da donne residenti - Anno 2006**

PESO			LUNGHEZZA			CIRCONFERENZA CRANICA		
grammi	v.a.	%	centimetri	v.a.	%	centimetri	v.a.	%
fino a 1.499	57	1,1	fino a 30	3	0,1	fino a 20	1	0,0
1.500-2.499	276	5,2	30-39	45	0,8	20-24	10	0,2
2.500-2.999	1.047	19,8	40-44	105	2,0	25-29	59	1,1
3.000-3.499	2.245	42,5	45-49	1.798	34,0	30-34	2.532	47,9
3.500-3.999	1.345	25,4	50-54	3.245	61,4	35-39	2.672	50,6
4.000-4.999	314	5,9	Oltre 55	91	1,7	40-44	2	0,0
5.000 e più	3	0,1				oltre 45	11	0,2

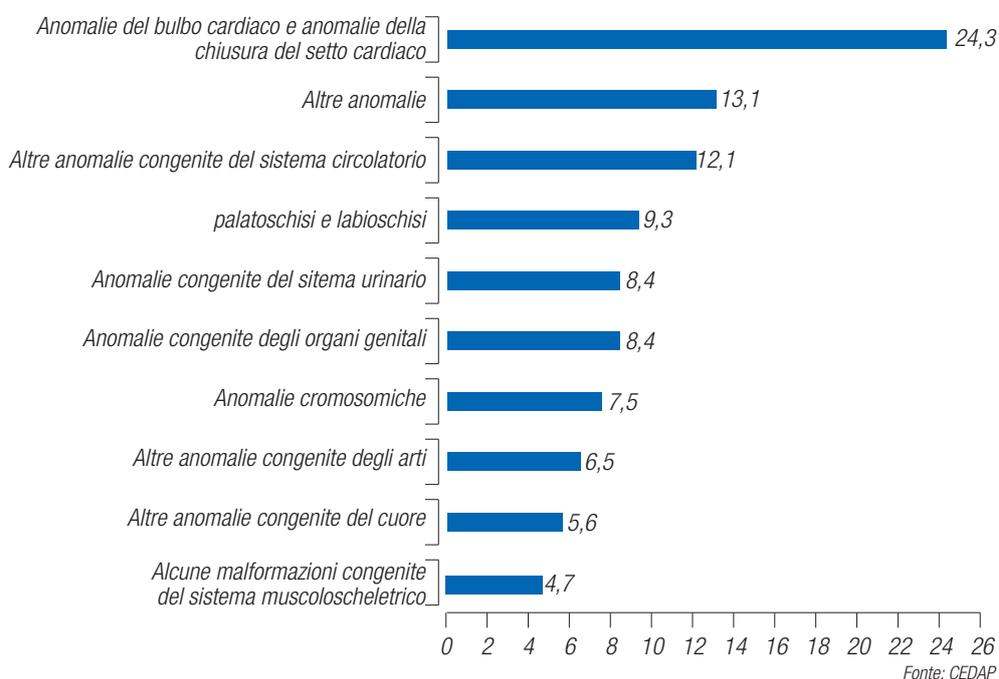
Fonte: CEDAP

Nel 2006 sono state registrate 92 malformazioni congenite in neonati in provincia da donne residenti (1,9%), 26 delle quali erano anomalie del bulbo cardiaco o anomalie della chiusura del setto (24,3%).

MISURE ALLA NASCITA

MALFORMAZIONI
CONGENITE

Figura 3: **Malformazioni congenite alla nascita in provincia di Bolzano da donne residenti - Anno 2006**



MORTALITÀ INFANTILE

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

Nel periodo 1995-2006 il 66,9% dei decessi è avvenuto nel primo mese di vita, l'80,5% 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 (59,6% dei casi nel periodo 1995-2004): nel 34,1% dei casi la morte è dovuta ad una gestazione breve o ad un basso peso alla nascita, nel 5,8% ad una sindrome di difficoltà respiratoria, nel 5,8% ad una ipossia intrauterina o ad una asfissia alla nascita. Le malformazioni congenite sono responsabili del 23,3% dei decessi (nel 9,9% dei casi sono malformazioni cardiache, nel 4,5% sono aberrazioni cromosomiche) mentre nel 3,6% dei casi la causa è una malattia infettiva.

DIMISSIONI OSPEDALIERE
NEL PRIMO ANNO DI VITA

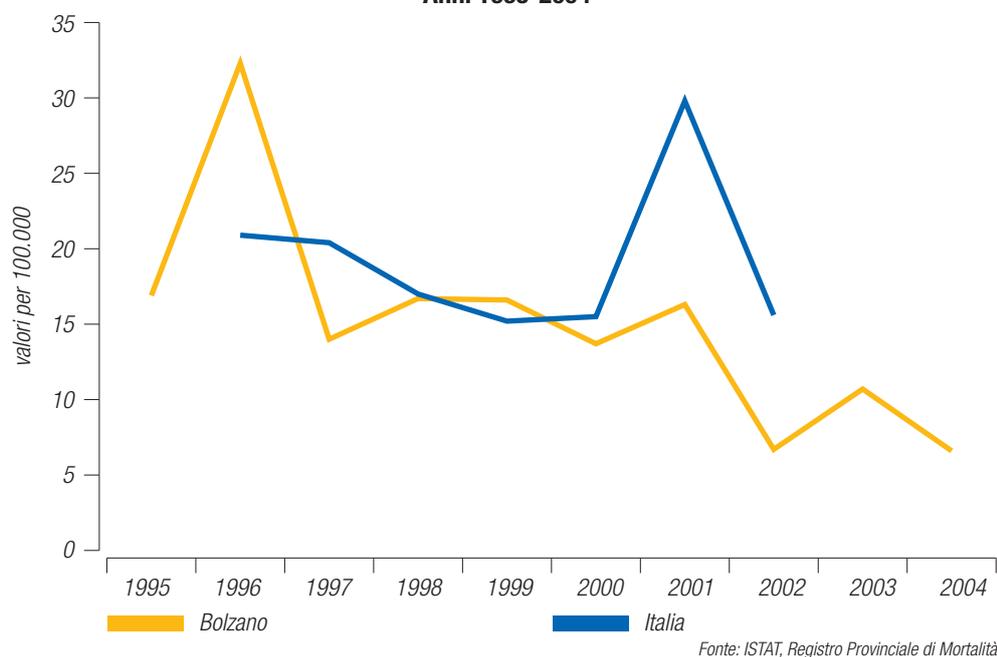
Nel 2006 ci sono state, esclusi i nati vivi sani, 2.116 dimissioni ospedaliere da reparti per acuti di bambini residenti nel loro primo anno di vita (391,2 per 1.000 nati vivi), il 43,1% delle quali per condizioni morbose di origine perinatale, il 15,1% per malattie dell'apparato respiratorio, il 6,6% per malformazioni congenite ed il 6,0% per malattie infettive e parassitarie.

MORTALITÀ TRA 1 E 14
ANNI

Nel 2004 sono stati osservati in provincia 5 decessi (6,6 per 100.000) nella popolazione tra 1 e 14 anni, rispetto ad una media nel periodo 1995-2004 di 10,9 decessi annui. I dati provinciali, pur nella variabilità dovuta alla dimensione del fenomeno, sono confrontabili con quelli nazionali.

Sul totale dei 109 decessi osservati nel periodo 1995-2004 il 40,4% è causato da traumi ed avvelenamenti (44 casi), il 14,7% da tumori (16 casi, di cui 6 tumori maligni dell'encefalo). Seguono quindi tra le cause di decesso le malattie infettive (9,2%), le malattie del sistema nervoso (8,3%) e le malformazioni congenite (8,3%).

Figura 4: Tasso di mortalità nella popolazione 1-14 anni. Provincia di Bolzano e Italia - Anni 1995-2004



Nel 2006 sono state registrate 5.125 dimissioni ospedaliere da reparti per acuti tra i residenti di età 1-14 anni (67,1 per 1.000 abitanti). La diagnosi principale di dimissione è stata nel 23,2% dei casi una malattia dell'apparato respiratorio, nel 22,0% un traumatismo o un avvelenamento, e nel 12,0% 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 2004 presentano a livello provinciale coperture inferiori al livello ottimale del 95%, sia per le vaccinazioni obbligatorie (89,9% polio, 89,6% difterite-tetano, 89,1% epatite B), sia per le vaccinazioni raccomandate (65,9% morbillo e 89,0% HiB).

Tabella 2: Coperture vaccinali a 24 mesi per azienda sanitaria - Coorte di nascita 2004

	Polio	Difterite Tetano	Epatite B	Morbillo	HiB
Bolzano	90,2%	90,0%	89,4%	73,1%	88,7%
Merano	90,8%	89,8%	89,4%	56,4%	89,0%
Bressanone	86,5%	86,5%	86,2%	60,2%	88,1%
Brunico	91,1%	91,0%	91,0%	68,1%	90,9%
TOTALE	89,9%	89,6%	89,1%	65,9%	89,0%

Fonte: aziende sanitarie, Consorzio dei Comuni

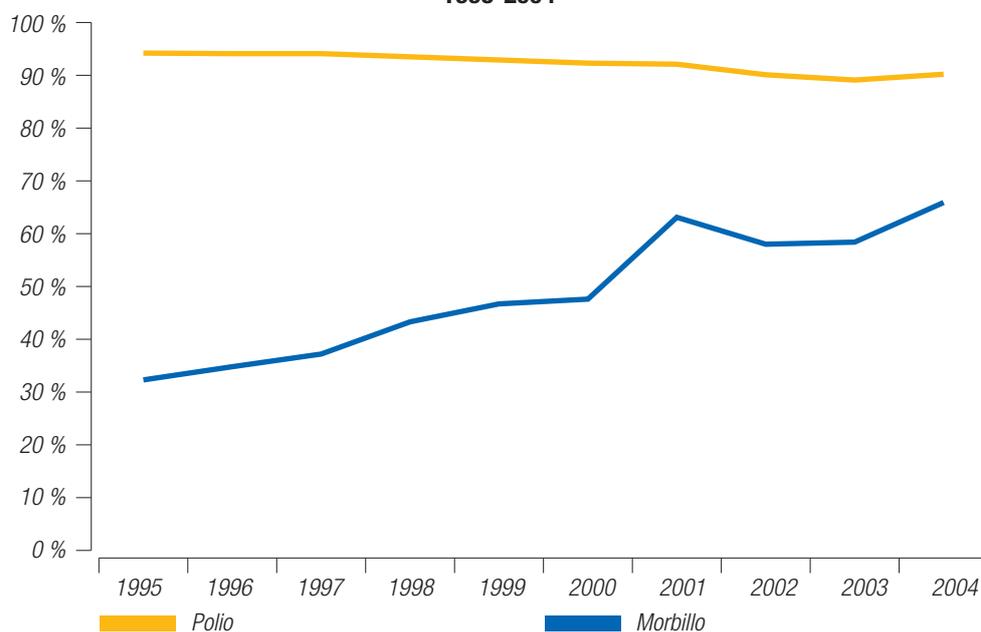
Il tasso di copertura vaccinale a 24 mesi è in diminuzione per la polio, mentre aumenta il tasso di copertura per il morbillo, variato da 32,3% per la coorte 1995 a 65,9% per la coorte 2004.

DIMISSIONI OSPEDALIERE
TRA 1 E 14 ANNI

111

COPERTURA VACCINALE

Figura 5: Tasso di copertura vaccinale a 24 mesi per polio e morbillo - Coorti di nascita 1995-2004



Fonte: aziende sanitarie, Consorzio dei Comuni

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%). Aspetti sempre più importanti della condizione anziana diventano inoltre la perdita dell'autosufficienza e il bisogno continuo di assistenza.

La popolazione oltre i 64 anni di età residente in provincia al 31 dicembre 2006 era pari a 82.492 unità mentre la popolazione con più di 74 anni era pari a 38.363 unità. Le donne sono maggiormente rappresentate tra gli anziani, e sono pari al 58,1% della popolazione over 64 anni, ed al 63,6% della popolazione over 74 anni.

Tra il 1997 ed il 2006 la popolazione over 64 è cresciuta del 21,6%, passando dal 14,7% al 17,0% della popolazione totale, mentre la popolazione over 74 è cresciuta del 35,5%, passando dal 6,0% al 7,9% dei residenti.

Tabella 3: **Popolazione anziana per sesso e azienda sanitaria. Provincia di Bolzano, Anno 2006**

	Over 64 anni		Over 74 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Bolzano	16.661	23.449	6.686	12.102
Merano	8.882	12.424	3.645	6.316
Bressanone	4.294	5.951	1.707	3.025
Brunico	4.758	6.073	1.935	2.947
TOTALE	34.595	47.897	13.973	24.390

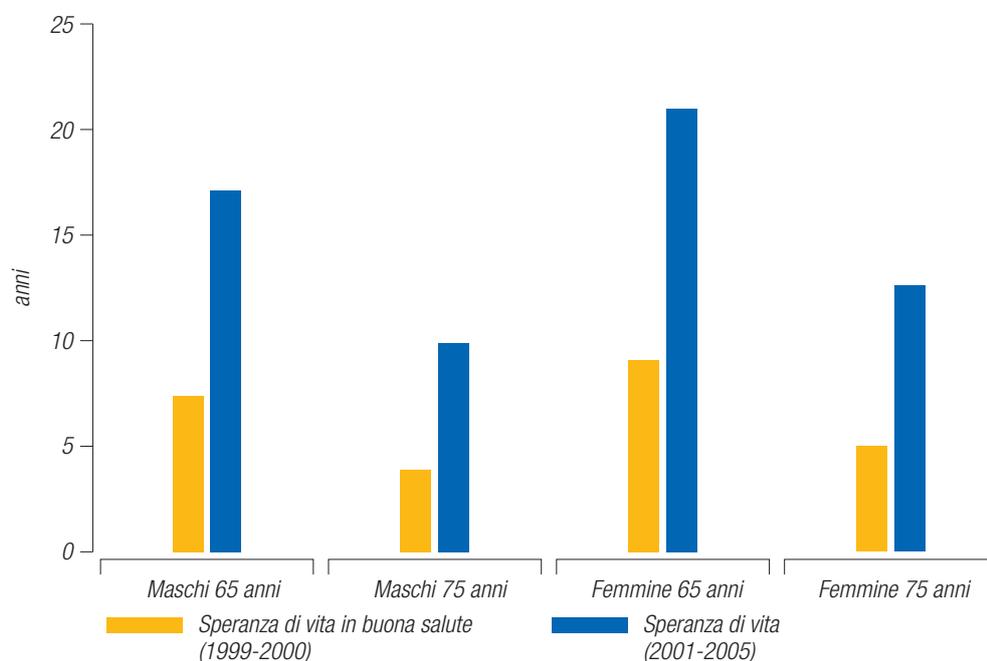
Fonte: ASTAT

La speranza di vita a 65 anni (2001-2005) è pari a 17,1 anni per gli uomini ed a 21,0 anni tra le donne, con una durata attesa della vita quindi di 82,1 anni per gli uomini e di 86,0 anni per le donne. La speranza di vita a 75 è pari a 9,9 anni per gli uomini ed a 12,6 anni per le donne, con una durata attesa di vita rispettivamente di 84,9 anni e 87,6 anni.

La speranza di vita della popolazione anziana in provincia è comparabile a quella nazionale, 17,4 e 10,6 anni per i maschi rispettivamente a 65 e 75 anni, 21,4 e 13,3 anni per le femmine rispettivamente a 65 e 74 anni (tavola 2004).

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

Figura 6: **Speranza di vita e speranza di vita in buona salute nella popolazione anziana**



Fonte: ISTAT, ASTAT

I malati cronici tra gli anziani in provincia di Bolzano nel 2006, secondo il progetto mappatura, sono pari a 61.370, il 58,6% dei quali di sesso femminile. La prevalenza di malati cronici nella popolazione anziana è pari al 71,2% (24,1% nella popolazione generale); in particolare, soffre di una patologia cronica il 69,3% delle persone tra 65 e 74 anni ed il 79,7% a partire da 75 anni di età.

Il 52,1% degli anziani soffre di ipertensione, il 30,0% di cardiopatie ed il 12,7% di diabete.

Il morbo di Parkinson è presente nel 2,8% della popolazione anziana, la malattia di Alzheimer nell'1,0%.

Tabella 4: **Prevalenza di patologia croniche nella popolazione a partire da 65 anni di età per azienda sanitaria. Valori per 100.000 abitanti - Anno 2006**

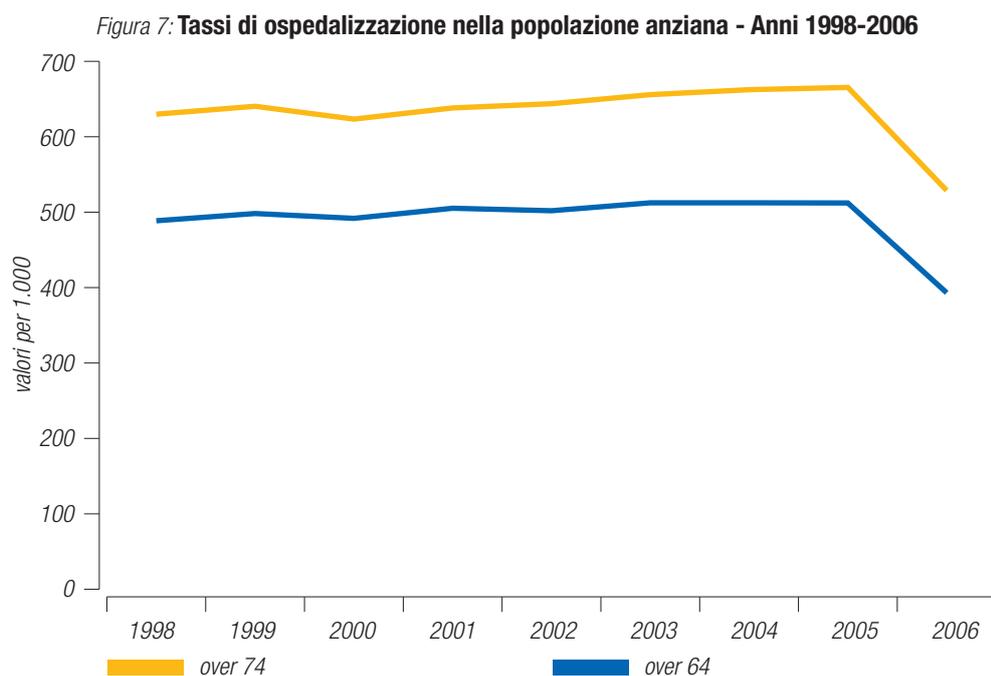
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Portatori di trapianto	20,6	13,9	17,6	11,1	17,3
Insufficienza renale	237,8	217,9	242,0	222,2	231,3
HIV e AIDS	2,8	1,2	1,3	1,1	2,0
Neoplastici	1.493,1	1.501,5	1.488,5	1.350,6	1.475,2
Diabete	1.327,8	1.234,4	1.286,5	1.122,7	1.270,3
Ipertensione	5.424,5	5.047,9	5.056,5	4.896,6	5.212,5
Cardiopatìa	2.733,4	3.292,1	3.168,0	3.241,6	2.997,4
Vasculopatìa	501,0	511,6	371,9	435,9	479,6
Broncopneumopatìa	806,0	750,2	724,3	680,5	764,8
Epato-Enteropatìa	154,0	172,8	128,2	96,2	147,9
MRGE	349,8	362,8	428,5	283,6	354,0
Epilessia	119,8	151,2	136,4	202,8	140,9
Parkinson	259,5	310,7	339,1	259,8	282,9
Alzheimer	136,1	81,9	48,5	78,6	104,3
Sclerosi Multipla	11,8	23,6	9,4	6,8	13,8
Demenze	120,7	98,2	58,3	54,2	99,0
Artrite reumatoide	109,1	92,7	105,4	102,8	103,8
LES	11,1	4,2	12,8	7,5	9,1
Sclerosi Sistemica	7,0	5,7	5,0	8,8	6,6
Malattia di Sjörger	7,8	5,7	2,5	1,2	5,7
Spondilite anchilosante	4,1	3,5	1,9	0,0	3,1
Miastenia gravis	4,9	4,9	2,5	3,8	4,5
Tiroidite di Hashimoto	57,7	27,9	10,9	7,2	37,6
Anemie emolitiche	1,1	8,1	3,7	5,7	3,8
Acromegalia	3,0	1,9	1,2	2,3	2,4
Diabete Insipido	0,5	0,6	1,3	0,0	0,6
Morbo di Addison	4,9	4,8	4,3	4,9	4,8
Iper-Ipparatiroidismo	7,8	7,4	8,4	19,2	9,3
Ipotiroidismo	711,5	1.028,0	934,2	1.264,7	893,8
Sindrome di Cushing	0,6	1,3	0,0	1,1	0,8
Morbo di Basedow	15,3	25,2	24,2	17,2	19,2
Nanismo ipofisario	0,0	0,0	2,5	0,0	0,3
Dislipidemie	1.482,1	1.828,0	909,4	1.553,3	1.509,1
Psicosi	79,1	93,7	123,9	211,2	106,2

Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

DIMISSIONI OSPEDALIERE

Le dimissioni ospedaliere nel 2006 di anziani residenti sono state 31.915 per la popolazione over 64 anni, e 19.962 per la popolazione over 74 anni. In entrambi i gruppi il tasso di ospedalizzazione, in continua crescita tra il 1998 ed il 2005, ha registrato nel 2006 una sensibile diminuzione, scendendo a 393,1 per 1.000 nella popolazione over 64 ed a 528,8 per 1.000 nella popolazione over 74.

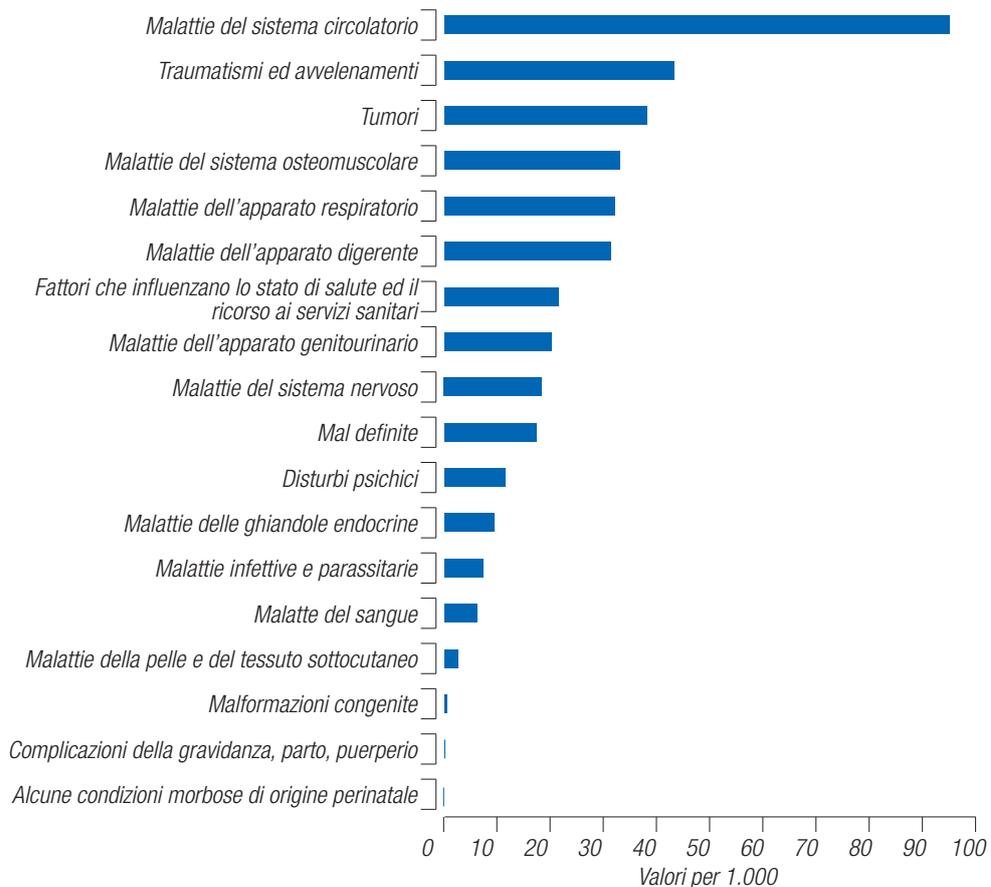
I tassi di ospedalizzazione della popolazione maschile sono sempre superiori a quelli della popolazione femminile. Nel 2006, tra gli over 64 si sono registrate 420,5 dimissioni per 1.000 maschi e 373,4 per 1.000 femmine, mentre tra gli over 74 i tassi sono stati rispettivamente di 578,7 e 500,4 per 1.000.



Le cause di dimissione ospedaliera più frequenti tra i maschi over 64 sono le malattie del sistema circolatorio (26,2%), seguite dai tumori (11,7%) e dalle malattie dell'apparato respiratorio (10,5%). Anche tra le femmine le cause più frequenti sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio (19,6%), seguite dalle malattie del sistema nervoso (14,0%), dalle malattie osteomuscolari (13,1%) e dai traumatismi (9,8%).

Nel complesso, le malattie del sistema circolatorio presentano il maggiore tasso di ospedalizzazione (95,0 per 1.000 abitanti over 64 anni), seguite dai traumatismi ed avvelenamenti (43,1 per 1.000) e dai tumori (38,0 per 1.000).

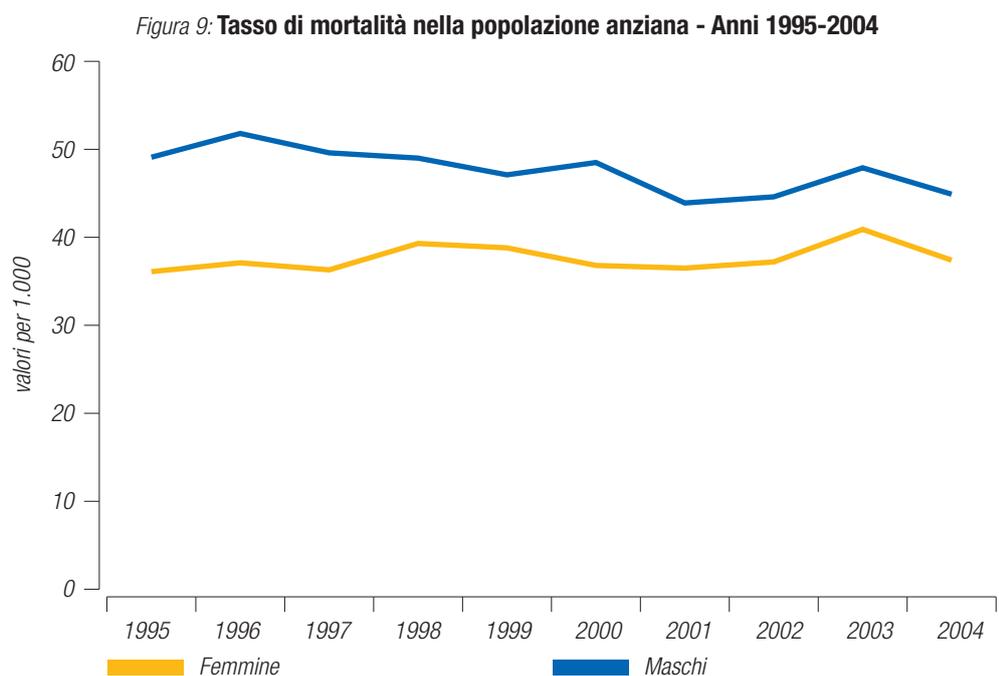
Figura 8: Tasso di ospedalizzazione per causa nella popolazione anziana - Anno 2006



Fonte: aziende sanitarie - Archivio SDO

MORTALITÀ

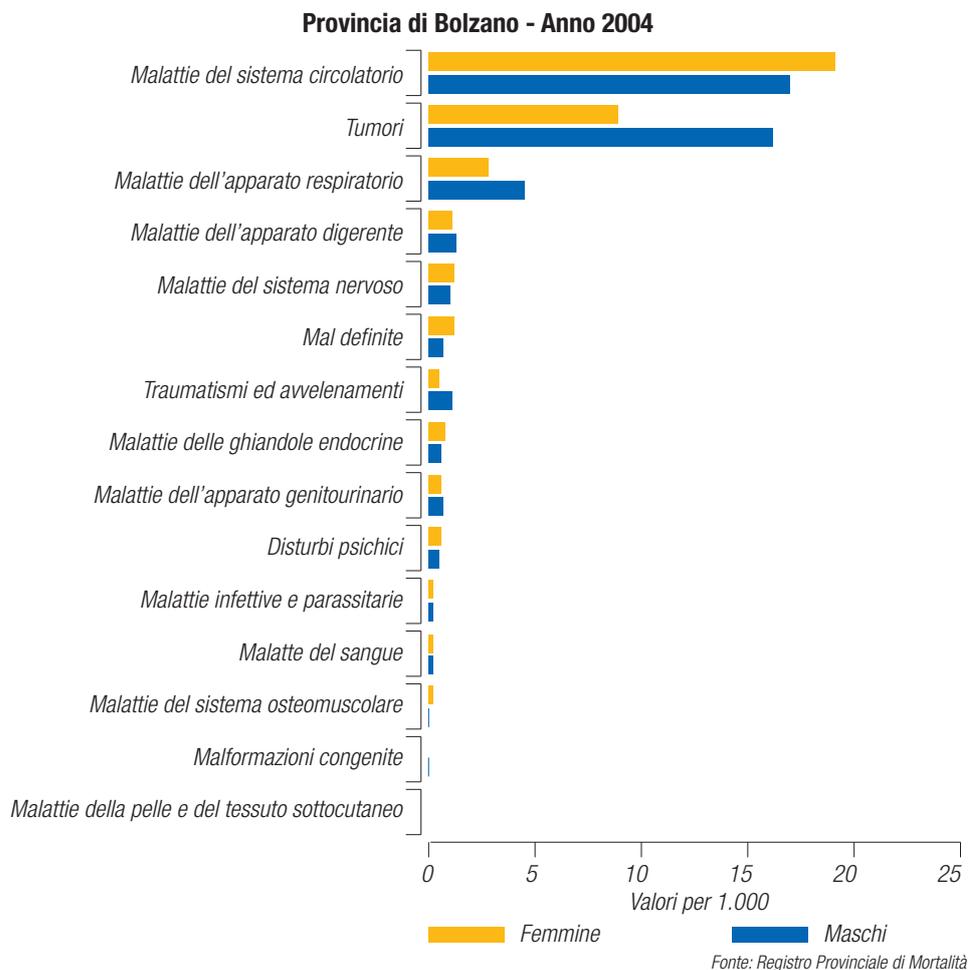
I decessi registrati nella popolazione di età superiore a 65 anni nel 2004 sono stati 1.392 tra i maschi e 1.692 tra le femmine, corrispondenti ad un tasso di mortalità pari rispettivamente a 43,9 per 1.000 ed a 37,4 per 1.000. Nel periodo 1995-2004 la mortalità in questo gruppo di popolazione è tendenzialmente in decremento tra gli uomini ed in aumento tra le donne.



Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

Tra le cause di morte nella popolazione over 64 anni prevalgono le malattie del sistema circolatorio (17,0 per 1.000 tra i maschi e 19,1 per 1.000 tra le donne) ed i tumori (16,2 per 1.000 tra gli uomini e 8,9 per 1.000 tra le donne).

Figura 10: Tasso di mortalità per causa e sesso nella popolazione anziana.

**BIBLIOGRAFIA**

- ISTAT. Demografia in cifre. Database interattivo. URL: <http://demo.istat.it/>
- ISTAT. Sistema di indicatori territoriali. Database interattivo
URL: <http://sitis.istat.it/sitis/html/index.htm>
- ISTAT. Annuario statistico italiano 2006.
- ASTAT. Annuario statistico della provincia di Bolzano. Anni 1995-2006.
- WHO. Maternal and newborn health in the WHO European Region: the challenges and the way forward. Fact sheet EURO/03/05
- Grandolfo M., Donati S., Giusti A. "Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. URL: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf>
- Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, Baglio G, Andreozzi S, Pediconi M, Salinetti S (1999), L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. Ann. Ist. Super. Sanità, 35, 289-296.
- Ministero della salute. Relazione sullo stato sanitario del paese. 2001-2002.
- Ministero della salute. Salute degli anziani. Comunicato stampa, 20 luglio 2005.
- Ministero della salute. Statistiche sui ricoveri ospedalieri. Banca dati interattiva. URL: http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/ric_informazioni/default.jsp
- Censis. "La condizione dell'anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive". 2004
- ASTAT. Tavole di mortalità della popolazione altoatesina. 1997-2001. ASTATInfo 25/02.
- ASTAT. Tavole di mortalità della popolazione altoatesina. 2001-2005. ASTATInfo 07/07.
- ISTAT. Tavole di mortalità della popolazione residente. Anno 2004



Parte Seconda

I livelli di assistenza assicurati

I livelli di assistenza assicurati

1. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA

Il Piano Sanitario Provinciale, in conformità a quanto previsto dalla normativa nazionale, prevede, tra gli altri, il livello essenziale di “assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro”. L’obiettivo del livello è quello di promuovere la salute della popolazione nel suo complesso, garantendo le seguenti prestazioni:

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

Tali livelli di assistenza sono garantiti dai servizi 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 salute mentale, la tutela della salute dell’infanzia, dell’adolescenza e di gruppi di popolazione esposti a particolari rischi (donne, anziani, disabili, categorie di lavoratori, immigrati).

Alla luce del calo ormai accertato delle risorse stanziare e dell’aumento generalizzato della spesa sanitaria, occorre concentrare le forze disponibili su alcune problematiche prioritarie, favorendo il massimo coordinamento interprofessionale ed intersettoriale, e promuovendo una collaborazione efficace fra tutte le strutture competenti nel territorio.

I settori prioritari per i progetti di promozione della salute e di educazione sanitaria sono quelli in cui emerge la necessità di modificare i comportamenti o l’assetto organizzativo e strutturale attuale, in modo da prevenire, o quantomeno ridurre, il rischio di una o più patologie legate a determinati fattori.

Ecco alcune di queste priorità:

- diffondere un’alimentazione sana;
- prevenire il consumo di sostanze che producono dipendenza, in particolare il tabacco e le bevande alcoliche;
- difendere la salute dei bambini, dei giovani e di tutte le categorie della popolazione espo-

- ste a rischi particolari (donne, anziani, disabili, alcune categorie professionali, immigrati ecc.);
- promuovere la salute mentale.

1.1.1. Le iniziative dell'ufficio Igiene e Salute Pubblica

Nel 2006 l'attività dell'ufficio Igiene e Salute Pubblica, nell'ambito della promozione della salute e dell'educazione sanitaria oltre che della prevenzione e del controllo delle malattie infettive, ha abbracciato le seguenti iniziative:

- Prosecuzione del progetto “Health Behaviour in School-aged Children” (HBSC) – Indagine sui comportamenti relativi alla salute dei giovani – (4.168 questionari raccolti in collaborazione con l'Osservatorio epidemiologico);
- Serie di manifestazioni “Mini Med Studium” 2006, dieci conferenze serali su argomenti relativi alla salute tenute da medici della Clinica universitaria di Innsbruck e delle aziende sanitarie della Provincia di Bolzano (numero dei partecipanti: 3.560);
- Prosecuzione delle iniziative in favore della “Difesa della salute dei non-fumatori”:
 - Quit&Win 2006: concorso internazionale a premi per diventare non fumatori
 - Prosecuzione del progetto-pilota per la realizzazione di moduli per smettere di fumare specifici per giovani (finanziamento del progetto-pilota)
 - Progetto “Free your mind”– (finanziamento del progetto-pilota)
 - Attività di informazione continua nell'ambito della campagna informativa “Fallo per te”
 - Partecipazione al “Piano di formazione nazionale sul tabagismo”
 - Indagine: Osservanza della L.P. 3/2003 nei locali pubblici e sui posti di lavoro
- Collaborazione alla campagna provinciale sull'alcol “Sai quando basta?” con particolare attenzione al tema: “Alcol e guida”;
- Iniziative nell'ambito delle giornate mondiali della salute;
- Completamento di un piano pluriennale integrato sull'alimentazione sana a livello provinciale;
- Collaborazione con la fondazione “Vital” nell'ambito delle giornate di promozione del movimento dell'Alto Adige;
- Programmi informativi televisivi in lingua tedesca nell'ambito dell'educazione sanitaria e della prevenzione (“Gesundheitsmagazin”), trasmessi dalla RAI Sender Bozen;
- Programmi radiofonici su tematiche di medicina, sanità ed educazione alla salute in lingua italiana (“Punto e a capo”), trasmessi da Radio RAI;
- Serie di puntate del programma televisivo sulla salute “Vital – Mehr vom Leben” trasmesso da RAI Sender Bozen, che promuove uno stile di vita sano;
- Programma televisivo per bambini “Karamela” trasmesso da RAI Sender Bozen che ha trattato temi relativi alla promozione della salute;
- Messaggi pubblicitari sulla salute attraverso diversi mezzi di comunicazione;
- Pubblicazione dell'opuscolo “Alcol e guida”;
- Pubblicazione dell'opuscolo “Allergico al veleno di ape o al veleno di vespa?”;
- Pubblicazione dell'opuscolo “L'alimentazione nel primo anno di vita”;
- Pubblicazione di un opuscolo per la promozione del movimento;
- Pubblicazione di un opuscolo sullo “Screening neonatale” (Distribuzione nel 2007);
- Stampa e distribuzione della nuova edizione dell'opuscolo informativo “Invalidità civile” (L.P. 46/1978);
- Elaborazione di uno schema per il rilevamento delle misure di prevenzione attuate dalle

- aziende sanitarie;
- Attività nel settore dell'educazione alla salute in collaborazione con le scuole e collaborazione alla programmazione dell'educazione alla salute nelle scuole;
 - Verifica, valutazione e finanziamento di progetti di educazione alla salute dei servizi territoriali delle aziende sanitarie della Provincia di Bolzano;
 - Contributi alle associazioni operanti nel settore dell'educazione sanitaria (L.P. 7/2001);
 - Attività amministrativa volta al finanziamento della fondazione "Vital";
 - Iniziative per l'aggiornamento e l'attività di informazione nel settore delle malattie infettive e per la promozione dell'accettazione delle vaccinazioni:
 - Numerosi articoli di stampa e prese di posizione – Relazioni tenute a Berlino (Robert Koch Institut), Roma (CCM) e Copenhagen (OMS Europa) relativamente alla settimana vaccinale in Alto Adige. Riscontro a 200 lettere e a telefonate relative alle centinaia di richieste dei genitori e di coloro che sono contro le vaccinazioni;
 - Organizzazione di diverse iniziative a carattere informativo in favore dell'associazione provinciale degli albergatori per la prevenzione delle infezioni da legionelle in accordo con le direttive stabilite a livello nazionale;
 - Chat in internet sul tema dell'influenza aviaria, trasmissioni radio, lavoro con i media;
 - Applicazione a livello locale delle disposizioni nazionali per la commercializzazione di funghi;
 - Corsi di aggiornamento per il personale di cucina e per gli organi di controllo inerente il tema "HACCP".

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

L'Assessorato, attraverso l'ufficio Igiene e Salute Pubblica, ha promosso progetti specifici di promozione della salute ed educazione sanitaria realizzati dalle aziende sanitarie, discussi e concordati con gli organi competenti dell'Amministrazione provinciale, della Scuola o delle altre istituzioni coinvolte, per evitare parallelismi, sovrapposizioni o iniziative contraddittorie.

Azienda sanitaria di Bolzano	Progetti
Servizio di dietetica e nutrizione clinica	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Prevenzione nutrizionale e tumori ◆ Obesità e cultura del movimento ◆ Alimentarsi bene con la pensione ◆ La corretta alimentazione della donna in sovrappeso nel periodo del concepimento
Distretto sanitario Don Bosco	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Educazione socio-affettiva e sessuale ◆ Prevenzione degli incidenti domestici nelle persone anziane (oltre 65 anni)
Distretto sanitario Europa	Distretto sanitario: promotore di salute
Azienda sanitaria di Merano	Progetti
Servizio di medicina di base	Stili di vita sani
Servizio di dietetica e nutrizione clinica	Dimagrire con testa – prosecuzione
Azienda sanitaria di Bressanone	Progetti
Servizio di medicina di base	La solitudine ammalata
Azienda sanitaria di Brunico	Progetti
Servizio di dietetica e nutrizione clinica	"Interamente in forma" – Gruppo di consulenza per bambini in sovrappeso e adiposi

**I CONTRIBUTI CONCESSI
ALLE ASSOCIAZIONI**

Nel 2006, l'ufficio provinciale Igiene e Salute Pubblica ha anche concesso a 17 associazioni senza scopo di lucro, operanti in tutto il territorio provinciale, contributi per iniziative nel campo dell'educazione sanitaria. In particolare, i progetti finanziati vertevano sui seguenti temi: prevenzione e lotta alle patologie tumorali, prevenzione e lotta alle dipendenze (droga, alcol, tabacco, medicinali, giochi d'azzardo, doping), malattie croniche e invalidanti (diabete, celiachia, patologie cardiocircolatorie, tumori, sovrappeso), prevenzione grazie all'esercizio fisico per gli ultrasessantacinquenni, prevenzione dei disturbi psichici del comportamento, con particolare attenzione alle categorie a rischio, prevenzione e riduzione delle patologie dell'alimentazione e promozione di un'alimentazione sana, prevenzione dei problemi durante la gravidanza ed in occasione del parto oltre a quelli legati allo sviluppo nell'età neonatale, dell'infanzia e adolescenziale. Sono rimaste escluse le attività sportive nell'ambito dello sport agonistico e dilettantistico oltre alle attività terapeutiche.

Progetti della "FONDAZIONE VITAL"

L'Assessorato alla Sanità tramite l'ufficio Igiene e Salute Pubblica e la Ripartizione Sociale ha finanziato l'attività della Fondazione "Vital" comprendente progetti specifici di promozione della salute.

**PROGETTO
"COMUNE SANO"**

Il progetto "Comune sano" è partito nei tre comuni pilota di Cortaccia, Plaus e Brunico. I collaboratori della Fondazione Vital accompagnano e sostengono i comuni in tutte le fasi del progetto (presentazione al consiglio comunale, informazioni alla cittadinanza, analisi della situazione, moderazione dei gruppi di lavoro, ecc.). Comune a tutti i progetti è l'aspirazione ad un cambiamento positivo che concerne gli ambiti culturali e sociali all'interno del comune, la vita quotidiana delle persone e l'atteggiamento della popolazione nei confronti delle questioni riguardanti la salute.

**PROGETTO
"AZIENDE SANE"**

Dall'autunno 2006 esistono in Provincia di Bolzano cinque aziende pilota in cui la Fondazione Vital, assieme alla Ripartizione provinciale per le politiche sociali e con il cofinanziamento del Fondo sociale europeo, sta portando avanti il progetto "Lavoratori sani in aziende sane".

Il progetto "Aziende sane" ha come scopo il miglioramento delle condizioni lavorative, dell'atteggiamento e delle modalità comportamentali dei lavoratori.

Le misure per il miglioramento possono, a seconda dell'azienda, riguardare aspetti diversi: organizzazione del lavoro, ergonomia, lavoro di squadra, lo stress del management, benessere (movimento, alimentazione, relax) oltre alla promozione della salute nell'azienda, vista come compito primario.

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

L'Assessorato alla Sanità tramite l'ufficio Igiene e Salute Pubblica ha finanziato diverse iniziative per l'educazione sanitaria, che sono state attuate dai servizi per l'educazione sanitaria delle tre intendenze scolastiche.

Il servizio per l'educazione sanitaria, integrazione, consulenza scolastica e supervisione dell'Intendenza scolastica tedesca

Nel settore di attività dell'educazione sanitaria e della promozione alla salute, il servizio persegue l'obiettivo di ancorare i temi relativi alla salute ai documenti programmatici (modelli e programmi scolastici) delle scuole materne e delle scuole per tenerli nel dovuto conto

in modo continuativo. Nel 2006 sono risultati al centro dell'attenzione gli aspetti relativi alla prevenzione della violenza e alla promozione del movimento.

1. Impostazione della scuola materna e della scuola come ambito di apprendimento, di lavoro e di vita, volto alla promozione della salute

Nel 2006 quattro direzioni didattiche hanno perseguito il progetto "La scuola come promotrice della salute". Nella cornice del progetto si sono basate sulle risorse interne alle scuole e hanno sviluppato modalità di lavoro, per affrontare efficacemente i temi relativi alla salute nell'ambito dell'intero distretto/dell'intera direzione.

2. Incremento dei programmi didattici di educazione sanitaria al fine di affrontare al meglio la quotidianità

Nelle scuole materne e nelle scuole sono stati introdotti numerosi programmi di insegnamento che perseguono obiettivi di prevenzione generali o specifici. Particolare attenzione viene prestata ai settori della prevenzione delle dipendenze, dell'educazione sessuale, dell'apprendimento sociale e della prevenzione del suicidio (esempio: progetti "Scuole trasparenti" e "Diventare autonomi").

3. Riqualificazione degli esperti pedagogici per l'attività di promozione della salute

Insegnanti, educatori e consulenti vengono riqualificati grazie a momenti di aggiornamento organizzati a livello provinciale, al fine di affrontare con i bambini e i giovani i temi relativi alla salute: per garantirne un'efficacia largamente diffusa e duratura si procede all'inserimento di questi argomenti nell'insegnamento quotidiano. A livello provinciale nel 2006 sono state organizzate 34 manifestazioni (convegni, seminari, manifestazioni pomeridiane), a cui hanno partecipato 817 persone. Inoltre sono state attivate altre manifestazioni a livello di circolo e di singola scuola.

4. Consulenza e sostegno relativamente alle iniziative e ai progetti

I collaboratori del servizio sostengono gli esperti pedagogici presso le scuole materne e le scuole nell'ideazione, pianificazione e attuazione delle iniziative e dei progetti per la promozione della salute. Il coinvolgimento degli scolari e dei genitori è un punto fermo del lavoro. Questa attività di consulenza rappresenta l'attività primaria del servizio e riesce a motivare oltre che a qualificare gli esperti pedagogici per l'attuazione autonoma delle iniziative.

5. Sostegno finanziario di progetti e iniziative nelle scuole

Nel 2006 sono stati finanziati 125 progetti nelle scuole, che riguardano i seguenti argomenti: alimentazione (20%), portamento e movimento (9%), prevenzione della violenza (13%), prevenzione delle dipendenze (2%), educazione sessuale (5%), formazione della personalità (7%), apprendimento sociale (2%), percezione di sé (2%), pronto soccorso (5%), progetti combinati (26%), altri (9%).

6. Collaborazione a livello provinciale all'attuazione dei progetti per la promozione della salute

Il servizio ha collaborato all'attuazione di numerosi progetti a livello provinciale. Ad esempio ciò è avvenuto in relazione al progetto "Profilassi odontoiatrica nell'età evolutiva",

all'indagine HBSC circa i comportamenti dei giovani nell'ambito della salute, così come all'elaborazione di piani volti alla prevenzione del tabagismo e per fare smettere di fumare i giovani fumatori.

Le iniziative nelle scuole italiane

L'attività svolta dal servizio di educazione alla salute dell'Intendenza scolastica italiana nell'anno scolastico 2006/07 si è articolata nelle seguenti iniziative:

1. Prosecuzione dello sportello per la consulenza psicologica e l'invio ai servizi territoriali ("Parliamone")
2. Educazione ad una sana e corretta alimentazione e promozione dell'attività motoria:
 - a) aggiornamento per insegnanti e collaboratrici pedagogiche di tutte le scuole per l'infanzia
 - b) progetti specifici in 2 istituti comprensivi di Bolzano e provincia
 - c) incontri per studenti degli istituti superiori (prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare)
3. Prevenzione delle dipendenze:
 - a) aggiornamento per insegnanti di un istituto comprensivo
 - b) incontri per alunni delle scuole medie sulla prevenzione del tabagismo e dell'alcolismo
 - c) percorsi per studenti degli istituti superiori sulle vecchie e nuove dipendenze
4. Disturbi dell'apprendimento:
 - a) aggiornamento per insegnanti di 4 istituti comprensivi e 6 scuole dell'infanzia di Bolzano e Merano
5. Prevenzione della salute mentale:
 - a) aggiornamento per insegnanti di 2 istituti pluricomprendivi di Dobbiaco e Brunico
6. Problematiche relazionali:
 - a) aggiornamento per insegnanti delle scuole di ogni ordine e grado sul fenomeno del bullismo
 - b) incontri per alunni degli istituti comprensivi sulle tematiche dell'aggressività
7. Prosecuzione di attività di rete fra scuola e distretto del territorio.

Le iniziative nelle scuole ladine

I temi, volti alla promozione della salute nella vita quotidiana, trattati dalle scuole ladine nell'anno 2006, si possono riassumere con i motti: "Muoversi da un punto di vista corporeo, spirituale, emozionale e sociale" e "Sentirsi bene a scuola".

Il primo tema scelto ha voluto mettere in primo piano il movimento e la mobilità (anche nel senso di vivacità e di versatilità), per rendere i giovani coscienti dei numerosi effetti che questi aspetti hanno su loro stessi. Non si è trattato solamente della mobilità corporea, ma anche di quella spirituale, emozionale e sociale, necessaria per affrontare i cambiamenti e talvolta anche per riscoprire costantemente la "multitemporalità".

Al centro dell'attenzione per "Sentirsi bene a scuola" nel 2006 è stata posta (e continuerà nel 2007) la prevenzione di qualsiasi forma di violenza e di aggressività. I punti chiave del progetto sono stati: la giusta misura, piacere e pericolo, una sana alimentazione, diverse forme di movimento, ridurre le situazioni di timore e di violenza, costruire relazioni positive, porre al centro la persona con rispetto, strategie per il superamento dei conflitti.

1.1.4. Le iniziative dell'ufficio Distretti Sanitari

Le attività dell'ufficio Distretti Sanitari nell'ambito della promozione alla salute e dell'educazione sanitaria, nel 2006 ha abbracciato le seguenti iniziative:

- Collaborazione alla campagna provinciale sull'alcol "Sai quando basta?" con particolare attenzione al tema: "Alcol e guida";
- Promozione della salute mentale attraverso il progetto europeo "Alleanza europea contro la depressione" con l'obiettivo di una migliore assistenza delle persone affette da questa malattia grazie all'informazione e alla sensibilizzazione, e attraverso la promozione del volontariato e la collaborazione degli specialisti;
- La seconda iniziativa riguardante il tema del consumo di cocaina, per l'anno 2006, ha previsto la distribuzione, in luoghi molto frequentati (discoteche, pub, feste, piano bar, ecc.) ma anche presso i servizi sanitari e sociali e le organizzazioni private, di un pieghevole informativo di piccolo formato denominato "Usercard" indirizzato ai consumatori di cocaina (giovani e adulti);
- Anche durante l'anno scolastico 2005/2006 è stato realizzato con successo il progetto "Profilassi della carie nell'età evolutiva" in tutte le terze classi elementari e in tutte le seconde classi medie della Provincia di Bolzano. Oltre 100 dentisti liberi professionisti hanno informato 8.616 bambini sulla corretta igiene orale e hanno sottoposto gli stessi ad una visita di controllo. Quasi il 60% di tutti i bambini visitati sono risultati non affetti da carie.

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

L'Assessorato alla Sanità tramite l'ufficio Distretti Sanitari ha finanziato la promozione e la realizzazione di iniziative e progetti di prevenzione universale e selettiva delle dipendenze, nonché l'attività di ricerca ad essi collegata, realizzati da enti pubblici e da organizzazioni private convenzionate, in particolare i progetti delle associazioni "La Strada-Der Weg" e "Forum prevenzione" e dei servizi per le dipendenze delle aziende sanitarie. Inoltre l'ufficio ha finanziato servizi specialistici ambulatoriali per alcolodipendenti gestiti dalle associazioni HANDS e Caritas-Silandro. L'ufficio Igiene e Salute Pubblica ha finanziato alcuni progetti pilota del "Forum prevenzione".

Forum Prevenzione (delle dipendenze)

Il Forum Prevenzione è un'organizzazione competente nell'ambito della prevenzione delle dipendenze e della promozione della salute in Provincia di Bolzano. Offre a tutti coloro che desiderano attuare iniziative in quest'ambito la possibilità di portare avanti assieme i propri progetti. Temi chiave sono: la famiglia, i giovani e le attività di prevenzione all'interno dei comuni. Inoltre il centro specializzato si è impegnato anche in settori come il lavoro di concetto, la scuola, le aziende, il movimento e lo sport. Quest'anno si è aggiunto il settore della prevenzione della violenza.

Nel 2006 diversi progetti hanno visto il Forum Prevenzione nel ruolo di promotore o di ente coinvolto in ben 43 iniziative di lungo respiro per la prevenzione delle dipendenze e la promozione della salute.

Per portare avanti il lavoro di prevenzione è altresì necessario mantenere il contatto diretto con i destinatari. In questo contesto, nel 2006 il Forum ha organizzato 214 incontri a cui hanno preso parte 4.236 persone. Queste iniziative erano rivolte alle seguenti categorie di

utenza: genitori, insegnanti, operatori specializzati, giovani e studenti, farmacisti, medici, infermieri, assistenti geriatrici, psicologi, insegnanti, ecclesiastici, forze dell'ordine e altre categorie.

Infine, il Forum ha un proprio sito Internet: www.forum-p.it, aggiornato costantemente, che fornisce una panoramica complessiva su tutte le iniziative e le attività in corso.

LA STRADA-DER WEG

L'associazione "La Strada-der Weg" è presente sul territorio con progetti ed iniziative di prevenzione e con servizi di assistenza e reinserimento rivolti a persone in situazioni di disagio, con particolare attenzione alle problematiche della dipendenza da sostanze illegali. L'associazione è convenzionata con la provincia e con le aziende sanitarie per la gestione di strutture residenziali per tossicodipendenti.

Essa gestisce il "Progetto dipendenze" attraverso la comunità terapeutico-riabilitativa "Josefsberg" e la comunità di accoglienza per l'orientamento "S. Isidoro".

L'associazione ha anche maturato l'esperienza degli Alloggi Protetti di Passaggio, convenzionati con l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano, strutture importanti per l'integrazione socio-sanitaria del territorio.

L'associazione ha dato inoltre continuità, durante tutto l'arco dell'anno, al progetto di "Prevenzione Secondaria", attraverso un'equipe di 2 psicologi (part-time) che si occupano anche di prevenzione terziaria attraverso colloqui di pre-inserimento nelle strutture residenziali.

HANDS

L'associazione Hands è un ente di riferimento sia per persone con problematiche legate all'alcol, sia per altre realtà associative che si occupano di cura, riabilitazione, reinserimento sociale e lavorativo a livello locale ed anche a livello nazionale. È convenzionata con la provincia e con l'Azienda Sanitaria di Bolzano per attività ed interventi ambulatoriali e riabilitativi sanitari e con l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano e le comunità comprensoriali competenti per territorio per le attività a valenza sociale. Attività prevalente:

- Progetti riabilitativi ed inserimenti nella Comunità Terapeutica "HANDS", nei Laboratori Protetti "HANDSWORK" e negli alloggi protetti HANDSHOME;
- Visite e consulenze mediche, psichiatriche e psicologiche alcolcorrelate, invii a strutture specialistiche per disintossicazione e/o disassuefazione;
- Conferenze informative per la popolazione sull'uso responsabile dell'alcol;
- Gruppi di auto-aiuto per pazienti e per familiari a conduzione professionale ed anche di volontariato.

CARITAS – Consultorio psico-sociale – Silandro

Il consultorio copre il bacino di utenza della Val Venosta (da Resia fino a Naturno) con circa 30.000 abitanti, includendo anche molte valli laterali, ed offre un servizio di orientamento e di assistenza per problematiche derivanti dall'uso ed abuso di alcol e da dipendenza da farmaci, droghe illegali, gioco d'azzardo e da disturbi alimentari concomitanti. Le prestazioni erogate nel 2006 sono state principalmente di consulenza, di colloquio psicologico e supporto psico-sociale singolo, di coppia, familiare e di gruppo, di diagnosi psicologica ed indicazione di intervento in situazioni di crisi con ricoveri ed invii in strutture ed a servizi specialistici, ma anche di prestazioni post-assistenziali e riabilitative.

L'associazione Caritas è convenzionata con la provincia e con l'Azienda Sanitaria di Merano.

1.2. PROFILASSI DELLE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE

Nel corso dell'anno in Alto Adige sono state eseguite, alla popolazione d'età inferiore a 18 anni, 103.495 vaccinazioni raccomandate; di queste il 53,7% (55.593) si riferivano a vaccinazioni obbligatorie per legge.

I servizi di igiene e sanità pubblica delle quattro aziende sanitarie hanno effettuato 1.710 consulenze sanitarie ed attività di informazione nei confronti di viaggiatori che si recano all'estero; hanno eseguito, inoltre, 425 interventi di disinfezione e di disinfestazione.

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

Nella tabella che segue è riportato il calendario vaccinale provinciale approvato con delibera n. 2923 del 10/08/2005, il quale prevede l'armonizzazione in un unico schema di tutte le vaccinazioni per i bambini indicate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dal Piano Nazionale Vaccini 2005-2007.

CALENDARIO VACCINALE

Tabella 1: **Calendario vaccinale valido per l'anno 2006**

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

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

DTaP: vaccino antidifterite, antitetano e antipertosse

dTaP: vaccino antidifterite, antitetano e antipertosse per adulti

IPV: vaccino antipolio inattivato-SALK, intramuscolare

HB: vaccino anti epatite B

Hib: vaccino antihaemophilus influenzae b

MPR: vaccino antimorbillo-parotite-rosolia

PVC: vaccino pneumococcico

Varicella: vaccino antivariella

1. Il vaccino DTaP va usato fino all'età di 5-6 anni, dopo di che viene impiegato il vaccino dTaP (dose per adulti). Si raccomanda un richiamo della vaccinazione antidifterica-antitetanica-antipertosse a 5-6 anni e all'età 11-15 anni. Dopo questa età si raccomanda un richiamo della vaccinazione antidifterica-antitetanica ogni 10 anni. La vaccinazione antipertosse può essere effettuata indipendentemente da altre vaccinazioni antipertosse precedenti.

2. I neonati di madri portatrici del virus devono essere vaccinati subito dopo la nascita.

3. La 1° dose del vaccino antimorbillo, antiparotite ed antirosolia va somministrata tra il 12° e il 15° mese. All'età di 5-6 anni va offerta la 2° dose MPR in concomitanza con il richiamo IPV e DTaP, oppure la 1° dose ai bambini non vaccinati fino a quel momento (MPR 1/2*). All'età di 11-15 anni a questi ultimi va data la 2° dose, oppure, a quelli non vaccinati, la 1° dose (MPR 1/2**).

4. Vaccino pneumococcico: per soggetti a rischio.

5. Varicella: per soggetti a rischio.

VACCINAZIONI ESEGUITE

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

Nel 2006 in Alto Adige sono state eseguite, alla popolazione d'età inferiore a 18 anni, 103.495 vaccinazioni raccomandate; di queste il 53,7% (55.593) si riferivano a vaccinazioni obbligatorie per legge.

Tabella 2: Vaccinazioni effettuate per tipologia ed azienda sanitaria - Anno 2006

Tipologia di vaccini	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Antipolio (tutte le dosi)	7.003	3.959	2.645	2.501	16.108
Antidifterico/Antitetanico (tutte le dosi)	10.576	5.418	3.638	3.571	23.203
Antiptossico (tutte le dosi)	8.814	4.963	3.216	3.286	20.279
Hib (tutte le dosi)	6.509	3.858	2.483	2.445	15.295
Antiepatite B (tutte le dosi)	7.051	4.047	2.656	2.528	16.282
Antimorbillo-parotite-rosolia (tutte le dosi)	6.635	2.315	1.671	1.707	12.328
TOTALE	46.588	24.560	16.309	16.038	103.495

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

INCHIESTE E/O
SORVEGLIANZE
EPIDEMIOLOGICHE

Nell'ambito dell'attività di profilassi delle malattie infettive e parassitarie, i quattro servizi di igiene e sanità pubblica hanno svolto complessivamente 7.661 inchieste e/o sorveglianze epidemiologiche su specifiche malattie: in particolare ectoparassiti, salmonellosi ed altre tossinfezioni alimentari.

Complessivamente si registra rispetto al 2005 una forte diminuzione nel numero di interventi effettuati finalizzati alla sorveglianza epidemiologica della meningite batterica (89 nel 2006 a fronte di 655 nel 2005, -86,4%). Aumentano, invece, i controlli degli ectoparassiti (5.825 indagini nel 2006 rispetto alle 4.189 svolte nel 2005, +39,1%), per epatite A (165 indagini nel 2006 rispetto alle 35 svolte nel 2005) e per legionellosi (126 nel 2006 a fronte di 38 nel 2005).

Tabella 3: Profilassi e controllo delle malattie infettive - Anno 2006

Numero di inchieste e/o sorveglianze epidemiologiche effettuate su malattie infettive e parassitarie:	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Salmonellosi	122	228	72	258	680
Altre tossinfezioni alimentari	89	55	10 ⁺	236	390
Legionellosi	4	121	-	1	126
Meningite batterica	35	-	20	34	89
Epatite A	155	6	2	2	165
Ectoparassiti	281 ⁺⁺	1.757	554	3.233	5.825
Altro	123 [*]	275 ^{**}	2 ^{***}	-	400

^{*} Morbillo, Shigella, Rotavirus, Campylobacter, E.coli

^{**} Morbillo, Campylobacter, Shigella, Entamoeba histologica, Giardia lamblia

^{***} Tetanus e Borrelia

⁺ Campylobacter jejuni

⁺⁺ Nell'Azienda Sanitaria di Bolzano il controllo degli ectoparassiti presso le scuole viene effettuato dal servizio di Medicina di Base

Fonte: aziende sanitarie - servizi di igiene e sanità pubblica

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

Tabella 4: **Vaccinazioni antitubercolari e prove di cutireazione alla tubercolina - Anno 2006**

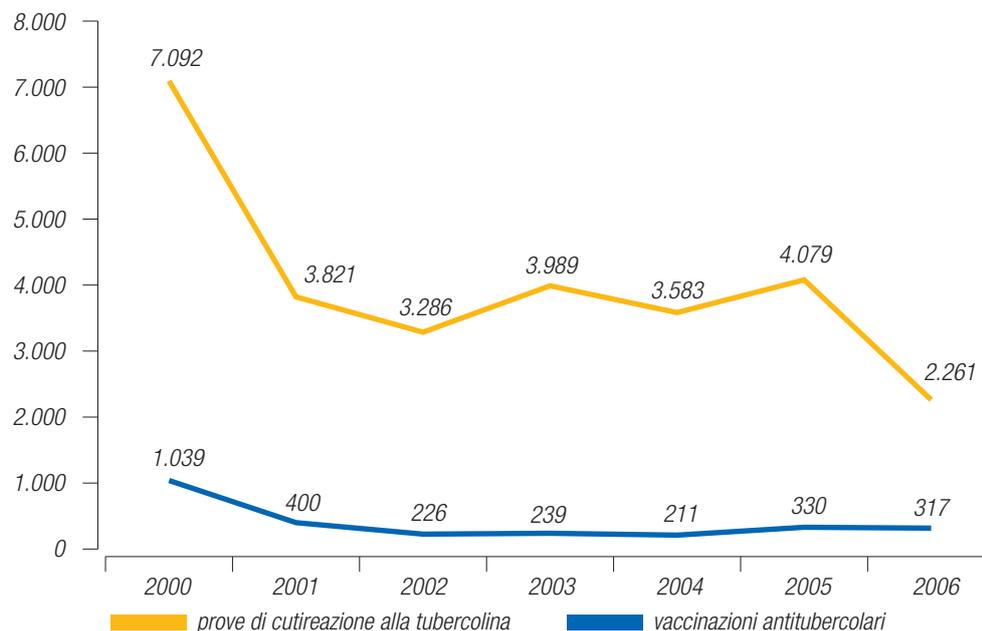
Tipologia di prestazione	Bolzano	Egna	Merano	Silandro	Bressanone	Brunico	Totale
Vaccinazione	191	-	113	-	13	-	317
Cutireazione alla tubercolina	1.111	40	369	90	303	348	2.261

Fonte: servizio Interaziendale Pneumologico

Negli ultimi anni si è osservata una forte diminuzione delle vaccinazioni antitubercolari effettuate, nonché una riduzione nell'esecuzione delle prove di cutireazione alla tubercolina. Tale fenomeno è da porre in relazione essenzialmente al cambiamento nella normativa che disciplina le attività di profilassi della tubercolosi previste a livello nazionale.

Il numero di vaccinazioni eseguite nel 2006 risulta leggermente inferiore all'anno precedente (317 unità rispetto alle 330 del 2005) e comunque molto ridotto rispetto alle vaccinazioni effettuate nel 2000 (-69,5%); inoltre, vengono eseguite annualmente circa 2.000 prove di cutireazione alla tubercolina, accertando una riduzione del 68,1% rispetto a quanto rilevato nel 2000.

Figura 1: **Vaccinazioni antitubercolari e prove di cutireazione alla tubercolina – Anni 2000-2006**



Fonte: servizio Interaziendale Pneumologico

1.2.2. Medicina del viaggiatore

Un'altra importante attività di prevenzione svolta dai servizi di igiene e sanità pubblica è rivolta alle persone che, per la loro attività di lavoro o per turismo, si recano all'estero e che potrebbero contrarre malattie infettive che presentano un'elevata incidenza nei paesi visitati (amebiasi, colera, dengue, diarrea del viaggiatore, dissenteria bacillare (shigellosi), febbre gialla, febbre tifoide, malaria).

Una insufficiente informazione sulle norme da osservare prima, durante e dopo il viaggio, ha come conseguenza che un turista su quattro (secondo i dati del Ministero della Salute)

torna a casa con problemi di salute: dalla comune diarrea del viaggiatore a patologie con conseguenze ben più gravi.

Oltre alla programmazione ed effettuazione delle vaccinazioni (non sempre possibili per le malattie di questo tipo), l'attività di profilassi in tale ambito prevede essenzialmente l'erogazione di prestazioni di consulenza sanitaria e di informazione mirata.

Tabella 5: **Consulenze sanitarie ed attività di informazione nei confronti di viaggiatori che si recano all'estero – Anni 2000-2006**

	<i>Bolzano</i>	<i>Merano</i>	<i>Bressanone</i>	<i>Brunico</i>	<i>Totale</i>
Anno 2000	629	496	210	200	1.535
Anno 2001	437	446	167	180	1.230
Anno 2002	390	425	170	66	1.051
Anno 2003	336	495	218	101	1.150
Anno 2004	362	601	396	400	1.759
Anno 2005	204	687	375	460	1.726
Anno 2006	172	698	380	460	1.710

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

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

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

Tabella 6: **Segnalazioni ed interventi di disinfezione e disinfestazione, per tipologia di struttura – Anno 2006**

<i>Tipologia di attività</i>	<i>Bolzano*</i>	<i>Merano</i>	<i>Bressanone</i>	<i>Brunico</i>	<i>Totale</i>
<i>N. segnalazioni spazi ed edifici pubblici</i>	204	12	7	6	229
<i>N. interventi spazi ed edifici pubblici</i>	238	12	12	12	274
<i>N. segnalazioni spazi ed edifici privati</i>	102	5	2	7	116
<i>N. interventi spazi ed edifici privati</i>	135	5	4	7	151
<i>N. interventi di vigilanza su attività di disinfestazione eseguita da terzi</i>	-	8	-	-	8

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

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

Nel 2006 sono stati eseguiti, nelle quattro aziende sanitarie, 425 interventi di disinfezione e di disinfestazione. Il 64,5% di questi è stato effettuato in strutture pubbliche, e il rimanente 35,5% presso spazi ed edifici privati.

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

Nel corso del 2006, i servizi di igiene e sanità pubblica delle quattro aziende sanitarie hanno valutato le condizioni igienico-sanitarie di 318 strutture provinciali a carattere collettivo.

Per quanto riguarda il controllo delle piscine, sono stati prelevati 732 campioni di acqua per eseguire analisi chimico-fisiche (il 39,9% di tali campioni ha evidenziato irregolarità) e 956 campioni di acqua per effettuare analisi microbiologiche (il 14,1% dei quali è risultato non regolare).

L'inquinamento atmosferico ed acustico è stato attentamente controllato dalla Sezione Interaziendale di Medicina Ambientale (istituita presso il servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Bolzano), dal laboratorio Analisi Aria e Rumore e dal laboratorio di Chimica Fisica. Sono stati rilevati superamenti delle soglie previste per la protezione della salute per il biossido di azoto (NO₂) e per l'ozono (O₃).

L'Ispettorato Medico del Lavoro ha effettuato 1.265 sopralluoghi per la valutazione dei rischi lavorativi e 1.951 interventi d'informazione ed educazione alla salute nei confronti dei lavoratori e dei datori di lavoro (compresa attività di consulenza telefonica).

Presso l'Ispettorato Medico del Lavoro sono pervenute, nel 2006, 220 denunce per malattie professionali. La Sezione Clinica di Medicina del Lavoro ha effettuato 10.485 visite mediche ed accertamenti clinici sui lavoratori.

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

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

Tabella 7: **Strutture a carattere collettivo controllate dai servizi di igiene e sanità pubblica – Anno 2006**

Tipologia di strutture controllate	Bolzano		Merano		Bressanone		Brunico	
	N. strut. censite	N. strut. control.						
Istituti prescolastici e scolastici pubblici e privati (escluse mense scolastiche)	330	35	209	6	145	26	155	22
Campeggi e colonie estive	n.d.	12	21	4	5	2	14	6
Strutture sanitarie pubbliche (ospedali, distretti, poliambulatori, centri di degenza, strutture per pazienti psichiatrici, comunità terapeutiche per il recupero delle tossicodipendenze)	n.d.	7	29	1	7	3	8	4
Strutture sanitarie private (case di cura, ambulatori di fisioterapia, massoterapia, centri di degenza, comunità terapeutiche per il recupero delle dipendenze, ambulatori e studi professionali, laboratori odontotecnici ed ottici)	515	55	303	7	37	31	112	10
Strutture sociali (case di riposo, centri diurni per anziani)	24	5	24	14	8	1	9	6
Campi nomadi	-	-	1	1	1	1	-	-
Istituti di detenzione e pena	1	-	-	-	1	-	-	-
Punti vendita e/o confezionamento prodotti fitosanitari	27	27	26	25	4	4	3	3
TOTALE	n.d.	141	613	58	208	68	301	51
Manifestazioni occasionali (mercattini, fiere, feste campestri)	n.d.	n.d.	n.d.	21	n.d.	15	n.d.	8
Altro	n.d.	16*	-	-	n.d.	7**	-	-
TOTALE COMPLESSIVO	n.d.	n.d.	n.d.	79	n.d.	90	n.d.	59

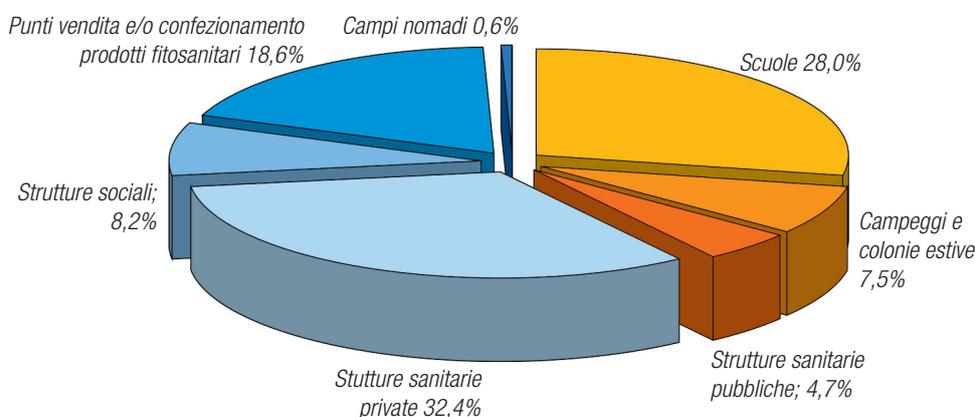
*punti vendita cosmetici/prodotti erboristici/occhiali,...

**punti vendita prodotti cosmetici

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

Nel 2006 sono state valutate le condizioni igienico-sanitarie di 318 strutture provinciali di carattere collettivo; tra queste, le strutture maggiormente controllate sono state le strutture sanitarie private (32,4%), le scuole (28,0%) ed i punti vendita e/o di confezionamento di prodotti fitosanitari (18,6%).

Figura 2: **Strutture a carattere collettivo controllate dai servizi di igiene e sanità pubblica – Anno 2006**



Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

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

Tabella 8: **Prestazioni effettuate dagli operatori dei servizi di igiene e sanità pubblica riguardanti l'accertamento, la vigilanza ed il controllo degli edifici in relazione alle diverse utilizzazioni – Anno 2006**

Attività effettuate	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Ispezioni ad alloggi per rilascio certificati di condizione abitativa e inabitabilità	25*	334	13	-+	372
Esame di progetti di edilizia per rilascio parere igienico-sanitario	1.171**	339	704	-+	2.214
Certificazione precarietà igieniche alloggi	33	13	5	-+	51
Formulazione di pareri igienico-sanitari ai fini del rilascio dell'autorizzazione alla apertura di esercizi pubblici ai sensi della l.p. 58/88	70	34	41	-+	145
Formulazione di pareri igienico-sanitari e/o rapporti di verifica ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'apertura e/o all'esercizio di strutture sanitarie o singoli professionisti che operano in ambito sanitario	3	-	5	1	9
Formulazione di pareri igienico-sanitari (numero atti) per l'apertura e/o esercizio di:					
- esercizi di vendita	4	14	7	-+	25
- stands per manifestazioni temporanee	259	69	65	-+	393
Rispondenza igienica di locali di lavorazione di prodotti agricoli	6	26	5	4	41
Sopralluogo per il rilascio dell'autorizzazione temporanea stand tatuaggio	2	-	-	-	2
Altro	14***	-	-	-	14

*Compresi 13 certificati di rispondenza alloggio, 10 pareri di inabitabilità e 2 ricorsi per inabitabilità

**590 prestazioni effettuate nel distretto di Bolzano, 232 nel distretto di Appiano, 47 nel distretto di Bronzolo, 220 nel distretto di Laives e 82 nel distretto di Sarentino

***Visite a domicilio per condizioni igieniche precarie

+ Prestazioni effettuate dai medici igienisti distrettuali

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

1.3.2. Controllo della qualità delle piscine

Nel 2006 sono stati prelevati 732 campioni di acqua di piscina per eseguire analisi chimico-fisiche; il 39,9% di tali campioni ha evidenziato irregolarità. Analisi microbiologiche sono state effettuate su 956 campioni, il 14,1% dei quali è risultato non regolare.

**CONTROLLO DELLE
PISCINE**

Tabella 9: Attività di controllo sulle piscine pubbliche o di uso pubblico – Anno 2006

Azienda Sanitaria	Numero sopralluoghi	Numero campioni prelevati	Numero campioni non regolari
Bolzano			
Analisi chimico-fisiche	153	238	35
Analisi microbiologiche	153	254	26
Merano			
Analisi chimico-fisiche	151	150	103
Analisi microbiologiche	151	340	62
Bressanone			
Analisi chimico-fisiche	138	228	102
Analisi microbiologiche	138	239	25
Brunico			
Analisi chimico-fisiche	129	116	52
Analisi microbiologiche	129	123	22

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

1.3.3. 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 10: Attività di vigilanza e controllo sui cosmetici. Strutture censite e strutture controllate dai servizi di igiene e sanità pubblica – Anno 2006

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	1	1	477	97	19	1
Merano	3	2	281	41	8	-
Bressanone	-	-	60	25	1	1
Brunico	2	2	160	10	1	-
TOTALE	6	5	978	173	29	2

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

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

Tabella 11: Pareri igienico-sanitari al fine del rilascio dell'autorizzazione all'apertura di negozi o laboratori di barbieri, parrucchiere, centri di estetica, centri di wellness – Anno 2006

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Pareri igienico-sanitari	32	4	4	2*	42

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

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

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

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

Tabella 12: Attività di polizia mortuaria – Anno 2006

Tipologia di prestazioni	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico*	Totale
Ispezioni a cimiteri	-	-	7	-*	7
Certificazioni idoneità feretro (nulla osta al trasporto)	-**	336	181	-*	517
Assistenza alle esumazioni straordinarie	12	10	-	-*	22
Visite necroscopiche	438	117	94	-*	649
Autorizzazione veicoli per il trasporto salme	14	6	2	-*	22
Altro	27***	-	-	-*	27

*Prestazioni effettuate dai medici igienisti distrettuali

**Dal 2005 questa attività è di competenza dell'ufficio Pompe funebri del Comune di Bolzano

***Vigilanza sulla corretta applicazione delle procedure seguite durante le operazioni di certificazione d'avvenuta chiusura e rispondenza alla normativa vigente dei feretri in partenza dal Comune di Bolzano e delegate a personale comunale

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

1.3.5. Controllo dell'inquinamento atmosferico e acustico

Nella Provincia Autonoma di Bolzano i controlli sull'inquinamento ambientale sono affidati all'Agenzia Provinciale per l'Ambiente. L'Agenzia offre supporto tecnico e strumentale ai vari servizi sanitari, quali i servizi di igiene e sanità pubblica e alla sezione interaziendale di Medicina Ambientale, che si occupa della tutela della salute della collettività in relazione al controllo ambientale.

La sezione interaziendale di Medicina Ambientale svolge studi epidemiologici riguardanti tematiche salute-ambiente ed offre consulenze, pareri e valutazioni per tutelare la salute della popolazione. La sezione collabora con l'Assessorato alla Sanità, con diversi servizi delle aziende sanitarie e con l'Agenzia Provinciale per l'Ambiente.

Nel corso del 2006 ha svolto le seguenti attività:

- Studio retrospettivo epidemiologico nei periodi temporali 2000-2002 e 2003-2004 sugli effetti a breve termine dell'inquinamento atmosferico sulla salute; analisi dati sanitari ed ambientali nei sei maggiori centri abitati della provincia; messa a confronto tra la concentrazione giornaliera media di diversi inquinanti e l'insorgenza di malattie cardiovascolari, respiratorie e cardiache (in collaborazione con l'APPA e l'Università di Udine). I risultati intermedi dello studio sono stati presentati in occasione del Convegno "Focus: Elettrosmog e aggiornamento sulle polveri sottili" organizzato in data 23.11.2006 dall'Assessorato alla Sanità;
- Mappatura di georeferenziazione riguardante gli effetti sulla salute umana (decessi e ricoveri) dell'inquinamento atmosferico nella città di Bolzano in collaborazione con il comune;
- Attività quale referente provinciale per l'intossicazione acuta da pesticidi; piani triennali di sorveglianza sanitaria e ambientale degli effetti derivanti dall'uso di prodotti fitosanitari; indagini mirate sui casi di intossicazione con relazione per l'ufficio Igiene; partecipazione alle riunioni tenute all'Istituto Superiore di Sanità riguardanti il "Piano di sorveglianza delle intossicazioni acute da fitofarmaci";
- Attività di consulenza, effettuazione di sopralluoghi, proposte di intervento e pareri in-

ATTIVITÀ DI POLIZIA
MORTUARIA

AGENZIA PROVINCIALE
PER L'AMBIENTE

SEZIONE DI MEDICINA
AMBIENTALE

**LABORATORIO ANALISI
ARIA E RUMORE**

- renti tematiche medico-ambientali su richiesta dell'Assessorato alla Sanità: Transforum, Fitofarmaci, Telecomunicazione, Inceneritore, Discarica Castel Firmiano, Missione aria pulita, Bus a metano, ecc.;
- Sopralluoghi in edifici scolastici, ex discariche (Castel Firmiano), fabbriche o aziende, impianti di compostaggio, in strutture da risanare per la presenza di fibre di amianto (Merlet, Bristol), idrocarburi, inquinamento acustico ecc. su tutto il territorio provinciale;
 - Valutazione e pareri, su richiesta dell'Assessorato, degli aspetti sanitari e legislativi di deliberazioni provinciali su tematiche ambientali (p.e. Regolamento sulla qualità dell'aria, legge urbanistica provinciale, ecc.);
 - Attività come membro del comitato provinciale di valutazione impatto ambientale (VIA) per grandi progetti;
 - Membro del comitato tecnico provinciale e partecipazione ai relativi incontri coordinati dall'APPA in collaborazione con i quattro assessorati e rappresentanti di 16 Comuni per la stesura dei piani per la tutela della qualità dell'aria (blocco del traffico cittadino, piano di azione autostrada del Brennero, blocco del traffico ai mezzi pesanti euro 0 e euro 1 lungo il tracciato provinciale della A22, ecc.) e attività legate al progetto Aria Pulita;
 - Fattiva collaborazione con l'Agenzia Provinciale per l'Ambiente e interscambio sulle principali tematiche ambientali;
 - Organizzazione e raccolta dati per lo svolgimento di un nuovo studio riguardante la mortalità per tumori ai tessuti molli;
 - Preparazione di studi, relazioni e ricerche riguardanti tematiche ambientali e sanitarie in occasione di convegni, corsi, conferenze, riunioni e incontri con la popolazione.

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

Al laboratorio Analisi Aria e Rumore compete il monitoraggio delle concentrazioni di benzene e di altri inquinanti in diversi punti delle città di Bolzano (44 siti di rilevazione), Merano (24 siti), Bressanone (12 siti) e Brunico (10 siti).

Nel 2006 la concentrazione di benzene risulta, in quasi tutti i punti di rilevamento, in calo rispetto ai valori degli anni precedenti. Non si registra alcun superamento del valore limite per la protezione della salute umana ($9 \mu\text{g}/\text{m}^3/\text{anno}$). 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 2006 per gli altri inquinanti misurati nella città di Bolzano, si osserva quanto segue:

- **Benzo(A)pirene:** questo inquinante è stato determinato nella frazione del PM10, come previsto nella recente normativa nazionale, anziché nelle polveri totali come avvenuto fino al 2005. Il valore medio annuo rilevato per questo inquinante è risultato pari a $0,7 \text{ ng}/\text{m}^3$, che è inferiore al limite previsto dalla normativa ($1 \text{ ng}/\text{m}^3$) ed alla media annua registrata negli anni precedenti;
- **Polveri inalabili (PM10):** questo inquinante è ancora presente in concentrazioni rilevanti, dovute alle emissioni di impianti termici, alle emissioni industriali e da motori;
- **Piombo e altri metalli:** il piombo, come pure il cadmio, il nichel ed il cromo, mostrano nel 2006 concentrazioni molto basse. Questi inquinanti sono stati determinati nella frazione del PM10, come previsto dalla recente normativa, e le loro medie annuali rientrano nei limiti di legge (valore medio annuo del piombo: $0,008 \mu\text{g}/\text{m}^3$; limite $0,5 \mu\text{g}/\text{m}^3$).

Il laboratorio di Chimica Fisica si occupa della rilevazione della qualità dell'aria, rilevando in continuo i seguenti inquinanti chimici presso le stazioni fisse di monitoraggio: biossido di zolfo (SO₂), biossido di azoto (NO₂) e ossidi di azoto (NO_x), monossido di carbonio (CO), ozono (O₃), polveri sottili (PM10) e benzene. Il laboratorio gestisce quattordici stazioni di misura dell'inquinamento dell'aria: tre a Bolzano, una a Laives, una a Salorno, due a Merano, una a Bressanone, una a Vipiteno, una a Brunico, una a Laces, una a Corno del Renon, due sull'autostrada del Brennero (presso Velturmo e Ora).

A livello provinciale, la situazione dell'inquinamento atmosferico rilevata nel corso del 2006, con riferimento ai singoli inquinanti, può essere sintetizzata come segue:

- **Biossido di zolfo (SO₂):** i valori rilevati per questo inquinante sono notevolmente inferiori ai limiti vigenti (prosegue la situazione di contenimento);
- **Monossido di carbonio (CO):** non sono stati registrati superamenti dei limiti vigenti. La riduzione della concentrazione nell'aria di questo inquinante, osservata anche a livello internazionale, è da attribuire all'aumento del numero di auto catalizzate;
- **Biossido di azoto (NO₂):** la concentrazione media annua di questo inquinante ha registrato dei superamenti del valore limite per la protezione della salute (40 µg/m³) nelle stazioni di Bolzano (Piazza Adriano, via Claudia Augusta), di Salorno, e lungo l'Autostrada del Brennero;
- **Ozono (O₃):** la concentrazione media oraria di questo inquinante ha registrato alcuni superamenti della soglia di informazione di 180 µg/m³ (valore massimo misurato) nelle stazioni di Bolzano (via Amba Alagi), Laives, Merano (Grünau), Brunico, Renon, Salorno. Nell'anno 2006, inoltre, sono stati rilevati nelle stazioni di Bolzano (via Amba Alagi), Renon e Salorno, alcuni superamenti del valore limite per la protezione della salute (120 µg/m³) ed anche del valore bersaglio per la protezione della vegetazione (18.000 µg/m³/h);
- **Polveri sottili (PM10):** in nessuna stazione di misurazione il valore medio annuale di questo inquinante ha superato nel 2006 il valore limite per la protezione della salute (40 µg/m³) stabilito nella nuova normativa provinciale;
- **Benzene:** nel 2006, non è stato rilevato per questo inquinante nessun superamento del limite di protezione della salute (5 µg/m³).

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

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

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

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

LABORATORIO DI
CHIMICA FISICA

ISPETTORATO DEL
LAVORO

Tabella 13: Attività effettuata dall'Ispettorato del Lavoro – Anni 2005-2006

Tipologia di prestazioni	2005	2006
Sopralluogo in azienda e attività di informazione	251	329
Assistenza o collaborazione con i datori di lavoro ai fini della valutazione dei rischi e della predisposizione delle misure di tutela e del pronto soccorso – Informazioni ai datori di lavoro o ai lavoratori, compresi i corsi di formazione e aggiornamento	310	1.951*
Riunioni periodiche di prevenzione – partecipazione a commissioni o gruppi di lavoro	165	110
Interventi di vigilanza sull'esecuzione degli ASPP – richieste dati	751	936
Proposte e/o verifiche di programmi relativi alle visite mediche	24	9
Inchieste (per la Procura) su malattie professionali e su contravvenzione alla normativa vigente	33	56
Ricorsi per giudizi di idoneità	1	13
Giudizi di idoneità per fochini	22	10
Giudizi di idoneità per minori	237	465
Disposizioni in materia di medicina del lavoro	62	75
Sanzioni amministrative	1	3
Comunicazioni di prescrizioni	28	21
Autorizzazioni piani di lavoro per la rimozione di amianto	144	117
Altre comunicazioni alle ditte per proroghe, esenzioni, adempimenti, inadempimenti	138	138
Altre indagini	44	61
Comunicazioni/segnalazioni ad altri uffici	32	49
Convocazioni	52	27
Partecipazioni a conferenze/aggiornamenti/congressi etc.	15	28
Lezioni	n.d.	2
Visite mediche	n.d.	12
Misurazioni ambientali: rumore, microclima completo, luminosità (per postazione)	1	6

*è stata inclusa l'attività di informazione telefonica

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

Il numero di denunce pervenute all'Ispettorato del Lavoro è lievemente diminuito rispetto all'anno precedente, passando da 229 malattie professionali denunciate nel 2005, alle 220 notificate nel 2006 (- 3,9%).

Si osserva, inoltre, che il 42,3% delle denunce pervenute nel 2006 si riferiscono a problemi o a disturbi legati ad ipoacusia da rumore.

Tabella 14: Tipologia di denunce pervenute all'Ispettorato del Lavoro – Anni 2004-2006

Denunce pervenute	Numero di denunce pervenute		
	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006
Per ipoacusia da rumore	130	102	93
Per allergia al lattice e dermatite allergica da contatto	11*	19*	8
Per eczemi e sensibilità cutanee	9	2	3
Ernia discale	12	28	23
Lombosciatalgie	2	1	1
Per sindrome del tunnel carpale	6	21	8
Epicondiliti	4	13	3
Tendiniti	3	1	12
Mesotelioma pleurico	4	1	1
Asbestosi	1	1	1
Sospetta TBC	2	5	-
Discopatia	-	7	8
Altro	3	28	59
TOTALE	187	229	220

* Compresa asma-oculorinite

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

La Sezione Clinica di Medicina del Lavoro effettua in prevalenza visite mediche ed accertamenti clinici sui lavoratori e tutte le attività attribuite al medico competente di cui all'art. 17 d.legisl. 626/94.

Le visite vengono eseguite da medici dipendenti delle aziende sanitarie o da medici convenzionati operanti in ambulatori specialistici privati. La parte organizzativa ed infermieristica viene svolta invece dal servizio di Medicina del Lavoro, che si occupa anche dell'esecuzione di alcuni esami (ECG-EEG) refertati successivamente dai medici specialisti.

Tabella 15: **Attività effettuata dalla Sezione Clinica di Medicina del Lavoro – Anni 2005-2006**

Tipologia di prestazioni	N. interv. 2005	N. interv. 2006
Visite mediche ai lavoratori per idoneità al lavoro ai sensi delle leggi 303/56, 277/91, 626/94	10.592	10.485
Test di funzione visiva	1.518	1.173
Test di funzione uditiva	2.962	3.303
Spirometrie curva flusso volume (spirometrie semplici)	3.479	3.875
Spirometrie globali	4	5
Spirometrie con diffusione	4	6
ECG	17	38
Prelievi ematici venosi	210	227
Sopralluogo in azienda e attività di informazione e consulenza	1.068	952
Protocollo accertamenti sanitari preventivi e periodici (ASPP), relazioni/consulenze	874	625
Informazioni ai datori di lavoro o ai lavoratori, compresi i corsi di formazione e aggiornamento	83	90
Riunioni periodiche di prevenzione	83	95
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	55	204
Relazione medica conclusiva e prescrizioni, fino a 5 persone	2.313	3.320
Relazione medica conclusiva e prescrizioni, più di 5 persone	908	894

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

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

1.4. SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA

In conformità ai piani di risanamento obbligatori previsti per l'anno 2006, il servizio Veterinario Provinciale ha controllato complessivamente 222.320 capi di bestiame. Oltre alle prove serologiche sugli animali, sono state controllate anche le singole aziende conducendo specifici test sul latte di cisterna. Negli allevamenti presenti nel territorio della provincia sono stati rilevati 141 nuovi casi di BVD/MD.

**SEZIONE CLINICA DI
MEDICINA DEL LAVORO**

**LABORATORIO ANALISI
ACQUA**

**LABORATORIO ANALISI
ARIA E RUMORE**

**COMPITI DEL SERVIZIO
VETERINARIO
PROVINCIALE**

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

**COMPITI DEL SERVIZIO
VETERINARIO INTER-
AZIENDALE**

Il servizio Veterinario Interaziendale invece ha il compito della corretta applicazione delle norme a livello provinciale ed è articolato in due settori: sanità animale ed igiene della produzione, conservazione e commercializzazione degli alimenti di origine animale.

Secondo quanto previsto dalla l.p. 12.01.83, n. 3 e successive modificazioni, il primo settore assicura la vigilanza ed i controlli sugli animali, sui luoghi e fabbricati di ricovero e di concentrazione degli animali, sulle modalità e i mezzi di trasporto e transito degli animali, nonché sulla produzione, lavorazione e distribuzione dei prodotti destinati agli animali; vigila, inoltre, sull'igiene della riproduzione animale, sull'impiego di farmaci per uso veterinario e sulla protezione degli animali.

Il secondo settore, invece, assicura la tutela igienica e sanitaria degli alimenti di origine animale. Ad esso competono le attività di ispezione e di vigilanza dei prodotti di origine animale e sui loro derivati, nelle fasi di produzione, trasformazione, conservazione, deposito, commercializzazione, distribuzione all'ingrosso ed al dettaglio, nonché somministrazione degli alimenti di origine animale; è preposto, inoltre, alla vigilanza sull'attività e sugli impianti di macellazione, sugli impianti di raccolta e smaltimento degli avanzi e dei rifiuti di origine animale e sulle sardigne.

Per assicurare l'attività veterinaria su tutto il territorio della provincia, il servizio Veterinario Interaziendale, che ha sede a Bolzano, si avvale di unità operative di riferimento presso le aziende sanitarie di Merano, Bressanone e Brunico.

**CONSISTENZA DEL
PATRIMONIO ZOOTECNICO**

Nel 2006 la consistenza del patrimonio zootecnico (numero di bovini, ovini, caprini, equini e suini) è risultata pari a 222.320 capi, registrando una diminuzione del 2,4% rispetto all'anno precedente (227.726 capi nel 2005). Nel complesso, resta molto alta la presenza del bestiame bovino, pari al 63,4% del totale. Si rileva, inoltre, la presenza di circa 140.000 capi di pollame.

Tabella 16: **Patrimonio zootecnico per specie animale – Anno 2006**

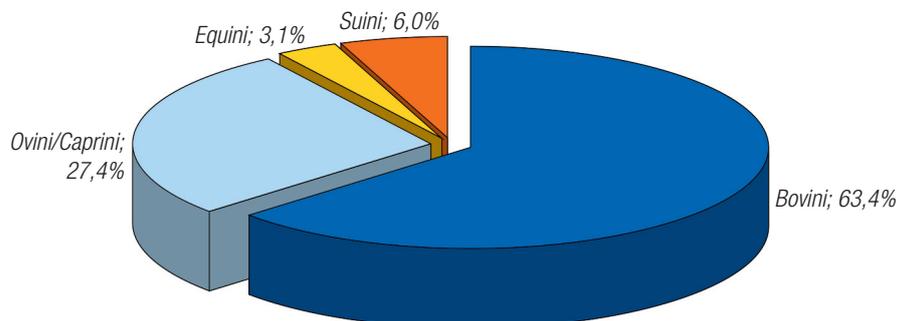
Specie animale	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Bovini	31.589	35.121	31.806	42.536	141.052
Ovini/Caprini	9.256	37.080	7.580	7.101	61.017
Equini	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	7.000*
Suini	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	13.251*
TOTALE	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	222.320
Pollame	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	140.000*

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

Fonte: servizio Veterinario Provinciale

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

Figura 3: Distribuzione dei capi di bestiame per specie animale – Anno 2006



Fonte: servizio Veterinario Provinciale

Tabella 17: Distribuzione percentuale dei capi bovini e ovini/caprini per azienda sanitaria – Anno 2006

Specie animale	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Bovini	22,4%	24,9%	22,5%	30,2%	100,0%
Ovini/Caprini	15,2%	60,8%	12,4%	11,6%	100,0%

Fonte: servizio Veterinario Provinciale

Tabella 18: Allevamenti presenti nel territorio della Provincia di Bolzano per specie animale – Anni 2004-2006

Specie animale	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006
Bovini	9.074	8.942	8.866
Ovini/Caprini	4.642	3.909	4.020
Equini	1.800	1.800	1.800
Suini	4.241	4.209	4.549
Pollame/conigli	48	108	95
Troticoltura	5	5	5
TOTALE	19.810	18.973	19.335

Fonte: servizio Veterinario Provinciale

Nel 2006 sono state effettuate attività di profilassi delle patologie animali e piani di risanamento che hanno riguardato la TBC bovina, brucellosi bovina ed ovi-caprina, brucella ovis, rinotracheite bovina infettiva (IBR), malattia vescicolare suina, peste suina, morbo di Aujeszky, leucosi bovina enzootica, BVD/MD (anticorpi e virus), Blue Tongue, Scrapie, CAEV (virus artrite-encefalite dei caprini). In conformità ai piani di risanamento obbligatori previsti per l'anno 2006, sono stati controllati complessivamente 213.200 capi di bestiame. Oltre alle prove serologiche sugli animali, sono state controllate anche le singole aziende conducendo specifici test sul latte di cisterna. Con tale finalità sono state effettuate 5.582 analisi riguardanti la brucellosi bovina e 5.579 prove per la IBR e la leucosi bovina enzootica.

Sono stati inoltre esaminati 51 allevamenti per il controllo relativo all'influenza aviaria.

Nel 2006 è continuato il programma di profilassi volontaria contro la CAEV (artrite-encefalite dei caprini) e il programma di profilassi volontaria contro la pseudotubercolosi.

La Provincia di Bolzano partecipa, inoltre, ad un programma nazionale di sorveglianza della Blue Tongue, nell'ambito del quale sono stati prelevati 9.160 campioni di sangue bovino.

Tabella 19: **Controlli e vaccinazioni effettuati in relazione ai piani di risanamento obbligatori nella Provincia Autonoma di Bolzano – Anni 2004-2006**

Tipologia di controlli	Numero di capi controllati		
	2004	2005	2006
TBC bovina	126.495	147	72
Brucellosi bovina	23.709	21.491	29.403
Brucellosi ovi-caprina	32.102	16.323	27.335
Brucella ovis* (ovini maschi)	2.434	2.287	2.713
Rinotracheite bovina infettiva (IBR)	23.635	23.765	29.235
Malattia vescicolare suina	702	607	622
Peste suina	732	690	623
Morbo di Aujeszky	608	590	622
Leucosi Bovina Enzootica	23.635	20.651	28.608
BVD/MD Anticorpi siero	5.408	8.121	2.731
BVD/MD – Virus siero	35.944	13.985	4.849
BVD/MD – Virus epitelio	-	56.605	69.599
Blue Tongue	8.454	8.035	9.160
Scrapie – genotipizzazione	857	1710	-
CAEV	19.209	6.912	7.628
TOTALE CONTROLLI	303.924	181.919	213.200

Tipologia di vaccinazioni	Numero di capi vaccinati		
	2004	2005	2006
Carbonchio sintomatico	7.320	7.285	7.163
Carbonchio ematico	-	138	143
TOTALE VACCINAZIONI	7.320	7.423	7.306

Fonte: servizio Veterinario Provinciale

**PATOLOGIE ANIMALI
RISCONTRATE**

Nel 2006, 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 141 nuovi casi di BVD/MD.

Sempre nell'ambito della sanità animale, il servizio Veterinario Interaziendale esegue i prelievi di sangue per le aste bovine e ovine (873 campioni prelevati), si occupa della tutela sanitaria della riproduzione animale (137 stalloni e tori controllati), rilascia i certificati sanitari per gli animali destinati alla vendita e al macello (71.324 capi certificati), effettua i controlli sui trattamenti farmacologici sugli animali (circa 900 registri di trattamento con farmaci veterinari controllati).

Nell'ambito delle attività previste di controllo dell'alimentazione animale, sono stati esaminati 322 campioni di mangimi (di cui 2 sono risultati non regolari) e 82 campioni di acqua potabile utilizzata negli allevamenti (di cui 5 non regolari); è stata anche analizzata la presenza di radioattività su 6 campioni di mangimi. Inoltre, sono stati effettuati 2 controlli sul latte in polvere per uso zootecnico.

Il servizio si occupa, inoltre, della lotta al randagismo (396 randagi catturati nel 2006) e della procedura per il riconoscimento dei cani, attraverso l'inserimento di appositi microchip di identificazione. Tale procedura, avviata in tutti i comuni della provincia, ha reso più agevole la restituzione degli animali ai proprietari ed ha permesso, quindi, di ridurre il tempo della loro permanenza in canile.

Nel corso del 2006 sono stati sterilizzati 99 cani e 1.727 gatti.

Tabella 20: **Prestazioni effettuate dal servizio Veterinario Interaziendale – Area Sanità Animale – Anni 2005-2006**

Prestazioni effettuate dal servizio Veterinario	Anno 2005	Anno 2006
Randagi catturati	415	396
Cani sterilizzati	223	99
Gatti sterilizzati	1.661	1.727
Controllo dei riproduttori – stalloni e tori	166	137
Controllo trattamenti farmacologici sugli animali (controllo registri)	700	900
Controllo mangimi	326	322
Controllo radioattività sui mangimi	6	6
Controllo acqua utilizzata negli allevamenti e/o per uso produzione di alimenti di origine animale	138	82
Prelievo sangue per aste bovine e ovine	1.648	873
Passaporti per cani, gatti, furetti che viaggiano all'interno dell'EU (dall'1/7/04)	1.701	857
Passaporti per equidi (dall'1.10.05)	269	2.063
Autorizzazioni per mezzi di trasporto di animali vivi	460	552
Autorizzazioni sanitarie per l'apertura di ambulatori veterinari	2	-
Autorizzazioni sanitarie per l'apertura di negozi di animali	2	-
Consegna microchip	1.229	1.751*
TOTALE	8.946	9.765

* Sono compresi 820 impianti microchip per cani, gatti, furetti e 931 per equini

Fonte: servizio Veterinario Interaziendale

1.5. TUTELA IGIENICO-SANITARIA DEGLI ALIMENTI E BEVANDE

Il servizio Veterinario Interaziendale ha esaminato 1.143 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 3,8%, leggermente superiore a quella dell'anno precedente (2,6% nel 2005).

Tutti i bovini macellati ad un'età maggiore di 24 mesi sono stati sottoposti ad un test rapido per la ricerca della BSE (9.933 bovini controllati).

L'attività di controllo specifica degli alimenti di origine non animale, effettuata dai servizi di igiene e sanità pubblica, ha coinvolto 1.561 unità produttive; a livello provinciale, la percentuale di unità riscontrate con infrazioni sul totale delle unità controllate si conferma molto alta (pari al 31,5%).

Nell'ambito della tutela igienico-sanitaria degli alimenti, il laboratorio dell'Istituto Zooprofilattico e i laboratori dell'Agenzia Provinciale per l'Ambiente (laboratorio Analisi Alimenti e laboratorio Biologico) hanno analizzato 1.088 campioni di alimenti, riscontrando 70 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 2.021 campioni per analisi chimico-fisiche e 2.973 campioni per analisi microbiologiche. La percentuale di campioni non regolari all'utenza si attesta su valori molto bassi (pari a 1,9% per le analisi chimico-fisiche ed a 7,7% per le analisi microbiologiche), confermando quanto rilevato negli anni precedenti.

**CONTROLLO DEGLI
ALIMENTI DI ORIGINE
ANIMALE**

**SERVIZIO VETERINARIO
INTERAZIENDALE**

I controlli degli alimenti si distinguono in controlli igienico-sanitari nelle strutture di produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e delle bevande e in controlli analitici (microbiologici e chimici) dei singoli alimenti per la verifica della regolarità della composizione, del contenuto o della loro natura merceologica.

L'attività di controllo specifica degli alimenti di origine animale viene svolta dai veterinari operanti presso il servizio Veterinario Interaziendale.

Tabella 21: Risultati dei controlli sulle strutture di produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale, e provvedimenti adottati – Anno 2006

<i>Tipologia di attività</i>	<i>Unità controllate</i>	<i>Unità con infrazioni</i>	<i>Numero ispezioni</i>	<i>Provvedimenti amministrativi e/o notizie di reato</i>
<i>Produzione primaria</i>	225	2	250	5
<i>Produzione e confezione</i>	95	1	278	28
<i>Distribuzione ingrosso</i>	43	2	239	19
<i>Distribuzione dettaglio</i>	193	19	343	35
<i>Trasporti (autorizzazione sanitaria)</i>	200	-	257	-
<i>Ristorazione pubblica</i>	67	3	76	2
<i>Ristorazione collettiva</i>	5	-	6	-
<i>Produzione e confezione per vendita al dettaglio</i>	315	16	446	18
TOTALE	1.143	43	1.895	107

Fonte: servizio Veterinario Interaziendale

Nel 2006, il servizio Veterinario Interaziendale ha sottoposto a controllo complessivamente 1.143 unità, di cui 43 hanno evidenziato infrazioni. Inoltre, ha effettuato mediamente 1,7 ispezioni per unità controllata.

La percentuale di unità irregolari sul totale unità controllate risulta pari a 3,8%, leggermente superiore al valore registrato nell'anno precedente (2,6% nel 2005).

Il servizio si occupa anche di predisporre le autorizzazioni sanitarie per i mezzi di trasporto alimenti e per l'apertura di laboratori e centri di deposito carni. Inoltre, è competente per il rilascio di certificati sanitari per il trasporto di carcasse di animali e materiale a rischio specifico, per le macellazioni a domicilio e per le macellazioni ad uso privato negli impianti di macellazione.

Gli animali sottoposti a macellazione, infatti, vengono visitati prima e dopo la stessa, per verificare l'eventuale presenza di patologie trasmissibili all'uomo o agli animali. Nel caso di macellazioni speciali d'urgenza vengono regolarmente eseguiti esami batteriologici sulle carni e sugli organi, ed analisi per la ricerca di sostanze inibenti.

Tabella 22: **Prestazioni effettuate dal servizio Veterinario Interaziendale – Area igiene degli alimenti di origine animale – Anni 2005-2006**

Prestazioni effettuate dal servizio Veterinario	Anno 2005	Anno 2006
Analisi batteriologiche sulle carni	320	n.d.
Trichinoscopie	9.117	8.218
Test BSE	10.542	9.933
Test per la ricerca scrapie	414	720
Certificati sanitari per trasporto carcasse di animali e materiale a rischio spec.	7.031	7.486
Autorizzazioni sanitarie per mezzi di trasporto di alimenti	199	257
Autorizzazioni sanitarie per l'apertura di laboratori, depositi carni, ecc.	37	34
Ispezioni in malghe che producono formaggio	44	n.d.

Fonte: servizio Veterinario Interaziendale

Nel corso dell'anno sono stati macellati in tutta la provincia 45.671 animali (bovini/equini/suini/ovini), con un calo del 6,8% rispetto al 2005. Tutti i bovini macellati o morti ad una età maggiore di 24 mesi sono stati sottoposti ad un test rapido per la ricerca della BSE. Nel 2006 sono stati controllati 9.933 bovini, tutti con esito negativo. Sono stati esaminati anche 720 ovini e caprini, macellati ad una età maggiore di 18 mesi, per la ricerca della scrapie, con esito sempre negativo. Sono stati macellati, inoltre, 8.034 suini e 184 equini, tutti sottoposti ad esame per la ricerca delle trichine con esito negativo.

Complessivamente sono state controllate 21.650 tonnellate di carni sezionate e depositate negli stabilimenti riconosciuti.

Nell'ambito delle macellazioni ad uso privato, vanno distinte quelle effettuate in locali di macellazione autorizzati e quelle eseguite direttamente negli allevamenti. La quota di macellazioni a scopo privato eseguite in locali autorizzati è aumentata negli ultimi cinque anni, passando dal 61,4% del 2002 al 83,4% del 2006. Questa tendenza viene sostenuta da parte del servizio Veterinario Interaziendale, grazie ad un costante lavoro di educazione alla salute e di sensibilizzazione della popolazione contadina per l'uso di strutture di macellazione aperte al pubblico, che garantiscono condizioni igienico-sanitarie migliori rispetto alla macellazione a domicilio.

Il servizio Veterinario Interaziendale partecipa, inoltre, al programma di attività promosso e coordinato dal Ministero della Salute, denominato "Piano Nazionale Residui". Esso consiste in un programma annuale di sorveglianza e monitoraggio sugli alimenti e prodotti di origine animale ai fini di rilevare la presenza di residui di sostanze dannose per la salute umana. Tutti i campioni prelevati nel 2006 nell'ambito del Piano Nazionale Residui sono risultati regolari. Il piano ha interessato, oltre alle altre matrici alimentari, anche 381.508.600 litri di latte.

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.

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

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

Tabella 23: **Risultati dei controlli sulle strutture di trasformazione, distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione e trasporto degli alimenti di origine non animale, effettuati dal servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Bolzano – Anno 2006**

Tipologia di attività	Unità controllate	Unità con infrazioni	Numero ispezioni	Provvedimenti amministrativi e/o notizie di reato
Produzione e confezione	47	20	53	25
Distribuzione ingrosso	16	1	29	1
Distribuzione dettaglio	35	9	44	13
Trasporti (vigilanza)	-	-	-	-
Trasporti (autorizzazione sanitaria)	-	-	-	-
Ristorazione pubblica	159	101	183	157
Ristorazione collettiva	41	12	43	13
Produzione e confezione per vendita al dettaglio	31	17	36	32
TOTALE	329	160	388	241

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano - servizio di Igiene e Sanità Pubblica

Tabella 24: **Risultati dei controlli sulle strutture di trasformazione, distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione e trasporto degli alimenti di origine non animale, effettuati dal servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Merano – Anno 2006**

Tipologia di attività	Unità controllate	Unità con infrazioni	Numero ispezioni	Provvedimenti amministrativi e/o notizie di reato
Produzione e confezione	53	1	140	1
Distribuzione ingrosso	17	-	24	-
Distribuzione dettaglio	91	1	148	1
Trasporti (vigilanza)	-	-	-	-
Trasporti (autorizzazione sanitaria)	-	-	-	-
Ristorazione pubblica	239	15	314	15
Ristorazione collettiva	83	-	92	-
Produzione e confezione per vendita al dettaglio	77	2	94	2
TOTALE	560	19	812	19

Fonte: Azienda Sanitaria di Merano - servizio di Igiene e Sanità Pubblica

Tabella 25: **Risultati dei controlli sulle strutture di trasformazione, distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione e trasporto degli alimenti di origine non animale, effettuati dal servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Bressanone – Anno 2006**

Tipologia di attività	Unità controllate	Unità con infrazioni	Numero ispezioni	Provvedimenti amministrativi e/o notizie di reato
Produzione e confezione	16	7	18	7
Distribuzione ingrosso	9	-	9	-
Distribuzione dettaglio	63	25	66	20
Trasporti (vigilanza)	25	-	25	-
Trasporti (autorizzazione sanitaria)	13	1	13	2
Ristorazione pubblica	161	135	200	209
Ristorazione collettiva	43	30	47	36
Produzione e confezione per vendita al dettaglio	29	23	34	34
TOTALE	359	221	412	308

Fonte: Azienda Sanitaria di Bressanone - servizio di Igiene e Sanità Pubblica

Tabella 26: **Risultati dei controlli sulle strutture di trasformazione, distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione e trasporto degli alimenti di origine non animale, effettuati dal servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Brunico – Anno 2006**

Tipologia di attività	Unità controllate	Unità con infrazioni	Numero ispezioni	Provvedimenti amministrativi e/o notizie di reato
Produzione e confezione	19	2	35	-
Distribuzione ingrosso	11	1	20	2
Distribuzione dettaglio	24	2	32	4
Trasporti (vigilanza)	-	-	-	-
Trasporti (autorizzazione sanitaria)	18	-	18	18
Ristorazione pubblica	198	75	208	114
Ristorazione collettiva	25	4	25	4
Produzione e confezione per vendita al dettaglio	18	8	18	12
TOTALE	313	92	356	154

Fonte: Azienda Sanitaria di Brunico - servizio di Igiene e Sanità Pubblica

Tabella 27: **Risultati dei controlli sulle strutture di trasformazione, distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione e trasporto degli alimenti di origine non animale, effettuati dai servizi di igiene e sanità pubblica – Totale provincia – Anno 2006**

Tipologia di attività	Unità controllate	Unità con infrazioni	Numero ispezioni	Provvedimenti amministrativi e/o notizie di reato
Produzione e confezione	135	30	246	33
Distribuzione ingrosso	53	2	82	3
Distribuzione dettaglio	213	37	290	38
Trasporti (vigilanza)	25	-	25	-
Trasporti (autorizzazione sanitaria)	31	1	31	20
Ristorazione pubblica	757	326	905	495
Ristorazione collettiva	192	46	207	53
Produzione e confezione per vendita al dettaglio	155	50	182	80
TOTALE	1.561	492	1.968	722

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

Nel 2006 sono state controllate 1.561 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 (48,5% 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 31,5%); il valore di tale percentuale risulta in lieve aumento rispetto a quello rilevato nell'anno precedente (30,3% nel 2005).

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

Tabella 28: **Prestazioni effettuate di accertamento, vigilanza e controllo di fattori di rischio in campo micologico – Anno 2006**

Tipologia di attività	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Certificazione di commestibilità di funghi destinati alla vendita	320	-	1	45	366
Consulenze micologiche a privati raccoglitori	175	49	25	35	284
Rilascio attestati di idoneità alla vendita di funghi freschi	9	-	12	-	21

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

Tabella 29: **Prestazioni effettuate dal personale dei servizi di igiene e sanità pubblica, rivolte all'accertamento, vigilanza e controllo di fattori di rischio in campo alimentare – Anno 2006**

Tipologia di attività	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Formulazione di pareri igienico-sanitari per:					
- depositi alimenti all'ingrosso	-	2	1	-*	3
- laboratori alimenti	60	45	16	8*	129
Formulazione di pareri igienico-sanitari ai fini del rilascio dell'autorizzazione al trasporto di alimenti	72	-	3	18	93
TOTALE	132	47	20	26	225

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

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 l'Ambiente (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 33 campioni di alimenti, riscontrando nel complesso 1 infrazione (3,0%).

Tabella 30: **Controlli degli alimenti effettuati dall'Istituto Zooprofilattico – Anno 2006**

Alimenti di origine animale	Numero di campioni analizzati	Numero di infrazioni riscontrate
Prodotti lattiero-caseari	24	-
Uova e ovoprodotti	2	-
Carne, prodotti a base di carne, cacciagione e pollame	7	1
Pesci, crostacei, molluschi	-	-
TOTALE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	33	1

Fonte: Istituto Zooprofilattico

Il laboratorio Analisi Alimenti ha esaminato, nel corso dell'anno, 786 campioni, rilevando 62 infrazioni (7,9%). Un numero elevato di infrazioni sono state rilevate in particolare nei pesci, crostacei e molluschi, nelle bevande alcoliche escluso il vino e nelle analisi dei prodotti destinati ad un'alimentazione particolare (prodotti dietetici, alimenti prima infanzia).

Tabella 31: **Controlli degli alimenti effettuati dal laboratorio Analisi Alimenti – Anno 2006**

Alimenti di origine animale	Numero di campioni analizzati	Numero di infrazioni riscontrate
<i>Prodotti lattiero-caseari</i>	114	1
<i>Uova e ovoprodotti</i>	8	-
<i>Carne, prodotti a base di carne, cacciagione e pollame</i>	91	4
<i>Pesci, crostacei, molluschi</i>	44	9
TOTALE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	257	14

Alimenti di origine vegetale	Numero di campioni analizzati	Numero di infrazioni riscontrate
<i>Grassi ed oli non animali</i>	74	10
<i>Cereali e prodotti della panetteria</i>	21	1
<i>Frutta e verdure</i>	158	4
<i>Erbe, spezie, caffè, tè</i>	1	1
<i>Vino</i>	102	7
<i>Cacao e sue preparazioni</i>	-	-
TOTALE ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE	356	23

Alimenti vari	Numero di campioni analizzati	Numero di infrazioni riscontrate
<i>Grassi alimentari animali</i>	1	-
<i>Zuppe, brodi, salse</i>	6	-
<i>Bevande non alcoliche</i>	62	2
<i>Bevande alcoliche escluso il vino</i>	34	7
<i>Dolciumi</i>	4	-
<i>Frutta secca a guscio rigido, spuntini</i>	1	-
<i>Piatti preparati</i>	1	-
<i>Prodotti destinati ad una alimentazione particolare (infanzia)</i>	33	8
<i>Altre preparazioni alimentari non animali</i>	24	6
<i>Confetture</i>	7	2
TOTALE ALIMENTI VARI	173	25

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

Il laboratorio Biologico nel 2006 ha effettuato controlli su 269 campioni, riscontrando 7 irregolarità (2,6%).

LABORATORIO BIOLOGICO

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

Tabella 32: **Controlli degli alimenti effettuati dal laboratorio Biologico – Anno 2006**

<i>Alimenti di origine animale</i>	<i>Numero di campioni analizzati</i>	<i>Numero di infrazioni riscontrate</i>
<i>Prodotti lattiero-caseari</i>	12	1
<i>Uova e ovoprodotti</i>	-	-
<i>Carne, prodotti a base di carne, cacciagione e pollame</i>	2	-
<i>Pesci, crostacei, molluschi</i>	-	-
TOTALE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	14	1
<i>Alimenti di origine vegetale</i>	<i>Numero di campioni analizzati</i>	<i>Numero di infrazioni riscontrate</i>
<i>Cereali e prodotti della panetteria</i>	1	-
<i>Cacao e sue preparazioni</i>	2	-
<i>Frutta e verdure</i>	19	-
TOTALE ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE	22	-
<i>Alimenti di vari</i>	<i>Numero di campioni analizzati</i>	<i>Numero di infrazioni riscontrate</i>
<i>Zuppe, brodi, salse</i>	1	-
<i>Bevande non alcoliche</i>	3	-
<i>Bevande alcoliche escluso il vino</i>	2	-
<i>Gelati e dessert</i>	4	-
<i>Dolciumi</i>	62	-
<i>Piatti preparati</i>	159	4
<i>Prodotti destinati ad una alimentazione particolare (infanzia)</i>	2	2
TOTALE ALIMENTI DI VARI	233	6

Fonte: Agenzia Provinciale per l'Ambiente - laboratorio Biologico

Il controllo delle acque per uso umano viene svolto dai servizi di igiene e sanità pubblica, coadiuvati dai laboratori dell'Agenzia Provinciale per l'Ambiente (laboratorio Analisi Acqua e laboratorio Biologico), che svolgono le analisi chimiche e microbiologiche.

Nell'ambito di tale attività, vanno distinti i giudizi di idoneità d'uso degli acquedotti dagli interventi di controllo effettuati sugli stessi.

Tabella 33: **Attività di controllo delle acque per uso umano nelle reti pubbliche – Anno 2006**

<i>Azienda Sanitaria</i>	<i>Controlli degli acquedotti – reti pubbliche</i>				
	<i>N. reti esistenti</i>	<i>N. reti controllate</i>	<i>Totale campioni prelevati</i>	<i>Numero di campioni prelevati all'utenza</i>	<i>Numero di campioni non regolari all'utenza</i>
Bolzano	123	123			
<i>Analisi chimico-fisiche</i>			506	455	5
<i>Analisi microbiologiche</i>			686	636	25
Merano	154	153			
<i>Analisi chimico-fisiche</i>			605	477	18
<i>Analisi microbiologiche</i>			970	772	63
Bressanone	149	149			
<i>Analisi chimico-fisiche</i>			493	430	6
<i>Analisi microbiologiche</i>			854*	615*	55*
Brunico	116	116			
<i>Analisi chimico-fisiche</i>			417	352	3
<i>Analisi microbiologiche</i>			463	365	41
TOTALE	542	541			
ANALISI CHIMICO-FISICHE			2.021	1.714	32
ANALISI MICROBIOLOGICHE			2.973	2.388	184

*Sono stati inseriti anche i campionamenti riguardanti la ricerca della *Legionella pneumophila* in acqua calda

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

Tabella 34: **Attività di controllo delle acque per uso umano nelle reti private di interesse pubblico – Anno 2006**

Azienda Sanitaria	Controlli degli acquedotti – reti private				
	N. reti esistenti	N. reti controllate	Totale campioni prelevati	Numero di campioni prelevati all'utenza	Numero di campioni non regolari all'utenza
Bolzano	311	33			
Analisi chimico-fisiche			52	44	17
Analisi microbiologiche			50	43	1
Merano	488	112			
Analisi chimico-fisiche			87	82	7
Analisi microbiologiche			127	109	48
Bressanone	185	73			
Analisi chimico-fisiche			100	72	11
Analisi microbiologiche			149	98	22
Brunico	244	20			
Analisi chimico-fisiche			20	20	0
Analisi microbiologiche			33	20	7
TOTALE	1.228	238			
ANALISI CHIMICO-FISICHE			259	218	35
ANALISI MICROBIOLOGICHE			359	270	78

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

Tabella 35: **Attività di controllo delle acque per uso umano – giudizi di idoneità d'uso – Anno 2006**

Azienda Sanitaria	N. giudizi espressi	Analisi chimico-fisiche campioni prelevati	Analisi microbiologiche campioni prelevati
Bolzano	11	64	92
Merano	27	75	115
Bressanone	7	53	60
Brunico	35	37	75
TOTALE	80	229	342

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

Con riferimento all'attività di controllo delle acque ad uso potabile effettuata sulle reti pubbliche, si osserva che la percentuale di campioni non regolari all'utenza si attesta su valori molto bassi (pari al 1,9% per le analisi chimico-fisiche ed al 7,7% per le analisi microbiologiche), confermando quanto rilevato negli anni precedenti.

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

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

1.6. ATTIVITÀ MEDICO-LEGALI E DI MEDICINA DELLO SPORT

Nel 2006 sono state erogate dai servizi di medicina legale più di 33.000 prestazioni tra visite ambulatoriali e domiciliari, accertamenti sanitari e procedure amministrative.

I servizi di medicina dello sport hanno effettuato complessivamente 22.576 visite finalizzate all'accertamento dell'idoneità per l'attività sportiva agonistica: 20 atleti agonisti sono risultati non idonei dopo tali visite.

1.6.1. Attività 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:

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

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

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

Il servizio di Medicina Legale 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.

Nel 2006 sono state erogate dai servizi di medicina legale più di 33.000 prestazioni tra visite ambulatoriali e domiciliari, accertamenti sanitari e procedure amministrative.

ORGANIZZAZIONE DEI
SERVIZI DI MEDICINA
LEGALE

COMPITI DEI SERVIZI DI
MEDICINA LEGALE

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

PRESTAZIONI EROGATE

Tabella 36: **Prestazioni erogate nell'interesse o su richiesta del privato dai servizi di medicina legale – Settore di Medicina legale – Anno 2006**

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	7	-	-	-	7
Visita con certificazione medico legale.					
Contrassegni parcheggio invalidi	370	283	69	-	722
Visita con certificazione medico-legale. Certificati a privati (es. servizio di leva, ecc..)	-	36	1	-	37
Visita medica di controllo dei lavoratori, visita domiciliare di controllo in giorno feriale per accertamento dell'inidoneità al lavoro e dell'incapacità temporanea al lavoro per malattia o infortunio dei lavoratori dipendenti del settore privato (Deliberazione della G.P. 21.01.2002, n.130)	408	79	4	72	563
Visita medica di controllo dei lavoratori, visita ambulatoriale dei lavoratori dipendenti del settore privato (Deliberazione della G.P. 21.01.2002, n.130)	-	159	-	30	189
Visita anamnestica precollegiale con relazione scritta in seguito a richiesta da ditte private	15	-	-	-	15
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	23	3	-	-	26
Visite collegiali per ospedalizzazione a domicilio (*)	130	-	390	-	520
TOTALE	953	560	464	102	2.079

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

Fonte: aziende sanitarie – servizi di medicina legale

Tabella 37: **Prestazioni erogate nell'interesse o su richiesta del privato dai servizi di medicina legale – Settore Assistenza invalidi – Anno 2006**

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) (*)	3.243	626°	-	540	4.409
Consulenza su atti e su documenti clinici (Autorizzazione prescrizione protesi/ausili/tutori) (*)	4.227	2.587	385	1.766	8.965
Visite collegiali per commissione extratariffario	140	102	51	18	311
TOTALE	7.610	3.315	436	2.324	13.685

(*) Nell'Azienda Sanitaria di Bressanone queste consulenze medico legali vengono effettuate anche da altri servizi aziendali

° Non risultano compresi i collaudi effettuati dai medici prescrittori

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

Tabella 38: **Prestazioni erogate nell'interesse o su richiesta del privato dai servizi di medicina legale – Settore Commissione invalidi – Anno 2006**

Tipologia di prestazioni	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Visite domiciliari per accertamento invalidità civile	183	61	25	79	348
Visite collegiali ambulatoriali per accertamento invalidità civile	2.682	2.001	833	677	6.193
Visite collegiali ambulatoriali per accertamento gravità dell'handicap (l. 104/92)	433	226	117	97	873
Visite collegiali ambulatoriali per il collocamento al lavoro invalidi (l. 68/99)	154	88	40	17	299
Visite collegiali ambulatoriali per accertamento cecità (*)	92	-	-	-	92
Visite collegiali ambulatoriali per accertamento sordomutismo (*)	9	-	-	-	9
Revisioni straordinarie	-	-	1	9	10
D.P.R. 698 (postmortem)	35	-	3	2	40
TOTALE	3.588	2.376	1.019	881	7.864

(*) 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 39: **Prestazioni effettuate su iniziativa dei servizi di medicina legale o erogate nell'interesse o su richiesta di enti pubblici – Anno 2006**

Tipologia di prestazioni	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Consulenza in tema di accertamento e valutazione del danno alla persona in ambito previdenziale, assicurativo, sociale e privato, con relazione. Sinistri, richiesta risarcimento danni (*)	163	-	-	-	163
Consulenza su atti e su documenti clinici. Ricoveri urgenti all'estero. Pareri sul TFR. Pareri su Iperbarico	117	-	19	-	136
Consulenza su atti e su documenti clinici, in caso di particolare complessità. Pareri, consulenze	196	29	157	-	382
Visita con certificazione medico legale. Certificati richiesti da pubbliche amministrazioni (INPDAP, Provincia Autonoma di Bolzano, ecc.) (*)	67	-	-	-	67
Visita medica di controllo dei lavoratori, visita domiciliare di controllo in giorno feriale per accertamento dell'inidoneità al lavoro e della incapacità temporanea al lavoro per malattia o infortunio dei lavoratori dipendenti del settore pubblico (Deliberazione della G.P. 21.01.2002, n. 130)	1.360	303	168	53	1.884
Visita medica di controllo dei lavoratori, visita ambulatoriale di controllo in giorno feriale dei lavoratori dipendenti del settore pubblico (Deliberazione della G.P. 21.01.2002, n. 130)	15	49	8	1	73
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	217	30	-	2	249
Visita anamnestica precollegiale con relazione scritta in seguito a richiesta pervenuta da enti pubblici (*)	76	-	-	-	76
TOTALE	2.211	411	352	56	3.030

(*) 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 6.487 accertamenti sanitari collegiali per il rilascio, revisione o rinnovo della patente a persone con problemi psicofisici (commissione medica patenti).

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

Tabella 40: **Prestazioni medico-legali effettuate dai servizi di igiene e sanità pubblica - Anno 2006**

Attività effettuate	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico*
Accertamenti sanitari per il porto d'arma	292	49	19	-
Visite per patenti di guida veicoli e natanti	7.552	996	1.076	-
Visite per cessione del quinto	109	11	15	-
Visite per certificati di sana costituzione ed idoneità all'impiego	1.198	251	134	-
Visite per rilascio libretto di lavoro a minorenni	41	79	-	-
Visite per rilascio/rinnovo libretto di idoneità sanitaria	829	340	255	-

*Prestazioni effettuate dai medici igienisti distrettuali

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

Tabella 41: **Prestazioni medico-legali effettuate dai medici igienisti distrettuali – Anno 2006**

Attività effettuate	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico
Visite per patenti di guida veicoli e natanti	5.829	6.308	4.563	5.994
Accertamenti sanitari per il porto d'arma	{ 707*	468	285	343
Visite per cessione del quinto		{ 663+	38	6
Visite per certificati di sana costituzione ed idoneità all'impiego	220		236	781
Visite per rilascio / rinnovo libretto di idoneità sanitaria	543	729	394	424

*Il dato comprende sia i porti d'arma che la cessione del quinto

+Questo dato comprende entrambe le voci (visite per cessione del quinto e per certificati di sana costituzione ed idoneità all'impiego)

Fonte: aziende sanitarie – servizi di igiene e sanità pubblica

1.6.2. 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.

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), Caldarò (Oltradige) ed Egna (Bassa Atesina).

I servizi di medicina dello sport, oltre alle attività assegnate dalla l.p. n. 1/92, svolgono par-

**ALTRE PRESTAZIONI DEL
SERVIZIO DI MEDICINA
LEGALE DI BOLZANO**

**SERVIZI DI IGIENE E
SANITÀ PUBBLICA**

**COMPITI DEI SERVIZI DI
MEDICINA DELLO SPORT**

**ORGANIZZAZIONE DEI
SERVIZI DI MEDICINA
DELLO SPORT**

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

ticolari funzioni specialistiche, quali interventi di educazione alla salute nelle scuole, programmazione degli allenamenti, controlli anti-doping, assistenza a gare internazionali e valutazione periodica di atleti disabili.

Nel 2006 sono state effettuate complessivamente 22.576 visite finalizzate all'accertamento dell'idoneità per l'attività sportiva agonistica: 20 atleti agonisti sono risultati non idonei dopo tali visite (14 atleti nell'Azienda Sanitaria di Bolzano, 2 in quella di Bressanone e 4 in quella di Brunico).

Tabella 42: **Prestazioni erogate dai servizi di medicina dello sport per tipologia e azienda sanitaria – Anno 2006**

Tipologia di prestazione	Bolzano	Merano*	Bressanone	Brunico	Totale
Certificati per gli sport agonistici di cui alla tab.a del d.m. 18.02.82 (incluso: visita medica, esame delle urine, ECG)	887	146	304	232	1.569
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)	7.329°	7.488	2.775	2.785	20.377
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)	-°°	-	511	119	630
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)	10	-	-	54	64
Check up medico sportivo (incluso: visita medica, esame urine, spirometria semplice, ECG con test da sforzo al cicloergometro, relazione conclusiva)	-	-	3	22	25
Altri test di valutazione funzionale	-	-	-	28	28
Visita successiva alla prima, esame ORL	665	-	-	324	989
Visita specialistica	509	-	-	17	526
Spirometria semplice	55	-	139	39	233
Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro	626	-	444	73	1.143
Elettrocardiogramma dinamico – dispositivi analogici (holter)	-	-	36	-	36
Elettrocardiogramma (ECG)	57	-	438	35	530
Acido lattico	1.426	-	5	347	1.778
Screening neurologico	695	-	-	416	1.111
Valutazione dietetica. Terapia dietetica – stesura del programma nutrizionale. Controllo terapia dietetica. Per seduta	8	-	-	170	178
Valutazione ortottica	51	-	-	34	85
Altre prestazioni	-	-	-	218+	218

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

+ Oltre alle prestazioni riportate, il servizio ha effettuato anche 35 esami delle urine completi, 16 audometrie, 42 prelievi del sangue e 125 prestazioni varie (infiltrazione locale, infusione, vaccino antitetanico)

° Include 777 visite effettuate nel distretto di Egna – Bassa Atesina, 407 visite nel distretto di Cardano – Val d'Ega, 403 nel distretto di Ortisei-Val Gardena, 106 visite nel distretto di Caldaro-Oltradige

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

Fonte: aziende sanitarie – servizi di medicina dello sport

1.7. ATTIVITÀ DEL SERVIZIO PNEUMOLOGICO

Il servizio Interaziendale Pneumologico ha effettuato, nel corso del 2006, 11.462 visite ambulatoriali e 1.067 visite domiciliari; sono state eseguite, inoltre, prove ed esami diagnostici, test allergologici, trattamenti farmacologici ed interventi di rieducazione respiratoria.

Il servizio Pneumologico è un servizio 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.

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.

Il servizio Interaziendale Pneumologico ha effettuato, nel corso del 2006, 11.462 visite ambulatoriali e 1.067 visite domiciliari. Si rileva un aumento delle prestazioni eseguite con riferimento alle visite ambulatoriali (11.462 nel 2006 contro le 11.133 del 2005, +3,0%), alle visite domiciliari (1.067 nel 2006 contro le 800 effettuate nel 2005, +33,4%), ai test di broncodilatazione (2.066 nel 2006 contro i 1.692 effettuati nel 2005, +22,1%), ed agli esami allergologici completi (688 nel 2006 contro i 487 effettuati nel 2005, +41,3%). Si registra, invece, una diminuzione della voce relativa agli esercizi respiratori (243 nel 2006 contro i 734 effettuati nel 2005, -66,9%).

ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO PNEUMOLOGICO

COMPITI DEL SERVIZIO PNEUMOLOGICO

PRESTAZIONI EROGATE

Tabella 43: Prestazioni erogate dal servizio Interaziendale Pneumologico – Anno 2006

	Bolzano	Egna	Merano	Silandro	Bressanone	Brunico	Totale
Visita in ambulatorio	6.647	651	1.633	712	785	1.034	11.462
Consulenze pneumologiche ospedaliere	-	-	63	27	36	16	142
Spirometria globale	41	-	-	-	-	-	41
Polisonnogramma	65	-	8	-	2	21	96
Ergospirometria (bici)	3	-	-	-	-	-	3
Spirometria semplice (F/V)	1.774	215	712	251	199	270	3.421
Spirometria con volume residuo	-	2	14	14	1	5	36
Test di broncodilatazione	1.058	114	384	219	62	229	2.066
Test di broncocostrizione	117	-	36	-	8	13	174
Test di capacità di diffusione (DLCO)	83	4	37	10	30	41	205
Esame allergologico completo	421	91	95	28	27	26	688
Drenaggio posturale	177	17	88	-	-	-	282
Aerosol con farmaci	91	20	89	-	-	-	200
Esercizi respiratori	239	4	-	-	-	-	243
Test Pe Max-Pi Max	6	-	1	-	-	-	7
Visita a domicilio del medico	24	10	13	3	3	-	53
Visita a domicilio dell'assistente sanitaria	348	64	144	100	154	204	1.014
Pulsossimetria	1.213	205	524	357	444	442	3.185
Test da sforzo	100	5	11	-	2	4	122
Prelievo arterioso	428	113	159	92	175	70	1.037
Emogasanalisi	428	4	-	2	14	-	448
TOTALE	13.263	1.519	4.011	1.815	1.942	2.375	24.925
RX torace standard	5.145	-	-	-	-	-	5.145
TOTALE COMPLESSIVO	18.408	1.519	4.011	1.815	1.942	2.375	30.070

Fonte: servizio Interaziendale Pneumologico

2. ASSISTENZA DISTRETTUALE

2.1. SERVIZIO DI MEDICINA DI BASE

**SERVIZI DI MEDICINA DI
BASE**

L'organizzazione e la gestione delle attività dei distretti sanitari, nonché il coordinamento dei rapporti con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta convenzionati, sono affidati ai servizi di medicina di base delle aziende sanitarie.

Il Piano Sanitario Provinciale 2000-2002 attribuisce ai servizi di medicina di base funzioni di prevenzione, di educazione sanitaria, nonché di cura di forme morbose e inabilità mediante interventi di 1° livello e di pronto intervento di tipo diagnostico, terapeutico e riabilitativo, da effettuare in regime ambulatoriale, domiciliare e semiresidenziale. I servizi di medicina di base si occupano, inoltre, di promuovere il recupero dell'autonomia di soggetti non autosufficienti e di anziani attraverso trattamenti in regime residenziale.

DISTRETTI SANITARI

Per svolgere tali funzioni il servizio di medicina di base si avvale dei distretti sanitari (20 in tutta la provincia), che rappresentano unità tecnico-funzionali del servizio stesso.

Durante il 2006, i servizi di medicina di base delle quattro aziende sanitarie hanno intrapreso e realizzato progetti per la gestione e lo sviluppo dei distretti, volti in molti casi a studiare e a migliorare l'offerta dei servizi e le risposte ai bisogni particolari di specifici gruppi di utenti, che per la loro multidisciplinarietà hanno richiesto l'interazione con altri servizi sanitari, istituzioni e servizi sociali ed enti locali.

Nella Provincia di Bolzano i distretti sanitari sono formati di regola dall'aggregazione di 4-6 comuni, con una popolazione compresa tra i 15.000 e 20.000 abitanti (tranne il distretto di Bolzano con circa 100.000 abitanti). Ciascun distretto ha una sede principale, a cui possono aggiungersi più punti di riferimento dislocati nel territorio.

Per la realizzazione del programma di investimenti finalizzati alla realizzazione e/o all'ammodernamento degli edifici delle sedi e dei punti di riferimento di distretto, dal 1993 (anno del 1° finanziamento) ad oggi la Giunta Provinciale ha impegnato circa 107.000.000 Euro, a fronte di una spesa totale programmata di circa 132.000.000 Euro. Tutti i distretti e i relativi punti di riferimento sono stati attivati; per quelli ancora sprovvisti di edifici costruiti o ristrutturati per le esigenze specifiche esistono sistemazioni provvisorie, che consentono un livello di operatività soddisfacente. Le sedi costruite a partire dal 1994 ospitano insieme i distretti sanitari ed i distretti sociali.

Nel 2006 è stata attivata la nuova sede del distretto Naturno-Circondario, sono proseguiti i lavori per la sede del distretto S. Quirino/Gries di Bolzano e iniziati i lavori per la sede del punto di riferimento di Fiè. Inoltre sono state avviate le progettazioni per diverse nuove sedi ed ampliamenti di sedi esistenti.

Tabella 1: **Progetti intrapresi dai servizi di medicina di base e servizi ed enti coinvolti – Anno 2006**

Azienda Sanitaria	Progetto	Servizi/enti/figure professionali coinvolti/e
Bolzano	<i>Dimissione infermieristica protetta</i>	<i>Reparti di degenza dell'ospedale di Bolzano, servizio di Medicina di Base</i>
	<i>Monitoraggio appropriatezza prescrittiva farmaceutica territoriale</i>	<i>Servizio di Medicina di Base, MMG e PLS</i>
	<i>Realizzazione sito internet riservato per i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta</i>	<i>Servizio di Medicina di Base, MMG e PLS, ufficio Relazioni con il pubblico</i>
	<i>Presa in carico della direzione delle Case di riposo e Centri di degenza</i>	<i>Reparto di geriatria ospedale di Bolzano, Direzione infermieristica, Associazione case di riposo Alto Adige, servizio di Medicina di Base</i>
	<i>Progetto "Profilassi della carie"</i>	<i>Assistenti sanitarie, odontoiatri, scuole</i>
	<i>Progetto di integrazione socio-sanitaria riguardante l'informazione sui servizi socio-sanitari dei distretti</i>	<i>Servizio di Medicina di Base, Comunità comprensoriale Oltradige-Bassa Atesina</i>
Merano	<i>Progetti vari di educazione sanitaria nelle scuole</i>	<i>Medici, assistenti sanitari/e, dietisti/e, scuole</i>
	<i>Prevenzione e diagnosi precoce della depressione post-partum (formazione operatori; ricerca epidemiologica fattori di rischio; elaborazione contenuti corsi preparato sul tema)</i>	<i>Servizio di Medicina di base, servizio Psicologico, servizio Psichiatrico, servizio Ginecologico, assistenti sanitarie e ostetriche distretti, PLS</i>
	<i>Progetto prevenzione tumori cutanei</i>	<i>Servizio di Medicina di Base, Divisione di Dermatologia</i>
	<i>Progetto prevenzione tumore prostata</i>	<i>Servizio di Medicina di Base</i>
	<i>Gestione integrata ospedale-territorio dei pazienti anticoagulati</i>	<i>Servizio di Medicina di Base, MMG, centro trasfusionale</i>
	<i>Progetto prevenzione malattie cardio vascolari (elaborazione scheda informatica integrata ospedale-territorio; formazione dei MMG; collegamento informatico Intranet dei MMG con il reparto di Medicina)</i>	<i>Reparto di Medicina, servizio di Medicina di Base, MMG</i>
	<i>Progetto "Stile di vita" nelle scuole elementari: educazione sanitaria svolta da dietiste, assistenti sanitarie e personale della scuola di Tesimo volto a promuovere una corretta alimentazione, un adeguato movimento ed una modifica delle abitudini alimentari errate</i>	<i>Servizio Dietologico, dietiste, servizio di Medicina di Base, assistenti sanitarie, sovrintendenza scolastica tedesca, scuola Frankenberg-Tesimo</i>
	<i>Progetto "Emergenza caldo anziani" (elaborazione depliant informativo; diffusione info tramite mass media; coinvolgimento MMG nel rilevare anziani a rischio; attivazione numero telefonico dedicato nel distretto di Merano e Lana; attivazione interventi telefonici e domiciliari per anziani a rischio)</i>	<i>Servizio di Medicina di Base, MMG, divisione di Geriatria, personale infermieristico dei distretti</i>
	<i>Dimissioni protette (elaborazione linee guida condivise tra ospedale e territorio di dimissione in caso di dimissione ordinaria, di dimissione di pazienti semplici e di pazienti complessi; presentazione linee guida ai Primari ospedalieri, ai Coordinatori medici ed infermieristici distrettuali)</i>	<i>Direzione sanitaria, servizio di Medicina di Base, MMG, coordinatori infermieristici distrettuali, divisione di Geriatria, coordinatore infermieristico Dirigente infermieristico ospedaliero e territoriale, assistenti sociali ospedale</i>
Bressanone	<i>Progetto "Palliativo"</i>	<i>MMG, medici specialisti e infermieri</i>
	<i>Progetto "Mal di schiena"</i>	<i>MMG, medici specialisti di traumatologia e fisioterapia e neurologo</i>
	<i>Progetto "Carie e profilassi"</i>	<i>Assistenti sanitarie, dentisti, scuole elementari</i>
	<i>Iniziativa di portamento "Postura corretta"</i>	<i>Fisioterapista, medico specializzato in ortopedia pediatrica, scuole medie</i>
Brunico	<i>Assistenza palliativa nel distretto di Alta Val Pusteria</i>	<i>Reparto di Medicina dell'ospedale di San Candido, MMG nel distretto di Alta Val Pusteria, personale infermieristico del distretto</i>
	<i>Progetto "Carie e profilassi"</i>	<i>Assistenti sanitarie, dentisti, scuole elementari</i>
	<i>Progetto "Stile di vita"</i>	<i>Servizio di Medicina di Base</i>

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 2: **Distretti sanitari con indicazione delle sedi e dei punti di riferimento e dello stato di realizzazione dei relativi edifici – Situazione al 31/12/2006**

Aziende	Distretti	Sedi distretto attivate	Stato edifici di sede	Sedi punti di riferimento	Stato edifici punto di riferimento
Bolzano	Val Gardena	Ortisei	Realizzato		
	Val d'Ega-Sciliar	Cardano	Realizzato	Nova Levante	Realizzato
				Nova Ponente	Realizzato
				Fiè	In costruzione
				Castelrotto	In progettazione
	Salto-Val Sarentino-Renon	Bolzano	Realizzato	Sarentino	Realizzato
				Renon	Realizzato
	Oltradige	Appiano	Realizzato	Meltina	Realizzato
				Terlano	Realizzato
	Laives-Bronzolo-Vadena	Laives	Realizzato		
Bassa Atesina	Egna	Realizzato			
Bolzano		Don Bosco	Realizzato		
		Europa	Realizzato		
		Centro-Rencio	Realizzato		
		S. Quirino-Gries	In costruzione		
		Oltrisarco	Realizzato		
Merano	Alta Val Venosta	Malles	Realizzato	Prato	Realizzato
	Media Val Venosta	Silandro	Realizzato		
	Naturno-circondario	Naturno	Realizzato		
	Lana-circondario	Lana	Realizzato	S. Valburga	In progettazione
	Merano-circondario	Merano	Realizzato		
	Val Passiria	S. Leonardo	Realizzato		
Bressanone	Alta Valle Isarco	Vipiteno	In progettazione		
	Bressanone-circondario	Bressanone	In progettazione	Rio Pusteria	Realizzato
	Chiusa-circondario	Chiusa	Realizzato		
Brunico	Tures-Aurina	Campo Tures	Realizzato		
	Brunico-circondario	Brunico	Realizzato	Valdaora	Realizzato
	Alta Val Pusteria	S. Candido	Realizzato	Monguelfo	Sospesa la progettazione
	Val Badia	S. Martino	Realizzato		

Fonte: ufficio Distretti Sanitari, PAB

**DISLOCAZIONE
TERRITORIALE DELLE
PRESTAZIONI EROGABILI
NEI DISTRETTI**

Le tipologie di prestazioni erogabili nei distretti sono molto differenti tra le diverse strutture: l'offerta dipende dall'azienda sanitaria a cui i distretti fanno riferimento e viene dimensionata in base alle esigenze riscontrate nella popolazione insediata nel territorio. La tipologia e la diffusione dei servizi offerti dai distretti è molto variabile. Accanto ad un nucleo di servizi "minimi interni", offerti ed organizzati cioè da tutti i distretti delle aziende sanitarie, quali i servizi amministrativi, infermieristici ambulatoriali e domiciliari, centri prelievi e consultori pediatrici, vi sono servizi "minimi esterni", ovvero offerti da tutti o dalla maggior parte dei distretti delle aziende sanitarie, ma organizzati dai responsabili dei servizi specialistici a cui afferiscono e dipendono, ovvero i servizi dietetico nutrizionali, i servizi di riabilitazione, i servizi psichiatrici e quelli psicologici.

Tabella 3: **Prestazioni erogabili nei distretti sanitari dell'Azienda Sanitaria di Bolzano (escluso distretto sanitario di Bolzano) – Anno 2006**

Distretti	Comuni o frazioni	Prestazioni erogabili nei distretti																							
		Amministrative	Prelevi	Inferm. ambulatoriali	Inferm. domiciliari	Consult. pediatriche (*)	Consult. ostetrico/ginecol. (**)	Dietetico nutrizionali (***)	Riabilitative (1)	Odontoiatriche	Radiologiche	Pneumologiche	Medicina del lavoro	Medicina dello sport	Oculistiche	Neuropsich. infantile	Psichiatriche	Psicologiche	Serv. Igiene e Sanità Pubbl.	ECG	Amb. Cardiologico	Amb. Reumatologico	Servizio Vaccinazioni	Amb. Urologico	
Val Gardena	Ortisei	X	X	X	X	Pa	Go	d	X	X			X	X	X	X	X								
	Selva			X	a																				
Val d'Ega-Sciliar	Cardano	X	X	X	X	Pa	Go	d	X	X			X				X							X	
	Castelrotto	X	X	X	X	Pa	Go	d	X																
	Fiè	X	X	X	X	Pa																			
	Nova Levante	X	X	X	X	Pa	G		X																
	Nova Ponente	X	X	X	X	Pa			X								X	X							
Salto-Val Sarentino-Renon	Collalbo	X	X	X	X	Pa	G	d	X								X								
	Meltina	X		X	X	Pa	G	d	X																
	S. Genesio			X	X	Pa	G	d	X																
	Sarentino	X	X	X	X	Pa	G	d	X	X						X	X	X					X		
Oltadige	Appiano S. Michele	X	X	X	X	a	Go	d	X	X				X		X	X	X					X	X	
	Caldaro	X	X	X	X	a	Go	d					X			X		X							
	Cornaiano			X	a																				
	San Paolo				a																				
Laives-Bronzolo-Vadena	Terlano	X	(2)	X	X	a	Go	d																	
	Laives	X	X	X	X	a	Go	d	X	X						X	X	X	X				X	X	
Bassa Atesina	Egna	X	X	X	X	Pa	Go	d	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					X	
	Aldino			X	X	a																			
	Anterivo			X																					
	Cortaccia			X	X	a																			
	Cortina a/A			X	X																				
	Laghetti			X	X																				
	Magrè			X	X																				
	Montagna			X		a																			
	Ora		X	X	X	a	Go																		
	Salorno			X	X	Pa																			
	Termeno			X	a																				
	Trodina			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) Prelevi a domicilio

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano

Tabella 4: Prestazioni erogabili nel distretto sanitario di Bolzano dell'Azienda Sanitaria di Bolzano – Anno 2006

Distretti	Comuni o frazioni	Prestazioni erogabili nei distretti																						
		Amministrative	Prelievi	Inferm. ambulatoriali	Inferm. domiciliari	Consult. pediatriche (*)	Consult. ostetrico/ginecol. (**)	Dietetico nutrizionali (***)	Riabilitative (1)	Odontoiatriche	Radiologiche	Oculistiche	ECG	Amb. Cardiologico	Amb. Reumatologico	Amb. di Dermatologia	Amb. di Ortopedia	Amb. di Otorinolaringoiatria	Amb. di Neurologia	Amb. di Oncologia	Amb. di Diabetologia	Amb. di Urologia	Amb. di Agopuntura	
Bolzano	Gries-S. Quirino	X		X	X	a		Dd	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Centro-Piani-Rencio	X	X	X	X	a	Go		X															X
	Don Bosco	X		X	X	a	Go	d	X	X	X						X							X
	Europa	X	X	X	X	a	Go	d	X	X														X
	Oltrisarco	X	X	X	X	a	o										X	X			X	X		

(*) P=pediatra; a=assistente sanitaria; (**) G=ginecologo; o=ostetrica; (***) D=dietologo; d=dietista
 (1) Comprendono fisioterapia, logopedia, ergoterapia e massaggi

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano

Vi sono inoltre "servizi unici", offerti attualmente da un'unica azienda nei distretti sanitari o addirittura da un unico distretto di un'azienda: è il caso ad esempio dell'ambulatorio cardiologico e reumatologico di Gries-S. Quirino (distretto di Bolzano), del servizio vaccinazioni presente ad Appiano (Oltradige) e a Laives, o quello di enterostomia presente solamente in alcuni distretti sanitari dell'Azienda Sanitaria di Merano.

Nelle Tabelle 3-7 vengono riportate le tipologie di prestazioni erogabili da ogni distretto distintamente per azienda sanitaria.

Relativamente all'Azienda Sanitaria di Bolzano le tipologie di prestazioni vengono illustrate in due tabelle distinte per la specificità delle prestazioni erogate nel distretto di Gries-S. Quirino.

Fanno parte integrante dell'offerta di servizi sanitari del distretto di Gries-S. Quirino, sito in via Amba Alagi, infatti, le prestazioni specialistiche di odontoiatria, dermatologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, neurologia, oncologia, diabetologia, urologia ed agopuntura, in passato erogate dai poliambulatori specialistici ospedalieri di via Amba Alagi, gestiti prima dalla Direzione Medica Ospedaliera ora dal servizio di Medicina di Base. Nel distretto sanitario di Merano vengono, inoltre, offerte prestazioni specialistiche nell'ambito neurologico, dermatologico e della terapia del dolore.

Tabella 5: Prestazioni erogabili nei distretti dell'Azienda Sanitaria di Merano – Anno 2006

Distretti	Comuni o frazioni	Prestazioni erogabili nei distretti																				
		Amministrative	Prelievi	Interm. ambulatoriali	Interm. domiciliari	Consult. pediatriche (*)	Consult. ostetrico/ginecol. (**)	Dietetico nutrizionali (***)	Riabilitative	Odontoiatriche	Enterostomia	Neuropsich. infantile	Psichiatriche	Psicologiche	Dermatologiche	ufficio invalidi civili	Serv. dipendenze	Serv. Igiene e Sanità Pubbl.	Linfodrenaggio	Amb. Neurologico	Terapia del dolore	
Alta Val Venosta	Malles	X	X	X	X	a	Go	d	X	X	X	X	X	X	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	X																	
	Stelvio		X	X	X																	
Tubre			X	X																		
Media Val Venosta	Silandro	X	X	X	X	a	Go	d	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	a	d														
	Plaus			X	X																	
	Rablà			X	X																	
Lana-circondario	Lana	X	X	X	X	a	Go	d	X	X					X	X						
	Cermes				X																	
	Gargazzone			X	X																	
	Lauregno	X	X	X	X			d														
	Postal			X	X			d														
	Proves	X	X	X	X	Pa		d				X										
	S.Pancrazio	X		X	X	Pa		d						X								
	San Felice	X	X	X	X			d														
	Tesimo				X	a																
Ultimo	X	X	X	X	Pa		d															
Merano-circondario	Merano	X	X	X	X	a	Go	Do	X	X				X					X	X	X	
	Lagundo			X	X																	
	Marlengo			X	X																	
	Rifiano			X	X	a																
	Scena			X	X																	
	Tirolo			X	X																	
	Verano				X	a																
Val Passiria	S.Leonardo	X	X	X	X	Pa	Go	d	X	X			X	X	X	X						
	Moso			X	X	Pa										X						
	S.Martino			X	X	Pa		d														

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

Fonte: Azienda Sanitaria di Merano

Tabella 6: Prestazioni erogabili nei distretti dell'Azienda Sanitaria di Bressanone – Anno 2006

Distretti	Comuni o frazioni	Prestazioni erogabili nei distretti										
		Amministrative	Prelevi	Inferm. ambulatoriali	Inferm. domiciliari	Consult. pediatriche (*)	Consult. ostetrico/ginecol. (**)	Dietetico nutrizionali (***)	Riabilitative	Odontoiatriche	Psichiatriche	Psicologiche
Alta Valle Isarco	Vipiteno	X		X	X	Pa	d					X
	Brennero					X						
	Campo di Trens				X							
	Colle Isarco			X	X	a						
	Fortezza			X	X							
	Racines				X							
	Val di Vizze				X							
Bressanone-circondario	Bressanone	X		X	X	a	d					X
	Luson			X	X	a						
	Naz-Sciaves				X							
	Rio di Pusteria	X	X	X	X	ao	d					
	Rodengo				X							
	S.Andrea			X	X	a						
	Vandoies			X	X	a						
Chiusa-circondario	Chiusa	X	X	X	X	Pa	Go	a	d	X		X
	Barbiano			X	X							
	Funes			X	X							
	Gudon			X	X							
	Laion			X	X	a						
	Latzons			X	X							
	Ponte Gardena				X							
	Velturmo				X	a						
	Villandro			X	X							

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

Fonte: Azienda Sanitaria di Bressanone

Tabella 7: Prestazioni erogabili nei distretti dell'Azienda Sanitaria di Brunico – Anno 2006

Distretti	Comuni o frazioni	Prestazioni erogabili nei distretti												
		Amministrative	Prelievi	Inf. ambulatoriali	Inf. domiciliari	Cons. pediatriche (*)	Cons. ostetr./gin. (**)	Dietetico Nutriz.li (***)	Riabilitative	Logopediche	Psicologiche	Ergoterapie	Servizio veterinario	Servizio odontoiatrico
Tures-Aurina	Campo Tures	X	X	X	X	a	G	d	X	X	X	X	X	
	Acereto			X	X									
	Cadipietra			X	X									
	Lappago			X	X									
	Lutago			X	X									
	Molini di Tures			X	X									
	Predoi			X	X									
	Riobianco			X	X									
	Riva di Tures			X	X									
	San Giovanni			X	X									
	San Pietro			X	X									
	Selva dei Molini			X	X									
	Brunico-circondario	Brunico	X		X	X	a		d				X	X
		Anterselva di Mezzo			X	X								
Anterselva di Sotto				X	X									
Casteldarne				X	X									
Chienes				X	X	a								
Falzes				X	X	a								
Gais				X	X									
Perca				X	X									
Rasun di Sotto				X	X	a								
Riscone				X	X									
San Giorgio				X	X									
San Lorenzo di Sebato				X	X									
Sorafurcia				X	X									
Terento				X	X									
Valdaora di Mezzo			X	X	X	a								
Valdaora di Sotto				X	X									
Villa Ottone				X	X									
Alta Val Pusteria		San Candido	X		X	X	a		d		X			X
		Braies			X	X								
	Colle/Casies			X	X									
	Dobbiaco			X	X	a								
	Monguelfo		X	X	X	a								
	S.ta Maddalena/Casies			X	X									
	San Martino/Casies			X	X									
	Sesto			X	X	a								
	Tesido			X	X									
	Villabassa			X	X	a								
Val Badia	San Martino in Badia	X	X	X	X	Pa	G	d	X	X	X	X	X	
	Antermoia (1)			X	X									
	Corvara			X	X									
	La Valle			X	X									
	Longiarù-Campill			X	X									
	Pedraces		X	X	X	a								
	San Cassiano			X	X									
	San Vigilio			X	X									

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

(1) Chiuso dal 01.02.2006

Fonte: Azienda Sanitaria di Brunico

2.2. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

La popolazione assistibile dal Servizio Sanitario Provinciale nel 2006 ammontava a 474.796 persone delle quali l'88,9% in carico ai medici di medicina generale. La dotazione di personale medico si attestava a 256 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 e Alta Valle Isarco. Il pediatra di libera scelta è presente solo in 14 distretti.

La copertura assistenziale del medico di assistenza primaria nei confronti dei propri iscritti, è attivata dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00. 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 le aziende sanitarie di Bolzano e Brunico, mentre nelle aziende di Merano e di Bressanone l'assistenza ai villeggianti è garantita dalla normale reperibilità settimanale e del fine settimana dei medici di medicina generale dei singoli distretti.

2.2.1. Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta

Al 31 dicembre 2006 le persone registrate come assistibili del Servizio Sanitario Provinciale erano 474.796 (+0,3% rispetto al 2005), di cui circa 422 mila risultavano in carico ai medici di medicina generale e circa 50 mila erano seguiti dai pediatri di libera scelta. Gli assistibili con età inferiore ai 14 anni erano 69.372 (dato pressoché invariato rispetto al 2005), il 70,0% dei quali era seguito da un pediatra di libera scelta.

Tabella 8: **Numero di scelte espresse in favore dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta per azienda sanitaria – Anno 2006**

n. scelte in favore di:	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Medici medicina generale	188.054	108.194	59.966	65.740	421.954
Pediatri di libera scelta	23.530	14.909	7.966	6.437	52.842
TOTALE SCELTE	211.584	123.103	67.932	72.177	474.796

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 9: **Assistibili dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, per classe d'età e per azienda sanitaria – Anno 2006**

	Medici medicina generale		Pediatri libera scelta		Assistibili		Totale
	0-13	>=14	0-13	>=14	0-13	>=14	
Bolzano	8.165	179.889	21.311	2.219	29.476	182.108	211.584
Merano	3.983	104.211	13.951	958,0	17.934	105.169	123.103
Bressanone	2.794	57.172	7.522	444,0	10.316	57.616	67.932
Brunico	5.853	59.887	5.793	644,0	11.646	60.531	72.177
PROVINCIA	20.795	401.159	48.577	4.265	69.372	405.424	474.796

Fonte: aziende sanitarie

Al 31 dicembre 2006 i medici di base convenzionati con il Servizio Sanitario Provinciale erano complessivamente 307, ovvero 256 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 1.648 assistibili per medico di medicina generale e di 1.036 assistibili ogni pediatra di libera scelta. Rispetto alle altre regioni italiane (dati 2005 del Ministero della Salute), tali indicatori risultano superiori alla media nazionale.

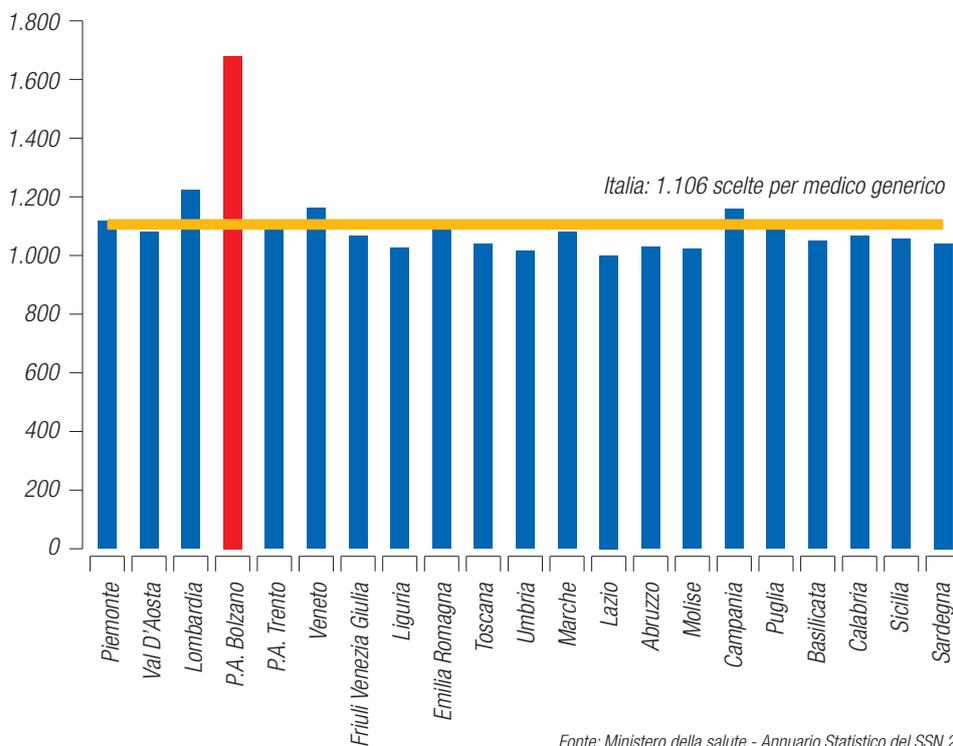
Tabella 10: **Numero medio di assistibili per medico di medicina generale e per pediatra di libera scelta – Situazione al 31/12/2006**

Distretti/Aziende	Medici medicina generale			Pediatri libera scelta		
	Medici	Scelte	Carico medio	Pediatri	Scelte	Carico medio
Val Gardena	5	9.216	1.843	1	941	941
Val d'Ega-Sciliar	10	17.790	1.779	-	-	-
Salto-Val Sarentino-Renon	12	17.260	1.438	-	-	-
Oltradige	14	22.369	1.598	4	4.696	1.174
Laives-Bronzolo-Vadena	9	16.045	1.783	3	3.123	1.041
Bassa Atesina	13	20.744	1.596	2	2.158	1.079
Bolzano	52	84.630	1.628	12	12.612	1.051
A.S. Bolzano	115	188.054	1.635	22	23.530	1.070
Alta Val Venosta	9	14.208	1.579	1	1.212	1.212
Media Val Venosta	8	15.037	1.880	2	2.666	1.333
Naturno-circondario	5	9.114	1.823	1	1.313	1.313
Lana-circondario	13	18.724	1.440	3	2.646	882
Merano-circondario	29	42.562	1.468	7	7.072	1.010
Val Passiria	4	8.549	2.137	-	-	-
A.S. Merano	68	108.194	1.591	14	14.909	1.065
Alta Valle Isarco	8	15.974	1.997	1	1.186	1.186
Bressanone-circondario	19	30.451	1.603	5	4.644	929
Chiusa-circondario	8	13.541	1.693	3	2.136	712
A.S. Bressanone	35	59.966	1.713	9	7.966	885
Tures-Aurina	6	12.301	2.050	-	-	-
Brunico-circondario	19	28.773	1.514	6	6.437	1.073
Alta Val Pusteria	7	14.809	2.116	-	-	-
Val Badia	6	9.857	1.643	-	-	-
A.S. Brunico	38	65.740	1.730	6	6.437	1.073
PROVINCIA	256	421.954	1.648	51	52.842	1.036

Fonte: aziende sanitarie

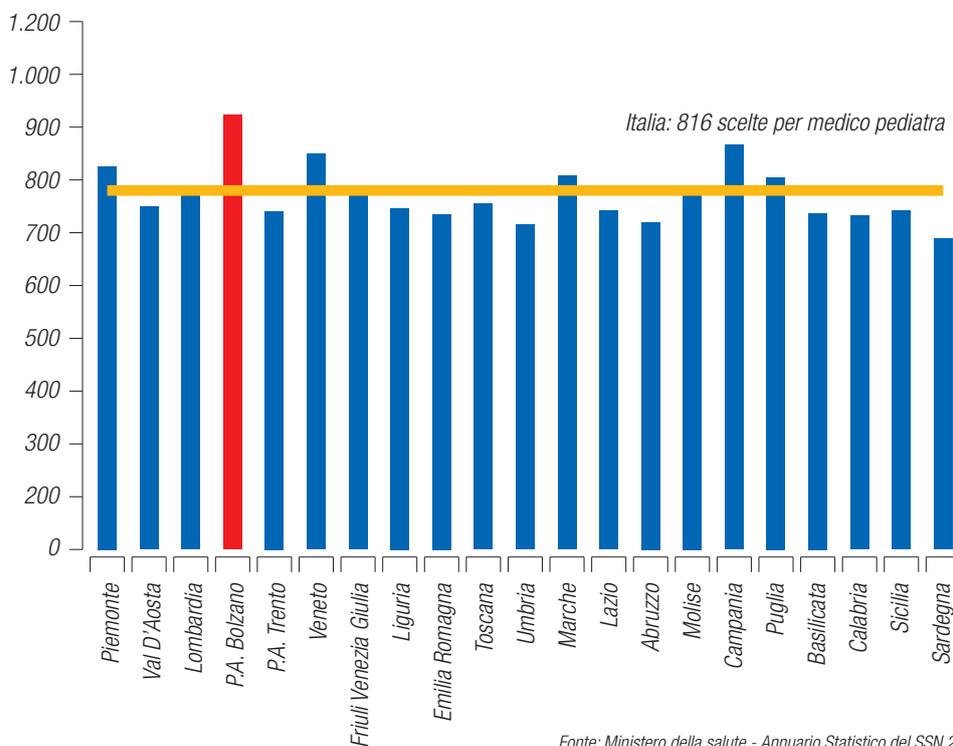
La diversa distribuzione dei medici di base tra le aziende e all'interno dei distretti sanitari, legata anche alle condizioni territoriali, comporta una certa variabilità dell'indice di carico assistenziale medio per medico. Si rileva che solo in 14 distretti sanitari su 20 è operante almeno un pediatra di libera scelta.

Figura 1: Numero di scelte per medico di medicina generale nelle regioni italiane – Anno 2005



Fonte: Ministero della salute - Annuario Statistico del SSN 2005

Figura 2: Numero di scelte per pediatra di libera scelta nelle regioni italiane – Anno 2005



Fonte: Ministero della salute - Annuario Statistico del SSN 2005

Tabella 11: **Medici di medicina generale, popolazione maggiore di 14 anni, rapporto abitanti/medici, stima del fabbisogno aggiuntivo di medici per distretto – Situazione al 31/12/2006**

Distretti/Aziende	Numero medici	Abitanti età > 14	Abitanti per medico	Stima del fabbisogno aggiuntivo
Val Gardena	5	7.201	1.440	
Val d'Ega-Sciliar	10	15.635	1.564	0,4
Salto-Val Sarentino-Renon	12	14.740	1.228	
Oltradige	14	22.539	1.610	1,0
Laives-Bronzolo-Vadena	9	16.370	1.819	1,9
Bassa Atesina	13	19.124	1.471	
Bolzano	52	86.197	1.658	5,5
A.S. Bolzano	115	181.806	1.581	
Alta Val Venosta	9	12.857	1.429	
Media Val Venosta	8	14.777	1.847	1,9
Naturno-circondario	5	8.736	1.747	0,8
Lana-circondario	13	18.875	1.452	
Merano-circondario	29	43.226	1.491	
Val Passiria	4	6.958	1.740	0,6
A.S. Merano	68	105.429	1.550	
Alta Valle Isarco	8	15.269	1.909	2,2
Bressanone-circondario	19	28.479	1.499	
Chiusa-circondario	8	12.954	1.619	0,6
A.S. Bressanone	35	56.702	1.620	
Tures-Aurina	6	10.328	1.721	0,9
Brunico-circondario	19	28.575	1.504	0,1
Alta Val Pusteria	7	12.472	1.782	1,3
Val Badia	6	8.303	1.384	
A.S. Brunico	38	59.678	1.570	
PROVINCIA	256	403.615	1.577	

Fonte: aziende sanitarie

Salvo eccezioni motivate, la normativa provinciale stabilisce quale rapporto ottimale un medico di medicina generale ogni 1.500 abitanti.

Il confronto tra rapporto effettivo e rapporto ottimale fornisce indicazioni di massima sulla carenza dei medici di medicina generale; se la differenza tra i due rapporti è positiva, vi è una carenza di medici. In tal modo si stima, per esempio, il fabbisogno aggiuntivo di 5,5 medici nel distretto sanitario di Bolzano, di 2,2 nel distretto di Alta Valle Isarco, di 1,9 nei distretti di Laives-Bronzolo-Vadena e 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.

**IL FABBISOGNO DI MEDICI
DI MEDICINA GENERALE**

Figura 3: Medici di medicina generale per numero di assistibili. Provincia di Bolzano –
Situazione al 31/12/2006

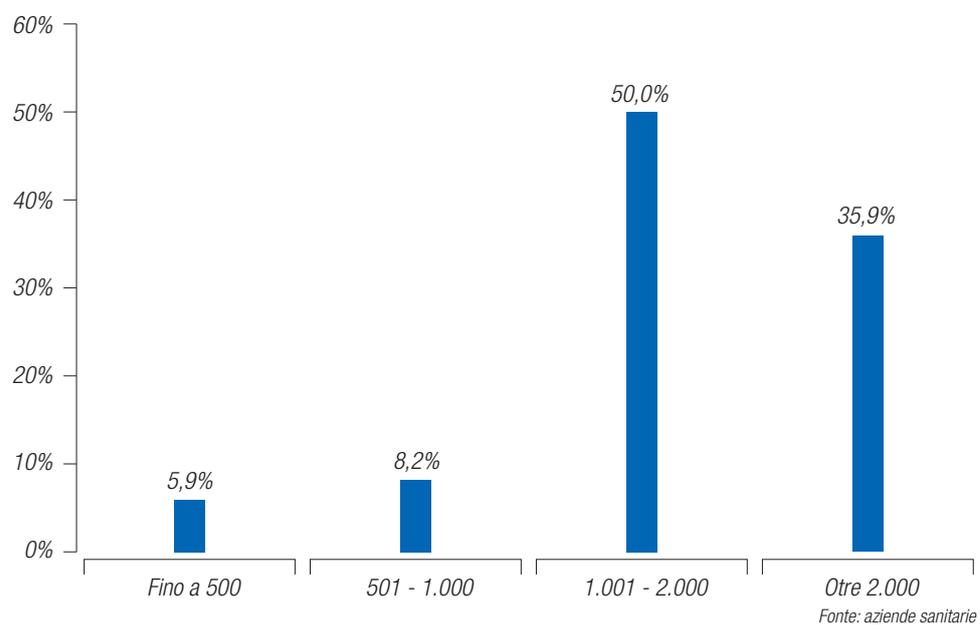


Figura 4: Pediatri di libera scelta per numero di assistibili. Provincia di Bolzano –
Situazione al 31/12/2006

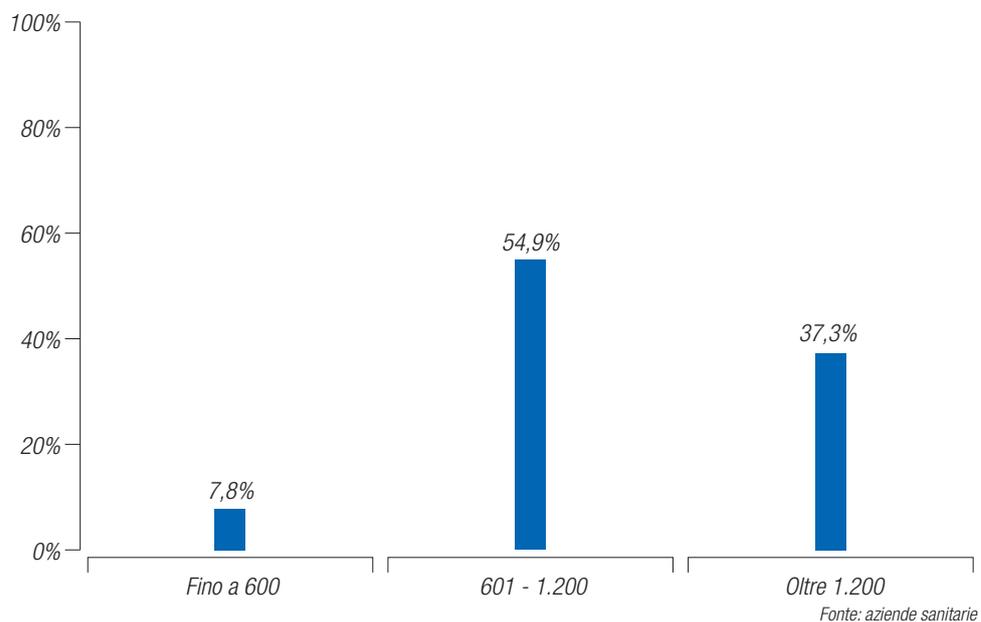


Tabella 12: Medici di medicina generale distribuiti per numero di assistibili per azienda
sanitaria – Situazione al 31/12/2006

Classi di scelte	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Fino a 500	6	4	4	1	15
501 - 1.000	8	5	3	5	21
1.001 - 2.000	63	41	11	13	128
Oltre 2.000 scelte	38	18	17	19	92
TOTALE MEDICI MEDICINA GENERALE	115	68	35	38	256

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 13: **Pediatri di libera scelta distribuiti per numero di assistibili per azienda sanitaria – Situazione al 31/12/2006**

Classi di scelte	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Fino a 600	2	2	-	-	4
601 – 1.200	12	4	8	4	28
Oltre 1.200 scelte	8	8	1	2	19
TOTALE PEDIATRI LIBERA SCELTA	22	14	9	6	51

Fonte: aziende sanitarie

Al 31 dicembre 2006, il 35,9% dei medici di medicina generale superava il massimale di 2.000 assistiti (D.G.P. n. 4504 18/10/1999).

Il massimale previsto per i pediatri di libera scelta risulta di 1.200 scelte. Tale limite può essere superato in conseguenza alle deroghe previste nell'art. 24 dell'accordo collettivo – D.G.P. n. 2912 11/08/2000. Alla fine del 2006 il 37,3% dei pediatri superava tale massimale.

L'orario di apertura degli ambulatori (ore giornaliere e giorni alla settimana) è un significativo indicatore di accessibilità dei servizi di medicina generale e di pediatria di libera scelta. Mediamente in provincia nel 2006, l'ambulatorio del medico di medicina generale è rimasto aperto per 17 ore e 23 minuti alla settimana. L'Azienda Sanitaria di Brunico ha offerto l'orario di apertura mediamente più ampio, 18 ore e 29 minuti; in quella di Bolzano l'orario medio per medico si riduce a 16 ore e 45 minuti alla settimana.

Nel 2006, 116 medici di medicina generale (pari al 45,3%) avevano l'ambulatorio aperto dopo le ore 18.00; 42 medici (16,4%) 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 20 minuti in media. A tale riguardo va evidenziato il fatto che il vigente contratto provinciale dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale prevede un orario di apertura proporzionale al numero di iscritti.

Nel 2006 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.

**CLASSI MASSIMALI DI
SCELTE**

**APERTURA SETTIMANALE
DEGLI AMBULATORI**

Figura 5: Numero medio di ore e minuti di apertura settimanale per medico di medicina generale – Anno 2006

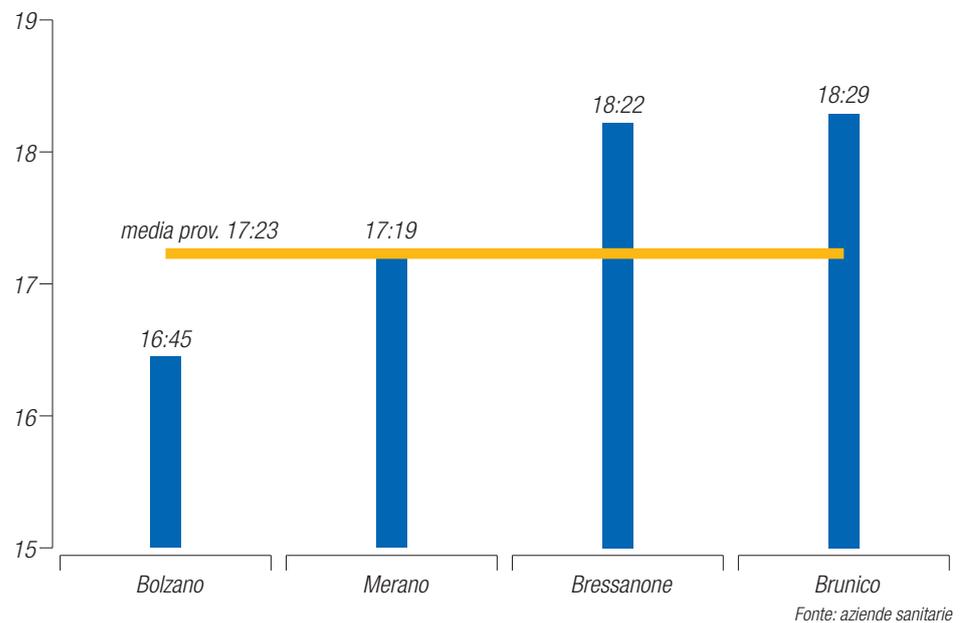
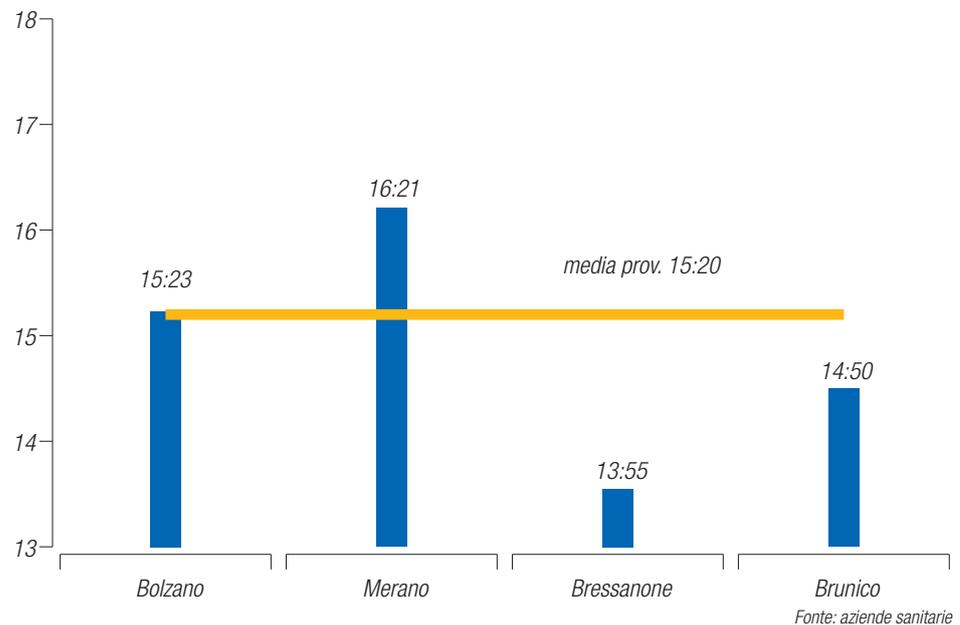


Figura 6: Numero medio di ore e minuti di apertura settimanale per pediatra di libera scelta – Anno 2006



Naturalmente, l'adeguatezza degli orari di apertura degli ambulatori medici rispetto alle esigenze degli utenti andrebbe valutata rispetto alla tipologia degli assistiti, tenendo conto della loro età e del loro stato di salute.

Tabella 14: **Prestazioni aggiuntive erogate dai medici di medicina generale per azienda sanitaria – Anno 2006**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
<i>Prima medicazione</i>	5.308	4.621	3.360	1.234	14.523
<i>Sutura di ferita superficiale</i>	1.032	232	252	233	1.749
<i>Successive medicazioni</i>	8.325	5.930	3.366	1.780	19.401
<i>Rimozione punti di sutura e medicazione</i>	2.766	2.175	1.398	1.276	7.615
<i>Cateterismo uretrale nell'uomo</i>	181	185	118	80	564
<i>Cateterismo uretrale nella donna</i>	-	12	4	7	23
<i>Tamponamento nasale anteriore</i>	27	9	4	8	48
<i>Fleboclisi</i>	118	133	92	36	379
<i>Iniezione di gammaglobulina o vaccinazione antitetanica</i>	685	937	550	35	2.207
<i>Iniezione sottocutanea desensibilizzante</i>	41	49	74	1	165
<i>Tampone faringeo, prelievo per esame batteriologico (solo su pazienti non deambulanti)</i>	-	3	-	-	3
<i>Rimozione corpo estraneo dall'occhio</i>	106	184	58	98	446
<i>Asportazione tappo di cerume</i>	6.586	5.266	2.406	2.717	16.975
<i>Ciclo di fleboclisi</i>	1.511	2.235	1.092	417	5.255
<i>Ciclo curativo di iniezioni endovenose</i>	1.375	351	454	1.309	3.489
<i>Vaccinazioni non obbligatorie</i>	3.026	6.025	3.183	2.104	14.338
<i>Iniezione endovenosa</i>	550	76	-	90	716
TOTALE	31.637	28.423	16.411	11.425	87.896

Fonte: aziende sanitarie

Tabella 15: **Prestazioni aggiuntive erogate dai pediatri di libera scelta per azienda sanitaria – Anno 2006**

Prestazioni eseguibili senza autorizzazione	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Sutura di ferita superficiale	24	10	-	4	38
Rimozione punti di sutura e medicazione	256	169	80	41	546
Estrazione corpo estraneo dal naso	7	2	-	2	11
Estrazione corpo estraneo dall'occhio	-	3	-	-	3
Estrazione corpo estraneo dall'orecchio	3	-	20	-	23
Prima medicazione	591	183	76	53	903
Medicazioni successive	406	140	54	37	637
Riduzione incruenta di fimosi e parafimosi	3	53	10	-	66
Riduzione di ernia inguinale	-	8	-	-	8
Sbrigliamento sinechia piccole labbra	72	11	6	2	91
Toilette di perionichia suppurata	18	1	-	-	19
Riduzione dela pronazione dolorosa dell'ulna	6	-	-	2	8
Terapia iniettoria desensibilizzante (per seduta)	-	13	-	-	13
Asportazione di verruche	356	102	106	62	626
Iniezione endovenosa	-	25	-	-	25
Scotch-test per ossiuri	61	2	50	-	113
Tampone faringeo per test veloce di streptococchi	1.851	1.002	680	559	4.092
Trattamento provvisorio di frattura o lussazione mediante immobilizzazione con materiale idoneo:					
-piccoli segmenti	4	-	-	-	4
-grandi segmenti	2	-	-	-	2
Spirometria	43	-	4	19	66
Pricktest	56	-	-	22	78
ECG	11	-	-	36	47
Ecografia, per distretto	379	446	-	77	902
Esame urine effettuate con analizzatore con referto stampato	287	84	528	524	1.423
TOTALE	4.436	2.254	1.614	1.440	9.744

Prestazioni eseguibili con autorizzazione	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Screening per l'ambliopia	n.d.	1	418	-	n.d.
Seduta vaccinale ai sensi del calendario vaccinale	n.d.	74	3.410	2.519	n.d.

Fonte: aziende sanitarie

2.2.2. Servizio di continuità assistenziale

La copertura assistenziale del medico di assistenza di base nei confronti dei propri iscritti, è attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00. La continuità assistenziale per le urgenze notturne, prefestive e festive negli orari diversi da quelli sopra indicati viene garantita secondo diverse modalità.

Il servizio di guardia medica in forma attiva, con apposita centrale operativa di collegamento, è stato reso operativo per i distretti sanitari di Bolzano, Laives-Bronzolo-Vadena e Oltradige, per i comuni di Meltina, San Genesio, 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

**IL SERVIZIO DI
CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE**

**CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE IN
FORMA ATTIVA**

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 integra a quella domiciliare. Nel corso del 2006 il volume degli interventi medici prodotto dal servizio di guardia medica in forma attiva è risultato di 12.946 prestazioni mediche (-13,7% rispetto al 2005), di cui 2.443 visite domiciliari, 2.619 visite ambulatoriali (nelle sedi di Appiano, Laives e Bolzano) e 7.884 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 valli 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, nell'Azienda Sanitaria di Bolzano, il sabato, la domenica e i giorni festivi dalle 16.00 alle 20.00 (tutto l'anno) attraverso la presenza di un pediatra di libera scelta o altro pediatra, coadiuvato da un infermiere, presso l'Ospedale di Bolzano, e a Bressanone il sabato pomeriggio con orario 14.00-17.00 (da ottobre a maggio) attraverso la presenza di un pediatra di libera scelta presso il consultorio pediatrico.

In periferia, invece, su base volontaria molti pediatri garantiscono singolarmente o in forma associata la continuità assistenziale durante la notte nei giorni feriali. La continuità assistenziale pediatrica a Brunico è garantita il sabato pomeriggio dalle ore 14.00 alle 17.00 (da novembre a maggio) attraverso la presenza di un pediatra di libera scelta e di un'assistente sanitaria presso il consultorio pediatrico.

2.2.3. Servizio di guardia medica turistica

Il servizio stagionale di assistenza medica ai villeggianti viene attivato solo in alcuni ambiti territoriali dei seguenti distretti sanitari: Val Gardena, Val d'Ega-Sciliar, 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 2006, potevano contare sulla disponibilità di 3 punti di guardia medica, aperti tutti i giorni feriali e festivi 24 ore su 24.

La stagione invernale è stata coperta dal servizio dal 24 dicembre 2005 fino al 31 marzo 2006 nei comuni di Castelrotto e Fiè allo Sciliar (98 giorni di apertura complessivi), men-

**LA CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE IN
FORMA DI REPERIBILITÀ**

**CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE
PEDIATRICA**

**IL SERVIZIO STAGIONALE
DI ASSISTENZA MEDICA
AI VILLEGGIANTI**

tre nei comuni di Ortisei, Santa Cristina, Selva Val Gardena e Nova di Levante/Nova di Ponente fino al 16 aprile (114 giorni di apertura complessivi). Sono state erogate 2.685 prestazioni (-13,0% rispetto al 2005).

La stagione estiva, invece, è stata coperta dal servizio per 93 giorni (29 giugno 2006 – 29 settembre 2006), nei comuni di Ortisei, Santa Cristina, Selva Val Gardena e Nova Levante/Nova Ponente, mentre per 97 giorni nei comuni di Castelrotto e Fiè allo Sciliar (29 giugno 2006 – 29 settembre e 6 ottobre 2006 – 9 ottobre). Complessivamente nella stagione estiva sono state erogate 3.107 prestazioni (+14,9% rispetto al 2005).

Tabella 16: **Attività e prestazioni erogate dal servizio stagionale di Assistenza Medica ai villeggianti nell'inverno 2005-2006 nell'Azienda Sanitaria di Bolzano (servizio diurno e notturno)**

Comune	N. ore apertura servizio	N. visite in ambulatorio	N. visite a domicilio	N. medio interventi giornalieri*	N. medio medici per turno
Ortisei/Santa Cristina/ Selva Val Gardena	2.736	1.075	208	11,3	1
Castelrotto/Fiè allo Sciliar	2.352	545	160	7,2	2
Nova Levante/Nova Ponente	2.736	629	68	6,1	1
TOTALE	7.824	2.249	436	24,6	4

* Considerando 114 giorni di apertura del servizio stagionale di Assistenza Medica per i comuni di Ortisei/Santa Cristina/Selva Val Gardena e Nova Levante/Nova Ponente e 98 giorni per i comuni di Castelrotto e Fiè allo Sciliar
Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano

Tabella 17: **Attività e prestazioni erogate dal servizio stagionale di Assistenza Medica ai villeggianti nell'estate del 2006 nell'Azienda Sanitaria di Bolzano**

Comune	N. ore apertura servizio	N. visite in ambulatorio	N. visite a domicilio	N. medio interventi giornalieri*	N. medio medici per turno
Ortisei/Santa Cristina/ Selva Val Gardena	2.232	1.058	134	12,8	1
Castelrotto/Fiè allo Sciliar	2.328	1.095	61	11,9	2
Nova Levante/Nova Ponente	2.232	708	51	8,2	1
TOTALE	6.792	2.861	246	32,9	4

* Considerando 93 giorni di apertura del servizio stagionale di Assistenza Medica per i comuni di Ortisei/Santa Cristina/Selva Val Gardena e Nova Levante/Nova Ponente e 97 giorni per i comuni di Castelrotto e Fiè allo Sciliar
Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano

Nel 2006 nell'Azienda Sanitaria di Merano il servizio di guardia medica turistica non è stato offerto, mentre nell'Azienda Sanitaria di Bressanone è stato 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 2005 al 31 marzo 2006) è stata coperta per 68 giorni, durante i quali sono state effettuate 740 visite ambulatoriali e domiciliari (-23,1% rispetto al 2005). La stagione estiva è stata coperta per 55 giorni (dal 1° luglio al 15 settembre 2006) con l'erogazione di 348 visite (-12,3% rispetto al 2005).

Tabella 18: **Attività e prestazioni erogate dal servizio stagionale di Assistenza Medica ai villeggianti nell'inverno 2005/2006 dell'Azienda Sanitaria di Brunico (solo servizio diurno)**

Comune	N. ore apertura servizio	N. visite in ambulatorio	N. visite a domicilio	N. medio interventi giornalieri*	N. medio medici per turno
Marebbe e S. Martino in Badia	802	410	40	6,6	1
La Valle, Badia e Corvara	802	255	35	4,3	1
TOTALE	1.604	665	75	10,9	2

* Considerando 68 giorni di apertura del servizio stagionale di Assistenza Medica

Fonte: Azienda Sanitaria di Brunico

Tabella 19: **Attività e prestazioni erogate dal servizio stagionale di Assistenza Medica ai villeggianti nell'estate 2006 dell'Azienda Sanitaria di Brunico (solo servizio diurno)**

Comune	N. ore apertura servizio	N. visite in ambulatorio	N. visite a domicilio	N. medio interventi giornalieri*	N. medio medici per turno
Marebbe e S. Martino in Badia	621	121	11	2,4	1
La Valle, Badia e Corvara	634	202	14	3,9	1
TOTALE	1.255	323	25	6,3	2

* Considerando 55 giorni di apertura del servizio stagionale di Assistenza Medica

Fonte: Azienda Sanitaria di Brunico

2.3. ASSISTENZA DISTRETTUALE E DOMICILIARE

Al 31/12/2006 gli aventi diritto a livello provinciale ad un assegno di ospedalizzazione a domicilio erano 3.768; per questo servizio nel 2006 sono stati spesi 19.606.854,90 Euro.

Nel 2006 i pazienti seguiti in assistenza domiciliare programmata dai servizi di medicina di base delle quattro aziende sanitarie sono stati 1.512, mentre quelli seguiti in assistenza domiciliare integrata sono stati 360.

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 al domicilio del paziente. Nel 2006 sono state erogate 818.610 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 modalità: l'assistenza do-

**OBIETTIVI
DELL'ASSISTENZA
DOMICILIARE**

**ASSEGNO DI
OSPEDALIZZAZIONE
DOMICILIARE**

miciliare 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 31/12/2006 gli aventi diritto a livello provinciale erano 3.768 (-1,0%, rispetto al 2005); per questo servizio nel 2006 sono stati spesi 19.606.854,90 Euro (+5,9% rispetto al 2005).

Tabella 20: **Attività relative alle richieste di assegno di ospedalizzazione a domicilio per l'assistenza a non autosufficienti svolte dai servizi di medicina di base – Anno 2006**

	<i>Bolzano</i>	<i>Merano</i>	<i>Bressanone</i>	<i>Brunico</i>	<i>Provincia</i>
<i>Nuove richieste presentate nel 2006</i>	1.035	520	242	311	2.108
<i>Assegni concessi nel 2006</i>	673	398	185	246	1.502
<i>Percentuale di domande accolte</i>	65,0%	76,5%	76,4%	79,1%	71,3%
<i>Ricorsi esaminati con esito favorevole nel 2006</i>	53	13	6	4	76
<i>Ricorsi esaminati con esito negativo nel 2006</i>	40	30	10	6	86
<i>Revisioni effettuate nel 2006</i>	76	99	158	-	333
<i>Revisioni con conferma del diritto di assegno nel 2006</i>	52	83	144	-	279
<i>Numero pazienti con 60-70 punti</i>	1.514	787	209	222	2.732
<i>Numero pazienti con >=71 punti</i>	438	340	142	116	1.036
TOTALE UTENTI AL 31.12.06	1.952	1.127	351	338	3.768
TOTALE LIQUIDATO	10.092.368,17	5.487.124,40	2.112.838,92	1.914.523,41	19.606.854,90

Fonte: ufficio Distretti Sanitari, PAB

2.3.1. L'assistenza domiciliare programmata (ADP)

L'attivazione dell'ADP si rende necessaria quando gli assistiti sono incapaci a deambulare, non sono trasportabili e sono affetti da patologie gravemente invalidanti. La segnalazione del caso può essere effettuata dai servizi sanitari o dai servizi sociali, dalle famiglie o dal medico di fiducia stesso, il quale provvede a formulare la proposta motivata di assistenza al responsabile del servizio di medicina di base, precisando il numero di accessi, le esigenze assistenziali di tipo sanitario, nonché le eventuali necessità di personale. Il programma assistenziale viene autorizzato in breve tempo, entro 15 giorni dalla segnalazione. La durata massima delle autorizzazioni è di un anno.

Il medico di base – che spesso è l'unico a seguire il paziente – all'occorrenza viene supportato da un infermiere.

Nel 2006 il numero di pazienti seguiti in ADP dai servizi di medicina di base delle quattro aziende sanitarie è stato di 1.512, in diminuzione rispetto all'anno precedente (1.871 nel 2005, -19,2%). Ognuno dei medici impegnati (il 53,1% di quelli operanti sul territorio provinciale) ha seguito in media 11,1 pazienti.

**ASSISTENZA
DOMICILIARE
PROGRAMMATA (ADP)**

Tabella 21: **Quadro di sintesi sull'assistenza domiciliare programmata erogata nelle aziende sanitarie – Anno 2006**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Numero di richieste di assistenza domiciliare programmata esaminate dai medici di medicina generale nel 2006	778	454	206	85	1.523
Numero di autorizzazioni all'assistenza domiciliare programmata concesse nel 2006	774	454	199	82	1.509
% di richieste di assistenza domiciliare programmata accolte nel 2006	99,5%	100,0%	96,6%	96,5%	99,1%
Numero di assistiti in domiciliare programmata	778	454	199	81	1.512
Numero di medici di medicina generale che sono stati retribuiti per interventi di assistenza domiciliare programmata	63	42	23	8	136
Numero medio di interventi mensili per paziente seguito in assistenza domiciliare programmata	1,20	1,45	1,70	1,40	1,44
TOTALE IMPORTO LIQUIDATO PER RETRIBUZIONI DI ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA IN EURO	310.825,77	235.794,20	73.775,72	23.826,92	644.222,61

Fonte: aziende sanitarie

Il 77,1% dei pazienti seguiti nelle aziende sanitarie ha un'età superiore ai 75 anni. Il rapporto tra i sessi è di 1,5 donne per ogni uomo: la maggiore longevità femminile comporta anche una più frequente richiesta di assistenza nelle fasce d'età avanzate.

Tabella 22: **Distribuzione per età e sesso degli assistiti in domiciliare programmata nelle aziende sanitarie – Anno 2006**

	Bolzano			Merano			Bressanone			Brunico			Provincia		
	m	f	tot	m	f	tot	m	f	tot	m	f	tot	m	f	tot
Fino a 64 anni	24	21	45	26	18	44	3	4	7	5	1	6	58	44	102
65-74	55	70	125	24	22	46	28	43	71	2	-	2	109	135	244
75-84	111	191	302	64	101	165	34	51	85	16	20	36	225	363	588
85 e oltre	110	196	306	75	124	199	8	28	36	11	26	37	204	374	578
TOTALE	300	478	778	189	265	454	73	126	199	34	47	81	596	916	1.512

Fonte: aziende sanitarie

L'assistenza domiciliare programmata viene prevalentemente erogata per malattie del sistema circolatorio (arteriopatie periferiche, insufficienza cardiaca, ictus: 41,6%); seguono i pazienti assistiti in assistenza domiciliare programmata per malattie neurologiche (sclerosi multipla, demenza senile, Alzheimer, morbo di Parkinson: 19,8%), le malattie degenerative delle ossa e delle articolazioni con un valore medio provinciale del 13,4% e i tumori con il 9,2%.

**ASSISTENZA
DOMICILIARE INTEGRATA
(ADI)**

Tabella 23: **Assistiti in domiciliare programmata per condizione e azienda sanitaria (valori assoluti e percentuali) – Anno 2006**

	<i>Bolzano</i>	<i>Merano</i>	<i>Bressanone</i>	<i>Brunico</i>	<i>Provincia</i>
	Valori assoluti				
<i>Gravi arteriopatie periferiche</i>	341*	185**	6	15	547
<i>Grave insufficienza cardiaca NYHA 3-4</i>	-	-	39	17	56
<i>Tumori</i>	73	48	14	4	139
<i>Malattie degenerative delle ossa e delle articolazioni</i>	123	61	-	19	203
<i>Broncopneumopatie</i>	22	30	18	5	75
<i>Ictus con paresi</i>	-	7	12	7	26
<i>Malattie psichiatriche</i>	17	12	-	1	30
<i>Malattie neurologiche (sclerosi multipla, demenza senile/Alzheimer, Morbo di Parkinson,..)</i>	128	66	94	11	299
<i>Patologie congenite e perinatali</i>	15	14	-	1	30
<i>Altra patologia/condizione</i>	59+	31++	16	1++	107
TOTALE	778	454	199	81	1.512
	Valori percentuali				
<i>Gravi arteriopatie periferiche</i>	43,8	40,7	3,0	18,5	36,2
<i>Grave insufficienza cardiaca NYHA 3-4</i>	-	-	19,6	21,0	3,7
<i>Tumori</i>	9,4	10,6	7,0	4,9	9,2
<i>Malattie degenerative delle ossa e delle articolazioni</i>	15,8	13,4	-	23,5	13,4
<i>Broncopneumopatie</i>	2,8	6,6	9,0	6,2	5,0
<i>Ictus con paresi</i>	-	1,5	-	8,6	1,7
<i>Malattie psichiatriche</i>	2,2	2,6	-	1,2	2,0
<i>Malattie neurologiche (sclerosi multipla, demenza senile/Alzheimer, Morbo di Parkinson,..)</i>	16,5	14,5	47,2	13,6	19,8
<i>Patologie congenite e perinatali</i>	1,9	3,1	-	1,2	2,0
<i>Altra patologia/condizione (diabete,..)</i>	7,6	6,8	8,0	1,2	7,1
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Compresi assistiti per ictus e per grave insufficienza cardiaca

** Questa voce comprende anche le gravi insufficienze cardiache NYHA 3-4

+ Compresi 25 assistiti per cerebropatie e 34 per diabete mellito

++ Diabete e altre patologie

Fonte: aziende sanitarie

2.3.2. L'assistenza domiciliare integrata (ADI)

Bisogni domiciliari complessi, di carattere socio-sanitario, che richiedono l'intervento di più figure professionali sono, invece, il presupposto per l'attivazione dell'ADI. L'équipe assistenziale, la cui composizione viene calibrata sulle particolari esigenze del paziente, è multidisciplinare, potendo coinvolgere infermieri, assistenti sociali, assistenti geriatrici, medici specialisti, fisioterapisti, dietisti, ecc. Il medico di base coordina le attività svolte dai vari specialisti ed è il referente principale del programma assistenziale. L'ADI attuata in sostituzione del ricovero spesso è rivolta a malati terminali o a pazienti che necessitano di dimissioni protette da strutture ospedaliere.

La richiesta di assistenza può essere fatta dal medico di base, dai servizi sociali, dai familiari del paziente o dal responsabile del reparto ospedaliero all'atto della dimissione. Entro 48 ore dalla segnalazione, il responsabile del servizio di medicina di base dell'azienda sanitaria autorizza il medico di fiducia del paziente ad effettuare l'intervento in forma integrata.

Nel 2006 sono stati 360 i pazienti seguiti in ADI dai servizi di medicina di base delle aziende sanitarie, circa 74 casi trattati ogni 100.000 abitanti. Si rileva un lieve aumento del numero

di assistiti rispetto all'anno precedente (351 pazienti trattati nel 2005, +2,6). Nei confronti delle altre regioni italiane (dati 2005 del Ministero della Salute) tale indicatore risulta molto inferiore alla media nazionale.

Si osserva, inoltre, un numero minore di pazienti in ADI e di medici di medicina generale impegnati in tale attività rispetto all'assistenza domiciliare programmata; d'altra parte, l'assistenza domiciliare integrata risulta decisamente più onerosa, sia in termini di numero di interventi assistenziali, che di esborso monetario da parte del Servizio Sanitario Provinciale. Il 34,4% dei medici di medicina generale della Provincia di Bolzano è stato coinvolto nel 2006 in programmi di assistenza domiciliare integrata; mediamente su ogni paziente sono stati effettuati 4 interventi al mese, con l'apporto di diverse figure professionali. Si noti comunque la notevole variabilità di tale dato tra le aziende, effetto dei bisogni assistenziali differenziati secondo le diverse tipologie di pazienti: a Merano sono stati registrati 5,2 interventi medi per paziente al mese, a fronte di 3,0 rilevati a Bressanone.

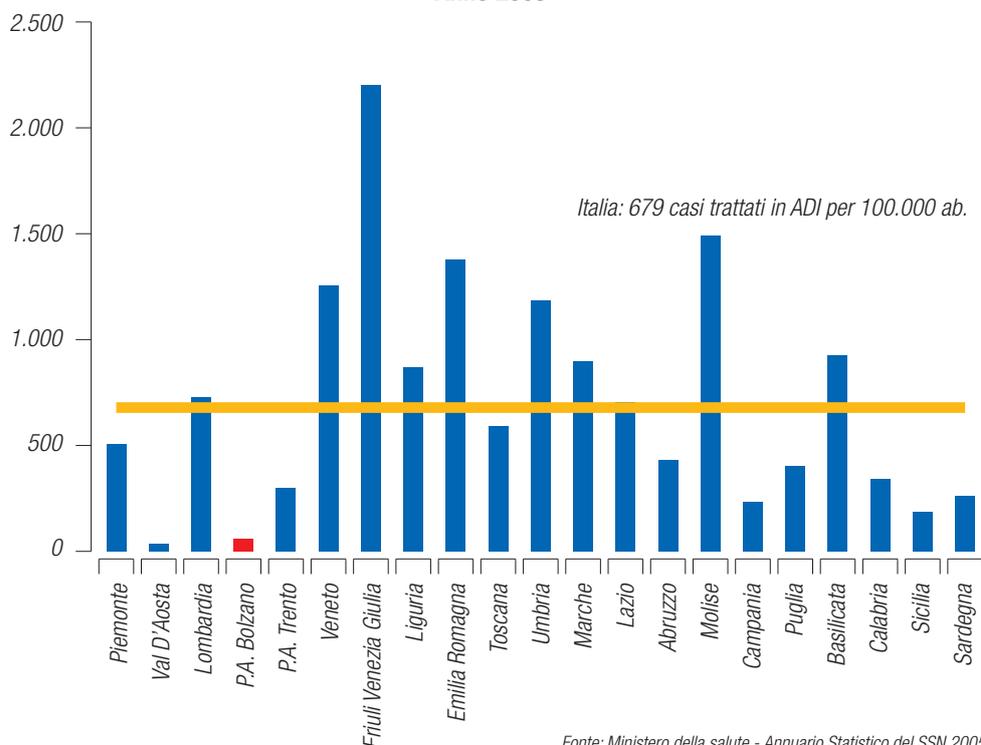
Ciascun medico impegnato (il 34,4% di quelli operanti sul territorio provinciale) ha seguito in media 4,1 pazienti.

Tabella 24: **Quadro di sintesi sull'assistenza domiciliare integrata erogata nelle aziende sanitarie – Anno 2006**

	<i>Bolzano</i>	<i>Merano</i>	<i>Bressanone</i>	<i>Brunico</i>	<i>Provincia</i>
<i>Numero di richieste di assistenza domiciliare integrata esaminate dai medici di medicina generale nel 2006</i>	70	49	207	31	357
<i>Numero di autorizzazioni all'assistenza domiciliare integrata concesse nel 2006</i>	54	49	207	31	341
<i>% di richieste di assistenza domiciliare integrata accolte nel 2006</i>	77,1%	100,0%	100,0%	100,0%	95,5%
<i>Numero di assistiti in domiciliare integrata</i>	70	49	207	34	360
<i>Numero di medici di medicina generale che sono stati retribuiti per interventi di assistenza integrata al domicilio dell'assistito</i>	28	22	23	15	88
<i>Numero medio di interventi mensili per paziente seguito in assistenza integrata</i>	4,80	5,20	3,00	3,83	4,21
TOTALE IMPORTO LIQUIDATO PER RETRIBUZIONI DI ASSISTENZA INTEGRATA IN EURO	63.696,50	35.196,30	83.441,43	10.017,79	192.352,02

Fonte: aziende sanitarie

Figura 7: Numero di casi trattati in ADI per 100.000 abitanti nelle regioni italiane – Anno 2005



Fonte: Ministero della salute - Annuario Statistico del SSN 2005

188

**PAZIENTI IN ASSISTENZA
DOMICILIARE INTEGRATA
PER ETÀ E SESSO**

Il rapporto tra i sessi in questi pazienti è di 1,3 donne per ogni uomo. Il 68,1% dei pazienti presenta un'età superiore ai 75 anni.

Tabella 25: Distribuzione per età e sesso degli assistiti in domiciliare integrata – Anno 2006

	Bolzano			Merano			Bressanone			Brunico			Provincia		
	m	f	tot	m	f	tot	m	f	tot	m	f	tot	m	f	tot
Fino a 64 anni	5	11	16	5	3	8	4	5	9	1	4	5	15	23	38
65-74	5	13	18	5	5	10	18	21	39	4	6	10	32	45	77
75-84	13	16	29	9	11	20	41	48	89	6	4	10	69	79	148
85 e oltre	4	3	7	1	10	11	29	41	70	4	5	9	38	59	97
TOTALE	27	43	70	20	29	49	92	115	207	15	19	34	154	206	360

Fonte: aziende sanitarie

**PAZIENTI IN ASSISTENZA
DOMICILIARE INTEGRATA
PER CONDIZIONE
PRINCIPALE**

Complessivamente nel 2006 quasi la metà (46,9%) dei pazienti seguiti a domicilio in forma integrata risultavano affetti da neoplasie, seguiti dagli assistiti che presentavano una malattia del sistema circolatorio (arteriopatie periferiche, insufficienza cardiaca, ictus: 36,9%). Dei 360 soggetti trattati, il 57,5% è stato seguito nel 2006 dall'Azienda Sanitaria di Bressanone, il 19,4% da quella di Bolzano, il 13,6% dall'Azienda Sanitaria di Merano, il 9,4% da quella di Brunico.

Tabella 26: **Assistiti in domiciliare integrata per condizione e azienda sanitaria (valori assoluti e percentuali) – Anno 2006**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
	Valori assoluti				
Gravi arteriopatie periferiche	6*	1**	-	7	14
Grave insufficienza cardiaca NYHA 3-4	-	-	64	2	66
Tumori	58	38	51	22	169
Malattie degenerative delle ossa e delle articolazioni	2	-	-	1	3
Broncopneumopatie	-	1	-	-	1
Ictus con paresi	-	-	52	1	53
Malattie psichiatriche	-	-	21	-	21
Malattie neurologiche (sclerosi multipla, demenza senile/Alzheimer, Morbo di Parkinson,...)	3	3	19	1	26
Altra patologia/condizione	1	6	-	-	7
TOTALE	70	49	207	34	360
	Valori percentuali				
Gravi arteriopatie periferiche	8,6	2,0	-	20,6	3,9
Grave insufficienza cardiaca NYHA 3-4	-	-	30,9	5,9	18,3
Tumori	82,9	77,6	24,6	64,7	46,9
Malattie degenerative delle ossa e delle articolazioni	2,9	-	-	2,9	0,8
Broncopneumopatie	-	2,0	-	-	0,3
Ictus con paresi	-	-	25,1	2,9	14,7
Malattie psichiatriche	-	-	10,1	-	5,8
Malattie neurologiche (sclerosi multipla, demenza senile/Alzheimer, Morbo di Parkinson,...)	4,3	6,1	9,2	2,9	7,2
Altra patologia/condizione	1,4	12,2	-	-	1,9
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Questa voce comprende le gravi arteriopatie periferiche, le gravi insufficienze cardiache NYHA 3-4 e gli ictus con paresi

** Questa voce comprende anche le gravi insufficienze cardiache NYHA 3-4

Fonte: aziende sanitarie

2.3.3. L'assistenza infermieristica

Il servizio Infermieristico territoriale è il servizio più diffuso, avendo anche più punti di erogazione nello stesso distretto sanitario; eroga prestazioni e garantisce le misure assistenziali infermieristiche sia in ambulatorio che a domicilio del paziente.

Sono 818.610 le prestazioni infermieristiche dirette all'utente rilevate nel 2006 in tutto il territorio provinciale; tale dato sottostima l'effettiva attività dei servizi infermieristici distrettuali, in quanto in alcuni distretti i dati relativi ad alcune attività assistenziali e prestazioni non sono disponibili.

L'attività più frequente è costituita dalla rilevazione dei parametri vitali con 153.196 prestazioni erogate nel 2006, in diminuzione rispetto all'anno precedente (-5,2%). Segue il prelievo di sangue venoso con 129.692 prestazioni (+13,0% rispetto al 2005) e la preparazione e somministrazione di farmaci e/o sostanze per via parenterale (81.884 prestazioni, -10,0% rispetto al 2005). Il personale infermieristico svolge un ruolo molto importante anche nell'attività di educazione sanitaria e di consulenza rivolta a pazienti e/o familiari ai fini della prevenzione e della corretta messa in atto di misure assistenziali garantite dai caregivers (79.422 interventi effettuati nel 2006).

Tabella 27: **Prestazioni dirette all'utente (valori assoluti e percentuali) più frequentemente erogate dai servizi infermieristici distrettuali sul territorio provinciale per azienda sanitaria – Anno 2006**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia	%
Misurazione di parametri vitali e/o valutazione dello stato di uno o più organi-sistemi	43.386	36.191	16.206	57.413	153.196	18,7%
Prelievo di sangue venoso	81.879	28.463	4.767	14.583	129.692	15,8%
Preparazione, somministrazione farmaci e/o sostanze per via parenterale	40.413	14.309	4.547	22.615	81.884	10,0%
Educazione del paziente e/o della famiglia ai fini della prevenzione, responsabilizzazione igienico-sanitaria e adesione al programma di intervento	27.518	31.913	12.455	7.536	79.422	9,7%
Medicazione e/o bendaggio semplici	31.325	13.330	11.148	16.673	72.476	8,9%
Medicazione e/o bendaggio complessi	25.159	6.341	11.669	6.439	49.608	6,1%
Prelievo di sangue capillare	8.037	9.367	5.764	14.328	37.496	4,6%
Applicazione di misure di profilassi/prevenzione a pazienti con ridotta compliance	5.546	8.936	15.155	3.785	33.422	4,1%
Elaborazione del dossier del paziente	8.667	10.205	1.376	267	20.515	2,5%
Controllo e cure ordinarie della cute e/o delle mucose attorno a drenaggi, cateteri, stomie e sonde	9.069	2.997	3.222	3.125	18.413	2,2%
Definizione degli obiettivi assistenziali e terapeutici previsti	1.828	4.733	10.589	77	17.227	2,1%
Preparazione, somministrazione farmaci e/o sostanze per via orale	3.252	4.347	3.657	4.461	15.717	1,9%
Preparazione, somministrazione farmaci e/o sostanze per via topica	4.175	6.938	3.179	1.139	15.431	1,9%
Preparazione e sostegno nell'esecuzione di igiene completa al paziente allettato	2.932	5.528	1.673	2.472	12.605	1,5%
Valutazione di controllo NAS*	3.087	7.506	121	12	10.726	1,3%
Raccolta non sterile di escreti e secreti	779	2.768	1.300	3.632	8.479	1,0%
Sostegno nelle fragilità emotive	2.266	1.195	2.207	1.493	7.161	0,9%
Gestione di perfusione a termine o continua	2.404	1.786	1.017	1.124	6.331	0,8%
Offerta e messa in opera dei mezzi di protezione del letto, degli indumenti, della pelle e delle mucose in caso di incontinenza sfinterica urinaria e fecale	1.774	1.656	1.235	34	4.699	0,6%
Preparazione, applicazione e rimozione di impacchi terapeutici	165	3.596	37	9	3.807	0,5%
TOTALE PARZIALE (PRIME 20 PRESTAZIONI)	303.661	202.105	111.324	161.217	778.307	95,1%
TOTALE PRESTAZIONI RILEVATE	315.380	219.784	117.896	165.550	818.610	100,0%

*La rilevazione di questo dato risulta difforme nei diversi distretti sanitari

Fonte: aziende sanitarie

Fra le altre attività svolte dal servizio infermieristico figurano le valutazioni a domicilio dello stato di non autosufficienza in base alla l. prov. 33/88, pari a 2.752 nel complesso della provincia.

Altre attività svolte dal servizio infermieristico, ma non quantificate da molti distretti sono: le valutazioni in strutture di ricovero in base alla l. prov. 33/88, art. 21; le "attività infermieristiche indirette", quali i colloqui con i medici di medicina generale dell'utente, con reparti ospedalieri, la procedura legata all'assegnazione di mezzi di aiuto infermieristico e altre prestazioni. Per quanto riguarda invece le attività rivolte a gruppi, figurano gli incon-

tri 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 2006**

Distretti/Aziende	Rilevazione parametri vitali		Prelievo venoso		Preparazione e somministrazione di farmaci		Totale* prest. per distretto
	Amb.	Dom.	Amb.	Dom.	Amb.	Dom.	
Val Gardena	942	138	4.314	187	416	258	10.894
Val d'Ega-Sciliar	5.024	3.713	7.297	482	1.183	583	46.070
Salto-Val Sarentino-Renon	3.803	3.982	7.349	329	536	454	30.613
Oltradige	2.502	1.125	10.719	678	2.154	986	37.311
Laives-Bronzolo-Vadena	3.605	941	6.375	579	2.106	592	22.828
Bassa Atesina	7.371	2.274	17.566	974	2.227	870	53.546
Bolzano	5.135	2.831	20.579	4.451	23.048	5.000	114.118
A.S. Bolzano	28.382	15.004	74.199	7.680	31.670	8.743	315.380
Alta Val Venosta	3.185	1.131	7.198	435	1.770	1.769	40.165
Media V. Venosta	3.532	4.496	2.564	517	1.808	1.047	34.141
Naturno-circondario	3.033	1.522	3.671	336	742	267	25.139
Lana-circondario	2.293	2.659	5.733	802	824	654	46.079
Merano-circond.	6.878	2.503	2	2.998	3.204	925	51.366
Val Passiria	2.096	2.863	3.662	545	682	617	22.894
A.S. Merano	21.017	15.174	22.830	5.633	9.030	5.279	219.784
Alta Valle Isarco	479	3.980	83	583	652	844	31.725
Bressanone-circondario	4.175	5.012	5	723	1.658	863	61.663
Chiusa-circondario	656	1.904	2.957	416	245	285	24.508
A.S. Bressanone	5.310	10.896	3.045	1.722	2.555	1.992	117.896
Tures-Aurina	6.665	7.194	6.334	430	2.705	1.481	39.227
Brunico-circondario	14.777	6.888	928	824	7.830	2.840	56.878
Alta Val Pusteria	8.493	7.563	698	611	2.834	2.281	46.150
Val Badia	2.405	3.428	4.416	342	1.457	1.187	23.295
A.S. Brunico	32.340	25.073	12.376	2.207	14.826	7.789	165.550
PROVINCIA	87.049	66.147	112.450	17.242	58.081	23.803	818.610

* Poiché in alcuni distretti non sono state rilevate una o più prestazioni erogate, non si tratta del totale effettivo, bensì del totale delle prestazioni erogate e conteggiate
Fonte: aziende sanitarie

2.3.4. L'assistenza consultoriale materno-infantile

2.3.4.1. Il consultorio Pediatrico

Il consultorio Pediatrico è attivo in tutti i distretti della Provincia Autonoma di Bolzano; nei consultori dei distretti in cui non operano pediatri di libera scelta, viene garantita la presenza del pediatra; negli altri è presente invece l'assistente sanitaria o l'infermiera pediatrica. Nel consultorio Pediatrico dell'Azienda Sanitaria di Bolzano i pediatri hanno erogato complessivamente, durante il 2006, 5.159 prestazioni, comprensive di prime visite (25,0%), visite di controllo (50,5%), somministrazione di vaccini (20,5%) e bilanci di salute (4,0%).

La tipologia di prestazione prevalente per i pediatri del consultorio dell'Azienda Sanitaria di Merano è costituita dai bilanci di salute (53,2%); per l'Azienda Sanitaria di Bressanone sono altre prestazioni a prevalere come il controllo denti/profilassi della carie, i test audiometrici infantili, i Boel test. Nell'Azienda Sanitaria di Brunico il consultorio Pediatrico è attivo nel distretto di Val Badia, dove un pediatra dell'ospedale garantisce la presenza una

volta al mese ed ha effettuato, nel 2006, 62 prime visite.

L'attività svolta dalle assistenti sanitarie nei consultori pediatrici dell'Azienda Sanitaria di Bolzano è costituita dai controlli di pidocchi e parassiti e da interventi di consulenza e di educazione sanitaria relativamente allo svezzamento e all'accrescimento del bambino. A domicilio viene garantita l'attività di consulenza collegata al progetto di dimissione protetta della puerpera e del neonato (congiuntamente con la figura dell'ostetrica distrettuale). Nelle aziende sanitarie di Merano e Bressanone risulta prevalente l'assistenza alle visite di controllo ed alle visite successive alla prima. Nell'Azienda Sanitaria di Brunico le assistenti sanitarie hanno svolto prevalentemente valutazioni ortottiche dei bambini e i controlli dei pidocchi/parassiti.

Nel corso del 2006 sono stati organizzati nelle scuole elementari e medie di alcuni distretti corsi di prevenzione della carie.

Tabella 29: Prestazioni erogate dai pediatri nei consultori pediatrici dei distretti – Anno 2006

	Prime visite	Visite di controllo	Somministrazione di vaccini	Bilanci di salute*	Altre prestazioni**	Totale
Val Gardena	92	180	245	-	-	517
Val d'Ega-Sciliar	182	1.196	434	-	-	1.812
Salto-Val Sarentino-Renon	228	1.228	381	-	-	1.837
Oltradige	-	-	-	-	-	-
Laives-Bronzolo-Vadena	-	-	-	-	-	-
Bassa Atesina	-	-	-	207	-	207
Bolzano	786	-	-	-	-	786
A.S. Bolzano	1.288	2.604	1.060	207	-	5.159
Alta Val Venosta	-	-	-	58	-	58
Media Val Venosta	-	-	-	-	-	-
Naturno-circondario	-	-	-	108	-	108
Lana-circondario	53	282	-	250	-	585
Merano-circondario	-	-	-	-	-	-
Val Passiria	116	524	-	1.109	365	2.114
A.S. Merano	169	806	-	1.525	365	2.865
Alta Valle Isarco	-	-	-	241	68	309
Bressanone-circondario	-	-	-	-	1.655	1.655
Chiusa-circondario	-	-	-	479	1.124	1.603
A.S. Bressanone	-	-	-	720	2.847	3.567
Tures-Aurina	-	-	-	-	-	-
Brunico-circondario	-	-	-	-	-	-
Alta Val Pusteria	-	-	-	-	-	-
Val Badia	62	74	-	-	-	136
A.S. Brunico	62	74	-	-	-	136
PROVINCIA	1.519	3.484	1.060	2.452	3.212	11.727

*Compresi i controlli fino ai 12 mesi, 1-3 anni, 3-6 anni, 9-10 anni, 12-14 anni

**Compresi controllo denti/profilassi carie, test audiometrico infantile, Boel test, servizio pediatrico di guardia medica,... Fonte: aziende sanitarie

Tabella 30: **Prestazioni erogate dalle assistenti sanitarie nei consultori pediatrici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Bolzano – Anno 2006**

	Val Gardena	Val d'Ega- Sciliar	Salto-Val Sarentino -Renon	Oltradige	Laives- Bronzolo- Vadena	Bassa Atesina	Bolzano	A.S. Bolzano
Assistenza prime visite	92	182	228	-	-	246	786	1.534
Assistenza visite di controllo, assistenza visite successive alla prima	180	1.196	1.228	-	-	2.925	-	5.529
Interventi a domicilio	147	216	229	321	136	92	140	1.281
Medicazioni	1	17	159	-	66	-	-	243
Controlli fino a 12 mesi	788	1.599	1.812	-	-	-	9.827	14.026
Controlli 1-3 anni	115	175	385	-	-	} 207*	854	} 1.901*
Controlli 3-6 anni	16	16	71	-	-		62	
Valutazione ortottica	428	507	616	-	673	637	2.558	5.419
Test audiometrico infantile	255	341	453	-	474	442	1.627	3.592
Boel test	136	181	250	-	297	265	960	2.089
Controllo denti/profilassi carie	261	-	101	-	122	190	-	674
Somministrazione vaccini (assistenza ed esecuzione)	245	434	381	-	-	100	-	1.160
Controllo pidocchi/parassiti	1.352	1.790	552	892	1.625	1.369	7.386	14.966
Riflessologia plantare	132	-	-	102	19	-	178	431
Consulenza allattamento	278	189	550	-	138	555	1.070	2.780
Visita domiciliare ai nuovi nati/incontri genitori nuovi nati	-	-	-	-	-	-	-	-
Altro (rilevazione pressione arteriosa, incontri genitori- bambini, corsi pre-parto,...)	173	414	571	263	10	-	29	1.460
TOTALE	4.599	7.257	7.586	1.578	3.560	7.028	25.477	57.085
Consulenze (anche telefoniche)	504	351	850	863**	563	744	2.012	5.887

* Compresi i controlli 1-3 anni e 3-6 anni

** Comprese consulenze per l'allattamento

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano

Tabella 31: Prestazioni erogate dalle assistenti sanitarie nei consultori pediatrici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Merano – Anno 2006

	Alta Val Venosta	Media Val Venosta	Naturno-circondario	Lana-circondario	Merano-circondario	Val Passiria	A.S. Merano
Assistenza prime visite	129	147	197	255	328	218	1.274
Assistenza visite di controllo, assistenza visite successive alla prima	1.013	1.989	1.839	2.102	3.169	1.737	11.849
Interventi a domicilio	55	28	8	249	99	2	441
Medicazioni	-	15	412	-	680	232	1.339
Controlli fino a 12 mesi	58	-	-	-	-	464	522
Controlli 1-3 anni	163	-	-	-	-	204	367
Controlli 3-6 anni	199	-	-	55	-	217	471
Controlli 9-10 anni	-	-	21	} 232*	-	114	} 564*
Controlli 12-14 anni	-	-	87		-	110	
Valutazione ortottica	362	637	273	-	-	-	1.272
Test audiometrico infantile	-	-	-	322	-	322	
Controllo denti/profilassi carie	32	375	101	-	485	140	1.133
Somministrazione vaccini (assistenza ed esecuzione)	98	-	281	289	156	-	824
Controllo pidocchi/parassiti	299	722	437	433	-	129	2.020
Consulenza allattamento	75	25	83	177	-	-	360
Altro (controlli visivi/sehtest, controllo urine, ...)	51	-	-	632	1.222	241	2.146
TOTALE	2.534	3.938	3.739	4.424	6.461	3.808	24.904
Consulenze (anche telefoniche)	130	223	582	929	4.131	214	6.209

*compresi i controlli di 9-10 anni e 12-14 anni

Fonte: Azienda Sanitaria di Merano

Tabella 32: Prestazioni erogate dalle assistenti sanitarie nei consultori pediatrici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Bressanone – Anno 2006

	Alta Valle Isarco	Bressanone-circondario	Chiusa-circondario	A.S. Bressanone
Assistenza prime visite	194	512	364	1.070
Assistenza visite di controllo, assistenza visite successive alla prima	775	2.564	1.034	4.373
Interventi a domicilio	2	15	10	27
Controlli fino a 12 mesi	11	-	430	441
Controlli 1-3 anni	68	-	49	117
Controlli 3-6 anni	162	-	-	162
Valutazione ortottica	846	1.885	714	3.445
Test audiometrico infantile	-	-	201	201
Boel test	-	-	211	211
Controllo denti/profilassi carie	405	1.019	284	1.708
Controllo pidocchi/parassiti	1.326	814	428	2.568
Altro (servizio pediatrico di guardia medica)	-	548	-	548
TOTALE	3.789	7.357	3.725	14.871
Consulenze (anche telefoniche)	72	260	101	433

Fonte: Azienda Sanitaria di Bressanone

Tabella 33: **Prestazioni erogate dalle assistenti sanitarie nei consultori pediatrici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Brunico – Anno 2006**

	<i>Tures- Aurina</i>	<i>Brunico- circondario</i>	<i>Alta Val Pusteria</i>	<i>Val Badia</i>	<i>A.S. Brunico</i>
<i>Assistenza prime visite</i>	-	-	-	62	62
<i>Assistenza visite di controllo, assistenza visite successive alla prima</i>	-	-	-	74	74
<i>Interventi a domicilio</i>	8	19	1	2	30
<i>Controlli 5-6 anni</i>	115	-	141	116	372
<i>Controlli 9-10 anni</i>	154	50	160	140	504
<i>Controlli 12-14 anni</i>	172	112	173	99	556
<i>Valutazione ortottica</i>	530	1.279	543	379	2.731
<i>Boel test</i>	134	332	181	95	742
<i>Controllo denti/profilassi carie</i>	359	1.412	382	505	2.658
<i>Somministrazione vaccini (assistenza ed esecuzione)</i>	110	15	310	106	541
<i>Altro (preparazione alle visite scolastiche)</i>	438	162	478	355	1.433
TOTALE	2.020	3.381	2.369	1.933	9.703
<i>Consulenze (anche telefoniche)</i>	1.070	2.726	1.526	770	6.092

Fonte: Azienda Sanitaria di Brunico

2.3.4.2. Il consultorio Ostetrico-Ginecologico

Il consultorio Ostetrico-Ginecologico è presente in 15 distretti su 20.

Oltre ai ginecologi presenti in tutti e quindici i distretti in cui viene offerto questo servizio consultoriale, le prestazioni vengono erogate in alcuni casi anche dalle ostetriche che oltre all'esecuzione dei Pap-test effettuano visite nella gravidanza fisiologica e consulenze nel rispetto del loro specifico ambito di competenza, in altri casi dalle infermiere professionali o dalle assistenti sanitarie a supporto dei ginecologi. Nei distretti in cui non è presente il consultorio ostetrico-ginecologico l'attività viene erogata dagli ospedali.

Molte prestazioni non risultano rilevabili dai singoli distretti: in particolare, per l'Azienda Sanitaria di Bolzano non sono disponibili i dati relativi alle prestazioni effettuate dai ginecologi nei consultori distrettuali.

Nel corso del 2006 sono stati organizzati in alcuni distretti corsi di preparazione al parto, corsi di rieducazione pelvica, incontri con genitori e bambini, corsi di baby massage, progetti di profilassi della carie all'asilo e nelle scuole elementari, corsi di igiene personale e di educazione sull'affettività e sulla sessualità.

Tabella 34: Prestazioni erogate dai ginecologi nei consultori ostetrico-ginecologici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Merano – Anno 2006

	Alta Val Venosta	Naturno-circondario*	Lana-circondario	Merano-circondario	Val Passiria	A.S. Merano
Primo colloquio con l'utente	343	36	-	176	-	555
Visita ginecologica (manovre di Leopold,...)	360	33	270	621	407	1.691
Controllo gravidanza/Visita ostetrica	-	1	-	152	-	153
Contracezione (prescrizione, inserimento IUD,...)	-	-	-	157	-	157
Visita senologica (svolta dal medico)	187	22	121	174	-	504
Ecografia al seno	-	-	-	118	-	118
Pap-test	293	24	295	409	249	1.270
Prelievo vaginale per esame batteriologico	13	-	-	35	2	50
Cardiotocografia, ecografia (ginecologica, ostetrica)	275	19	-	370	-	664
Colposcopia	-	-	113	10	-	123
Consulenze sanitarie per menopausa, per sterilità, consulenze ostetriche	-	20	-	54	-	74
Rilevazione battito cardiaco fetale	-	-	-	54	-	54
Informazioni (sulla contraccezione, su IVG, altro)-	-	-	38	-	38	
Altro (comprese consulenze telefoniche, esame delle urine, rilevazione del peso e della pressione della donna in gravidanza)	-	-	58	20	77	155
TOTALE	1.471	155	857	2.388	735	5.606

* Il consultorio ostetrico-ginecologico di Naturno è rimasto aperto dal 16/11/2006 al 21/12/2006

Fonte: Azienda Sanitaria di Merano

Tabella 35: Prestazioni erogate dai ginecologi nei consultori ostetrico-ginecologici dei distretti delle aziende sanitarie di Bressanone e Brunico – Anno 2006

	Chiusa-circondario	A.S. Bressanone	Tures-Aurina	Val Badia	A.S. Brunico
Primo colloquio con l'utente	424	424	-	-	-
Visita ginecologica (manovre di Leopold,...)	507	507	850	440	1.290
Controllo gravidanza/Visita ostetrica	70	70	-	-	-
Visita senologica (svolta dal medico)	441	441	633	356	989
Pap-test	441	441	613	392	1.005
Prelievo vaginale per esame batteriologico	13	13	87	5	92
Cardiotocografia, ecografia (ginec., ostetrica)	80	80	-	-	-
Colposcopia	-	-	5	3	8
Consulenze sanitarie per menopausa, per sterilità, consulenze ostetriche	24	24	-	-	-
Altro	2	2	72	28	100
TOTALE	2.002	2.002	2.260	1.224	3.484

Fonte: aziende sanitarie di Bressanone e Brunico

Tabella 36: **Prestazioni erogate dalle ostetriche nei consultori ostetrico-ginecologici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Bolzano – Anno 2006**

	Val Gardena	Val d'Ega-Sciliar	Salto-Val Sarentino-Renon	Oltradige	Laives-Bronzolo-Vadena	Bassa	Bolzano Atesina	A.S. Bolzano
Primo colloquio con l'utente	138	139	151	-	252	265	1.139	2.084
Assistenza a visita ginecologica	-	-	-	72	-	-	-	72
Controllo gravidanza/Visita ostetrica	275	265	173	-	240	143	632	1.728
Pap-test	26	53	59	134	172	169	751	1.364
Prelievo vaginale per esame batteriologico	9	-	-	20	20	47	-	96
Consulenze sanitarie per menopausa, per sterilità, consulenze ostetriche	558	779	289	-	500	-	2.070	4.196
Rilevazione battito cardiaco fetale	54	39	49	56	129	61	187	575
Visite domiciliari (post-partum, medicazioni, ecc.)	153	203	53	-	14	50	55	528
Informazioni (sulla contraccezione, su IVG, altro)	-	-	-	-	60	-	-	60
Assistenza al neonato	149	188	57	-	-	-	94	488
Altro (comprese consulenze telefoniche, esame delle urine, test di gravidanza)	-	-	-	48	190	439	-	677
TOTALE	1.362	1.666	831	330	1.577	1.174	4.928	11.868

Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano

Tabella 37: **Prestazioni erogate dalle ostetriche/infermiere nei consultori ostetrico-ginecologici dei distretti dell'Azienda Sanitaria di Merano – Anno 2006**

	Naturno-circondario	Merano-circondario	A.S. Merano
Primo colloquio con l'utente	36	176	212
Test di gravidanza	-	18	18
Contracezione (prescrizione, inserimento IUD,...)	-	8	8
Pap-test	-	409	409
Prelievo vaginale per esame batteriologico	-	121	121
Colposcopia	-	10	10
Consulenze sanitarie per menopausa, per sterilità, consulenze ostetriche	-	54	54
Rilevazione battito cardiaco fetale	-	54	54
Informazioni (sulla contraccezione, su IVG, altro)	-	38	38
Esame delle urine	-	141	141
Altro	33	314	347
TOTALE	69	1.343	1.412

Fonte: Azienda Sanitaria di Merano

2.4. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nel 2006 in Provincia di Bolzano sono state erogate 7.038.870 prestazioni di specialistica ambulatoriale, di cui il 93,8% nelle strutture pubbliche. A fronte del valore tariffario di 83.575.003,55 Euro delle prestazioni erogate, le strutture pubbliche hanno incassato 15.844.604,79 Euro di ticket (19%).

L'importo che le aziende hanno invece pagato alle strutture private o ai liberi professionisti convenzionati, al netto del ticket, è stato pari a 5.353.136,89 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 101.746 prestazioni erogate da strutture presenti nel territorio nazionale e di 50.120 prestazioni da strutture austriache. Per queste prestazioni la provincia ha pagato un'importo di 1.937.743,57 alle altre regioni italiane e 1.427.668,24 Euro all'Austria.

Il saldo della mobilità attiva e passiva, cioè la differenza tra la quantità delle prestazioni erogate sul territorio nazionale della provincia di Bolzano per non residenti e numero di prestazioni erogate a residenti altoatesini fuori provincia, risulta, nel 2006, come anche negli anni precedenti, positivo e pari a 220.376 prestazioni (prestazioni prodotte per non residenti = 372.242 e consumo di prestazioni da parte dei residenti = 151.866).

2.4.1. Prestazioni erogate dalle strutture provinciali

L'assistenza specialistica ambulatoriale consiste in visite effettuate da medici specialisti, accertamenti di diagnostica strumentale e di laboratorio e prestazioni terapeutiche e riabilitative.

Le strutture che erogano prestazioni specialistiche nel territorio della Provincia Autonoma di Bolzano si possono dividere in:

1. ambulatori pubblici interni ad istituti di ricovero pubblici (es. poliambulatori ed ambulatori ospedalieri, laboratori, servizi di radiologia, etc.) o strutture pubbliche extraospedaliere (es. poliambulatori di via Amba Alagi a Bolzano, servizi aziendali ed interaziendali, etc.): assistenza specialistica pubblica o interna;
2. strutture private provvisoriamente accreditate e convenzionate con il SSP (es. Villa Mellitta per prestazioni di fisioterapia e radiologia, Laboratorio Druso e S. Maria per esami di laboratorio, etc.) e liberi professionisti convenzionati con il SSP che svolgono la propria attività in strutture private: assistenza specialistica esterna o privata;
3. strutture private autorizzate non ancora accreditate e liberi professionisti non convenzionati.

Le strutture private ed i liberi professionisti con rapporti "convenzionali" (punto 2) erogano prestazioni per conto e a carico delle aziende sanitarie territorialmente competenti. Gli utenti si devono presentare con l'impegnativa del SSP (Servizio Sanitario Provinciale) e pagano il ticket come presso le strutture pubbliche. L'azienda sanitaria competente rimborsa alle strutture private la differenza tra l'importo della prestazione erogata ed il ticket già incassato.

Negli ambulatori privati, nonché presso i liberi professionisti non convenzionati (punto 3) i cittadini residenti che fruiscono di prestazioni appartenenti alle "branche carenti" ricevono un rimborso da parte delle aziende sanitarie; tale forma di assistenza è detta "assistenza specialistica indiretta".

In questa parte viene fornita un'analisi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale contenute nel nomenclatore tariffario provinciale e rilevate attraverso il flusso informativo della specialistica ambulatoriale (flusso SPA). Si precisa che in questa analisi sono incluse anche le prestazioni specialistiche di pronto soccorso non seguite da ricovero e le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime di convenzione dalle strutture private (punti 1 e 2), mentre sono escluse le prestazioni erogate in "assistenza specialistica indiretta" in quanto non esiste un flusso informativo di rilevazione.

Nella Tabella 38 viene analizzata la distribuzione delle prestazioni erogate tra pubblico e privato convenzionato nonché tra le quattro aziende sanitarie.

Delle 7.038.870 prestazioni erogate in Provincia nel 2006, solo il 6,2% sono riferite alle strutture private convenzionate. Il valore tariffario delle prestazioni complessive ammonta a 83.575.003,55 Euro (7,6% delle strutture private), mentre la partecipazione del paziente alla spesa sanitaria, misurata attraverso il ticket, è pari a 16.811.988,23 Euro (20,1% dell'importo totale). Solo le aziende sanitarie di Bolzano e Merano hanno ancora convenzioni attive con alcune strutture private.

Tabella 38: **Numero, importo tariffario e importo ticket delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (prestazioni di pronto soccorso incluse) erogate dalle strutture provinciali pubbliche e private per azienda sanitaria – Anno 2006**

Tipologia soggetto erogatore	Azienda sanitaria di erogazione					
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia	% Provincia
Prestazioni						
Privato	389.979	46.941	-	-	436.920	6,2%
Pubblico	2.981.466	1.628.398	977.587	1.014.499	6.601.950	93,8%
PROVINCIA	3.371.445	1.675.339	977.587	1.014.499	7.038.870	100,0%
Importo tariffario						
Privato	5.485.824,03	834.696,30	-	-	6.320.520,33	7,6%
Pubblico	33.447.841,75	18.357.143,04	13.145.384,78	12.304.113,65	77.254.483,22	92,4%
PROVINCIA	38.933.665,78	19.191.839,34	13.145.384,78	12.304.113,65	83.575.003,55	100,0%
Importo ticket						
Privato	719.635,17	247.748,27	-	-	967.383,44	5,8%
Pubblico	5.708.125,21	3.839.278,19	3.279.081,43	3.018.119,96	15.844.604,79	94,2%
PROVINCIA	6.427.760,38	4.087.026,46	3.279.081,43	3.018.119,96	16.811.988,23	100,0%

Fonte: aziende sanitarie - Archivio SPA

DISTRIBUZIONE
PRODUZIONE TRA
PUBBLICO E PRIVATO

Tabella 39: Numero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (prestazioni di pronto soccorso incluse) erogate dalle strutture provinciali pubbliche e private per azienda sanitaria e posizione ticket del paziente – Anno 2006

Posizione ticket del paziente	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia	% sul totale
<i>Privato</i>						
Esente ticket	209.435	20.703	-	-	230.138	3,3
Non esente ticket	171.481	25.408	-	-	196.889	2,8
Ticket al 50%	9.063	830	-	-	9.893	0,1
TOTALE PARZIALE	389.979	46.941	-	-	436.920	6,2
<i>Pubblico</i>						
Esente ticket	2.032.248	991.860	613.132	608.960	4.246.200	60,3
Non esente ticket	818.906	540.888	297.220	351.783	2.008.797	28,5
Privato pagante	31.207	28.844	37.001	21.162	118.214	1,7
Ticket al 50%	99.105	66.806	30.234	32.594	228.739	3,2
TOTALE PARZIALE	2.981.466	1.628.398	977.587	1.014.499	6.601.950	93,8
TOTALE	3.371.445	1.675.339	977.587	1.014.499	7.038.870	100,0

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SPA

ESENTI E NON ESENTI TICKET

Nel 2006 il 63,6% delle prestazioni sono state erogate a pazienti esenti ticket e il 3,3% a pazienti che pagano solo il 50% del ticket, rappresentati dai figli fiscalmente a carico dei genitori.

Considerato che il ticket è legato all'impegnativa e di conseguenza alla branca specialistica e che la branca rappresenta una aggregazione oggettiva delle prestazioni anche in tutte le statistiche a livello nazionale, la produzione viene analizzata per branca.

Per quanto riguarda le prestazioni erogate dalle strutture pubbliche (Tabella 40) non è sempre stato possibile attribuire una branca precisa; la definizione "branca non assegnata" si riferisce infatti ad impegnative con prestazioni effettuate da unità erogatrici per le quali non è prevista una specifica branca (es. pediatria, medicina).

Nella definizione di "visite specialistiche" sono comprese inoltre tutte le prime visite e le visite di controllo che a loro volta non sono state attribuite ad una branca specifica.

Riassumendo le prestazioni erogate dalle strutture pubbliche nelle tre macroattività si nota che il 57,8% delle prestazioni sono di laboratorio, il 6,5% di diagnostica e il 32,6% di attività clinica. Al restante 3% della produzione totale non è stata assegnata la branca.

Rispetto all'anno precedente sono significativamente calate le prestazioni incluse sotto le definizioni "branca non assegnata" e "visite specialistiche senza branca" che sono passate rispettivamente dal 4,9% del totale delle prestazioni allo 0,2% e dal 3,8% al 2,1%. Questo è dovuto al fatto che nel corso del 2006 la rilevazione della branca è divenuta obbligatoria e quindi le prestazioni devono essere assegnate ad una branca specifica.

Tabella 40: Prestazioni erogate dalle strutture pubbliche per azienda sanitaria erogante e branca – Anno 2006

Branca specialistica	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Anestesia	6.736	435	2.668	1.216	11.055
Cardiologia	67.652	38.473	42.453	16.122	164.700
Chirurgia generale	24.657	50.502	32.180	51.269	158.608
Chirurgia plastica	15.439	10.231	5.273	3.984	34.927
Chirurgia vascolare	5.555	3.058	8.279	2.165	19.057
Dermatologia	38.427	25.112	16.955	16.887	97.381
Endocrinologia	8.482	2.117	3.542	4.284	18.425
Gastroenterologia	13.714	13.462	5.255	9.132	41.563
Laboratorio	1.896.721	915.899	466.120	539.184	3.817.924
Medicina nucleare	7.396	1.442	-	-	8.838
Nefrologia	42.700	8.092	6.821	3.824	61.437
Neurochirurgia	5.695	82	713	1.426	7.916
Neurologia	19.957	19.534	3.753	7.903	51.147
Ocullistica	40.260	42.288	17.591	25.568	125.707
Odontostomatologia	25.811	18.954	9.241	6.714	60.720
Oncologia	44.233	2.647	124	603	47.607
Ortopedia e Traumatologia	31.857	80.778	47.022	56.029	215.686
Ostetricia e Ginecologia	52.624	39.558	55.262	40.280	187.724
Otorinolaringoiatria	31.583	47.819	16.700	13.882	109.984
Pneumologia	34.738	3.398	5.052	1.452	44.640
Psichiatria	38.166	14.528	12.760	9.113	74.567
Radiologia diagnostica	131.221	107.895	105.700	77.802	422.618
Radioterapia	24.521	64	-	-	24.585
Riabilitazione	210.472	168.297	85.368	91.133	555.270
Urologia	12.720	13.726	11.149	1.407	39.002
Visite spec. senza branca	111.248	3	12.534	16.498	140.283
Altro	38.881	4	1.335	9.909	50.129
Branca non assegnata	-	-	3.737	6.713	10.450
TOTALE	2.981.466	1.628.398	977.587	1.014.499	6.601.950

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SPA

**PUBBLICO: NUMERO
PRESTAZIONI PER
BRANCA**

**PUBBLICO: IMPORTO
TARIFFARIO PER BRANCA**
Tabella 41: Importo tariffario delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche per azienda sanitaria erogante e branca – Anno 2006

Branca	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Anestesia	32.505,80	8.047,68	31.872,00	23.335,54	95.761,02
Cardiologia	2.038.896,50	1.043.667,98	1.050.194,00	401.880,04	4.534.638,52
Chirurgia generale	302.718,60	665.287,12	354.274,30	618.418,48	1.940.698,50
Chirurgia plastica	204.996,10	183.978,54	78.563,70	87.053,28	554.591,62
Chirurgia vascolare	99.221,20	69.242,20	132.214,00	70.169,80	370.847,20
Dermatologia	619.796,70	306.659,22	226.485,15	235.719,70	1.388.660,77
Endocrinologia	114.038,00	53.456,46	49.875,00	71.578,10	288.947,56
Gastroenterologia	745.582,30	622.138,42	287.320,80	551.240,70	2.206.282,22
Laboratorio	9.972.342,54	4.107.999,78	1.871.688,65	2.318.079,46	18.270.110,43
Medicina nucleare	361.925,50	135.871,14	-	-	497.796,64
Nefrologia	2.444.587,20	1.467.696,34	1.375.740,10	764.635,80	6.052.659,44
Neurochirurgia	79.112,70	1.134,40	8.051,70	20.556,18	108.854,98
Neurologia	352.160,30	281.179,36	62.290,40	115.259,48	810.889,54
Oculistica	651.329,90	540.994,90	264.842,10	418.903,26	1.876.070,16
Odontostomatologia	482.150,40	383.809,90	200.583,70	104.868,64	1.171.412,64
Oncologia	563.770,70	32.583,30	1.220,00	8.146,50	605.720,50
Ortopedia e Traumatologia	464.645,30	1.188.107,06	759.566,65	1.024.598,58	3.436.917,59
Ostetricia e Ginecologia	1.222.079,40	793.274,68	960.424,08	722.668,02	3.698.446,18
Otorinolaringoiatria	477.911,00	668.820,20	237.180,90	200.817,08	1.584.729,18
Pneumologia	764.425,80	64.422,60	123.029,70	30.216,60	982.094,70
Psichiatria	602.082,80	220.149,34	204.864,00	144.848,60	1.171.944,74
Radiologia diagnostica	4.469.514,40	3.465.170,52	3.232.639,10	2.395.705,38	13.563.029,40
Radioterapia	1.091.422,70	2.785,70	-	-	1.094.208,40
Riabilitazione	2.555.365,46	1.750.947,80	1.003.274,16	1.282.601,12	6.592.188,54
Urologia	233.994,30	299.624,30	231.618,55	29.161,04	794.398,19
Visite spec. senza branca	1.899.349,45	35,70	336.501,32	274.012,26	2.509.898,73
Altro	601.916,70	58,40	10.973,76	183.849,66	796.798,52
Branca non assegnata	-	-	50.096,96	205.790,35	255.887,31
TOTALE	33.447.841,75	18.357.143,04	13.145.384,78	12.304.113,65	77.254.483,22

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SPA

Per quanto riguarda le prestazioni erogate dalle strutture private, prevalgono le branche di laboratorio (57,8%) e della riabilitazione (31,7%), anche se in termini di importo tariffario delle prestazioni prevalgono nettamente la nefrologia (31,3%) e la radiologia diagnostica (21,2%).

**PRIVATO: NUMERO
PRESTAZIONI PER
BRANCA**
Tabella 42: Prestazioni erogate dalle strutture private per azienda sanitaria erogante e branca – Anno 2006

Branca specialistica	Bolzano	Merano	Provincia
Anestesia	4.342	-	4.342
Cardiologia	-	978	978
Gastroenterologia	-	684	684
Laboratorio	222.216	30.358	252.574
Nefrologia	8.412	-	8.412
Otorinolaringoiatria	2.096	-	2.096
Radiologia diagnostica	14.038	7.287	21.325
Riabilitazione	138.875	-	138.875
Altro	-	7.634	7.634
TOTALE	389.979	46.941	436.920

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SPA

Tabella 43: **Importo tariffario delle prestazioni erogate dalle strutture private per azienda sanitaria erogante e branca – Anno 2006**

Branca specialistica	Bolzano	Merano	Provincia
Anestesia	370.548,58	-	370.548,58
Cardiologia	-	26.874,30	26.874,30
Gastroenterologia	-	45.555,30	45.555,30
Laboratorio	794.755,92	117.110,00	911.865,92
Nefrologia	1.976.820,00	-	1.976.820,00
Otorinolaringoiatria	34.023,50	-	34.023,50
Radiologia diagnostica	1.087.376,20	254.260,30	1.341.636,50
Riabilitazione	1.222.299,83	-	1.222.299,83
Altro	-	390.896,40	390.896,40
TOTALE	5.485.824,03	834.696,30	6.320.520,33

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SPA

Analizzando l'assistenza specialistica privata per strutture erogante e azienda sanitaria risulta che nel 2006 il 89,3% delle prestazioni totali effettuate sono state erogate nell'Azienda Sanitaria di Bolzano e il 10,7% nell'Azienda Sanitaria di Merano.

Il valore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime di convenzione ammonta a 6.320.520,33 Euro. Sottraendo da questo importo il costo sostenuto dai pazienti attraverso il pagamento del ticket (967.383,44 Euro), si ottiene l'importo che le aziende sanitarie pagano alle strutture private o ai liberi professionisti convenzionati; importo che nel 2006 è stato pari 5.353.136,89 Euro.

**PRIVATO: IMPORTO
TARIFFARIO PER BRANCA**

Tabella 44: **Prestazione erogate dalle strutture private e liberi professionisti, importo tariffario, importo ticket e importo netto – Anno 2006**

Azienda Sanitaria di convenzione	Branca specialistica accreditata	Prestazioni	Importo tariffario	Importo ticket	Importo netto
Azienda Sanitaria di Bolzano		389.979	5.485.824,03	719.635,17	4.766.188,86
Laboratorio Druso	Laboratorio	81.496	310.393,38	131.695,10	178.698,28
Laboratorio Isarco-Sabin	Laboratorio	36.731	125.396,20	32.628,32	92.767,88
Casa di Cura S. Maria	Laboratorio	103.989	358.966,34	187.479,83	171.486,51
Casa di Cura Bonvicini	Radiologia e risonanza Magentica	14.038	1.087.376,20	195.760,32	891.615,88
Fisiocenter	Riabilitazione	39.596	276.786,16	37.115,62	239.670,54
Mayr Rudi	Riabilitazione	18.794	165.885,08	19.475,97	146.409,11
Studio Cadamuro	Riabilitazione	16.292	152.770,62	19.138,38	133.632,24
Lo Faro Marina	Riabilitazione	1.330	16.829,76	2.393,36	14.436,40
Cure fisiche Gries	Riabilitazione	20.338	179.194,77	23.390,21	155.804,56
Europa Center	Riabilitazione	5.219	50.085,34	7.845,29	42.240,05
Casa di cura Villa Melitta	Riabilitazione - Otorinolaringoiatria	37.349	381.367,70	37.986,72	343.380,98
Dr. Paolo Pellegrini	Otorinolaringoiatria	2.053	33.403,90	10.356,37	23.047,53
Centro Iperbarico di Bolzano	Ossigenoterapia iperbarica	4.342	370.548,58	14.369,68	356.178,90
Centro Emodialisi Alto Adige	Emodialisi	8.412	1.976.820,00	-	1.976.820,00
Azienda Sanitaria di Merano		46.941	834.696,30	247.748,27	586.948,03
Casa di Cura Villa Sant'Anna	Radiologia – TAC – Laboratorio – Cardiologia – Neurologia – Gastroenterologia	36.271	388.120,90	136.648,94	251.471,96
Casa di Cura Fonte San Martino	Riabilitazione – Radiologia – Laboratorio – Cardiologia	3.036	55.679,00	25.834,27	29.844,73
Dr. Regele Max	Medicina sportiva	7.634	390.896,40	85.265,06	305.631,34
TOTALE		436.920	6.320.520,33	967.383,44	5.353.136,9

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SPA

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalle strutture pubbliche vengono suddivise in prestazioni di specialistica in senso stretto e prestazioni specialistiche erogate in ambito di pronto soccorso, non seguite da ricovero. Si nota che l'11,3 % delle prestazioni totali sono erogate dal pronto soccorso, percentuale che rimane quasi uguale anche se si considera il valore tariffario di queste prestazioni.

Tabella 45: **Numero, importo tariffario e importo ticket delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture pubbliche provinciali per tipologia di prestazione e per azienda sanitaria – Anno 2006**

Tipologia di prestazione	Azienda sanitaria di erogazione					
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia	% Provincia
<i>Prestazioni</i>						
Specialistica senza PS	2.658.535	1.372.539	920.332	904.938	5.856.344	88,7%
Pronto soccorso (PS)	322.931	255.859	57.255	109.561	745.606	11,3%
Provincia	2.981.466	1.628.398	977.587	1.014.499	6.601.950	100,0%
<i>Importo tariffario</i>						
Specialistica senza PS	29.966.038,65	15.342.056,34	12.395.614,11	10.663.577,77	68.367.286,87	88,5%
Pronto soccorso (PS)	3.481.803,10	3.015.086,70	749.770,67	1.640.535,88	8.887.196,35	11,5%
Provincia	33.447.841,75	18.357.143,04	13.145.384,78	12.304.113,65	77.254.483,22	100,0%
<i>Importo ticket</i>						
Specialistica senza PS	5.182.879,01	3.201.651,86	2.938.918,69	2.564.317,43	13.887.766,99	87,6%
Pronto soccorso (PS)	525.246,20	637.626,33	340.162,74	453.802,53	1.956.837,80	12,4%
Provincia	5.708.125,21	3.839.278,19	3.279.081,43	3.018.119,96	15.844.604,79	100,0%

Fonte: aziende sanitarie - Archivio SPA

2.4.2. Mobilità specialistica

I dati riportati in questo capitolo fanno riferimento alle prestazioni erogate nell'ambito della mobilità specialistica ambulatoriale interregionale ed all'assistenza in Austria.

2.4.2.1. Mobilità specialistica interregionale

Vengono qui analizzate le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture provinciali a favore di pazienti residenti in altre regioni italiane, nonché le prestazioni erogate dalle altre regioni a favore di pazienti altoatesini. Nel primo caso si tratta della mobilità attiva, a cui corrisponde un credito della Provincia Autonoma di Bolzano nei confronti delle altre regioni italiane, mentre nel secondo caso si tratta di mobilità passiva, che comporta un debito verso le altre regioni italiane. I dati relativi alle prestazioni erogate ai non residenti sono stati estratti direttamente da questo flusso informativo di rilevazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (flusso SPA).

Si precisa inoltre che i dati della mobilità analizzati sono quelli segnalati dalle singole regioni e province per prestazioni erogate a pazienti 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, nel 2006 solo tre su quattro aziende sanitarie della provincia presentano un saldo positivo, nel senso che hanno erogato a non residenti più prestazioni di quante ne abbiano fruite i loro residenti presso strutture extraprovinciali. Il saldo negativo dell'Azienda di Merano è molto esiguo in termini di prestazioni, ma in termini di importo tariffario arriva a 200.760 Euro.

L'Azienda Sanitaria di Bolzano presenta una forte attrazione per i residenti di Trento mentre l'Azienda Sanitaria di Brunico per i residenti del Veneto.

**SALDO PRESTAZIONI
MOBILITÀ ATTIVA E
PASSIVA**

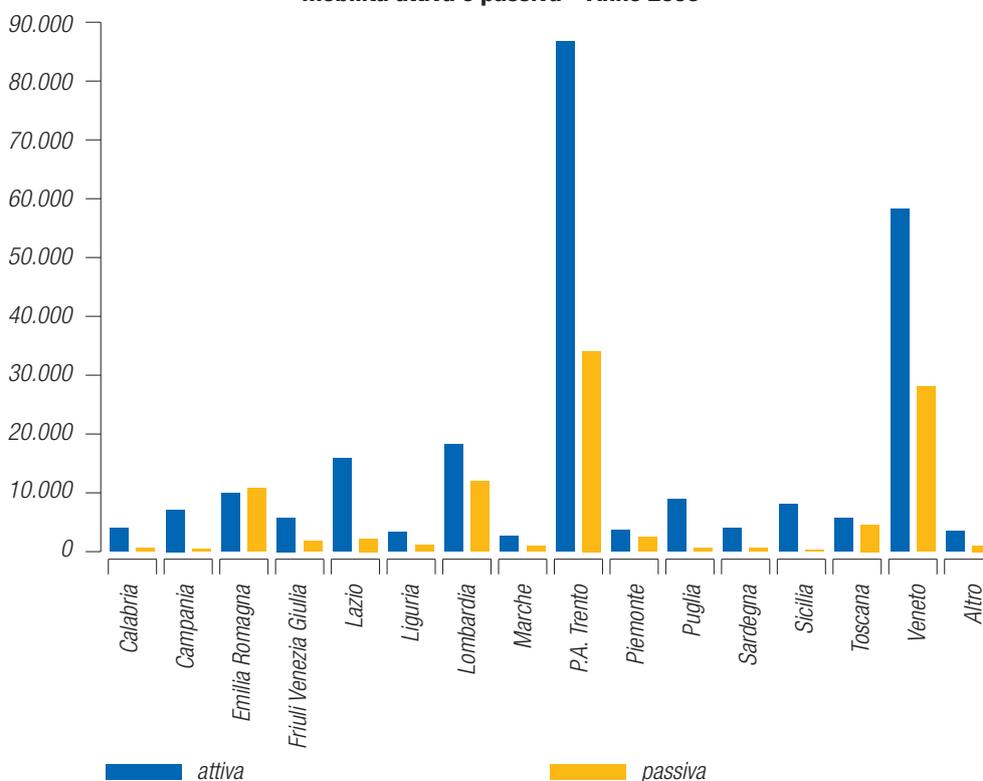
Tabella 46: Prestazioni di specialistica ambulatoriale, valori assoluti e valori per 100 abitanti relativi alla mobilità attiva e passiva interregionale – Anno 2006

	Valori assoluti			Valori per 100 residenti		
	Attiva	Passiva	Saldo	Attiva	Passiva	Saldo
Bolzano	126.040	66.754	59.286	58,3	30,9	27,4
Merano	16.449	18.435	-1.986	13,0	14,6	-1,6
Bressanone	39.932	7.357	32.575	57,5	10,6	46,9
Brunico	63.295	9.200	54.095	86,3	12,5	73,8
TOTALE	245.716	101.746	143.970	50,8	20,9	29,9

Fonte: aziende sanitarie e ufficio Economia Sanitaria, PAB - Archivio SPA, mobilità, specialistica Austria

Figura 8: Prestazioni di specialistica ambulatoriale per regione di residenza del paziente, mobilità attiva e passiva – Anno 2006

MOBILITÀ ATTIVA:
E PASSIVA
DISTRIBUZIONE
PRESTAZIONI TRA
REGIONI



Fonte: aziende sanitarie e ufficio Economia Sanitaria, PAB - Archivio SPA, mobilità, specialistica Austria

Calcolando il saldo monetario tra la mobilità specialistica interregionale attiva e quella passiva emerge che nel 2006 la Provincia Autonoma di Bolzano presentava un saldo positivo di 806.834 Euro, che risulta lievemente più basso rispetto al 2005 (1.107.267 Euro), comunque più alto rispetto agli anni 2003 e 2004 nei quali non superava i 550.000 Euro.

Tabella 47: **Importi tariffari al netto del ticket, valori assoluti e valori per 100 abitanti relativi alla mobilità attiva e passiva interregionale – Anno 2006**

	Valori assoluti			Valori per 100 residenti		
	Attiva	Passiva	Saldo	Attiva	Passiva	Saldo
Bolzano	1.682.179,36	1.176.604,98	505.574,38	777,44	543,78	233,66
Merano	160.654,60	361.414,30	-200.759,70	126,80	285,25	-158,45
Bressanone	291.365,80	113.752,80	177.613,00	419,53	163,79	255,74
Brunico	610.378,67	285.971,49	324.407,18	832,54	390,06	442,48
TOTALE	2.744.578,43	1.937.743,57	806.834,86	564,91	398,84	166,07

Fonte: aziende sanitarie e ufficio Economia Sanitaria, PAB - Archivio SPA, mobilità, specialistica Austria

**SALDO IMPORTI:
MOBILITÀ ATTIVA E
PASSIVA**

2.4.2.2. Prestazioni erogate in Austria

La Provincia Autonoma di Bolzano ha la facoltà di individuare le prestazioni sanitarie che, non potendo essere assicurate dai servizi provinciali, possono essere erogate, in base ad apposite convenzioni stipulate dalla provincia con i competenti organi austriaci, da cliniche universitarie ed ospedali pubblici in Austria.

Per quanto riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale, la Provincia Autonoma di Bolzano è convenzionata con le seguenti strutture austriache:

- Clinica universitaria di Innsbruck
- Istituto di Patologia dell'Università di Innsbruck
- Istituto di Batteriologia e Sierologia dell'Università di Innsbruck
- Istituto di Igiene dell'Università di Innsbruck
- Istituto di Chimica Medica e Biochimica dell'Università di Innsbruck
- Istituto di Patologia Generale e Sperimentale dell'Università di Innsbruck
- Istituto di Consulenza e Visita Genetica dell'Università di Innsbruck
- Ospedale di Hochzirl
- Ospedale di Salisburgo
- Ospedale di Vienna.

Le prestazioni erogate dalla Clinica universitaria di Innsbruck sono prevalentemente fruite da pazienti che si rivolgono direttamente alle unità operative delle strutture in questione. Per quanto riguarda invece le prestazioni erogate dai diversi istituti dell'Università di Innsbruck, queste si riferiscono esclusivamente ad esami di laboratorio richiesti dalle unità operative ospedaliere, sia di strutture di ricovero provinciali che austriache, presso cui è ricoverato o a cui si è rivolto il singolo paziente.

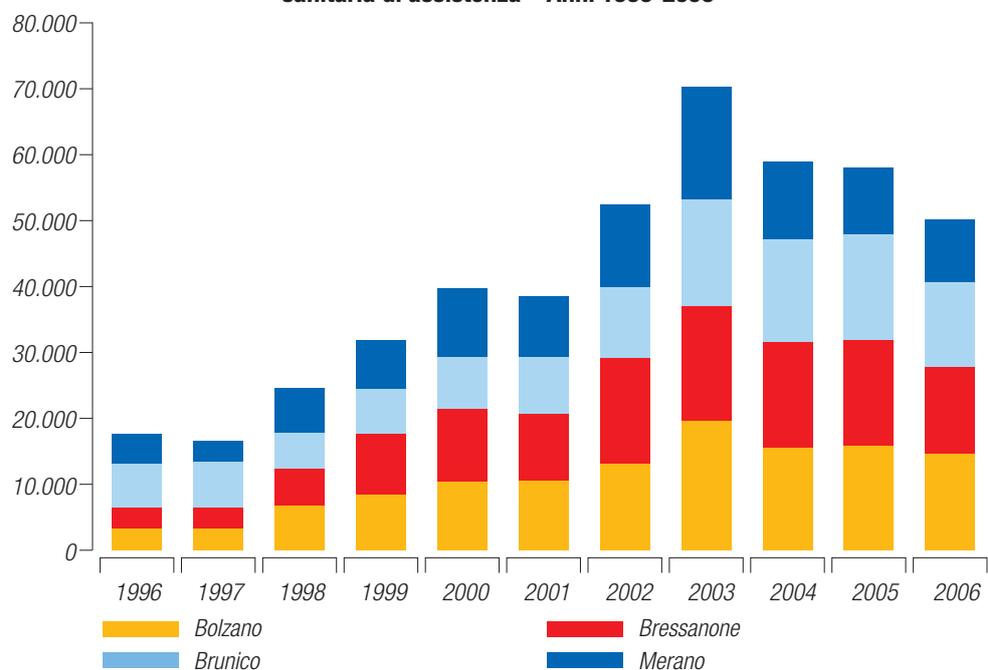
PRESTAZIONI EROGATE IN
AUSTRIA

Tabella 48: Prestazioni erogate da strutture austriache a pazienti altoatesini per struttura erogatrice ed azienda sanitaria di assistenza – Anno 2006

Struttura austriaca erogatrice	Azienda sanitaria di assistenza				Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	
Clinica universitaria di Innsbruck	13.287	12.926	12.873	9.414	48.500
Istituti dell'Università di Innsbruck	1.240	147	-	10	1.397
Ospedale di Salisburgo	37	36	-	-	73
Ospedale di Hochzirl	53	47	2	23	125
Ospedale di Vienna	-	25	-	-	25
TOTALE	14.617	13.181	12.875	9.447	50.120

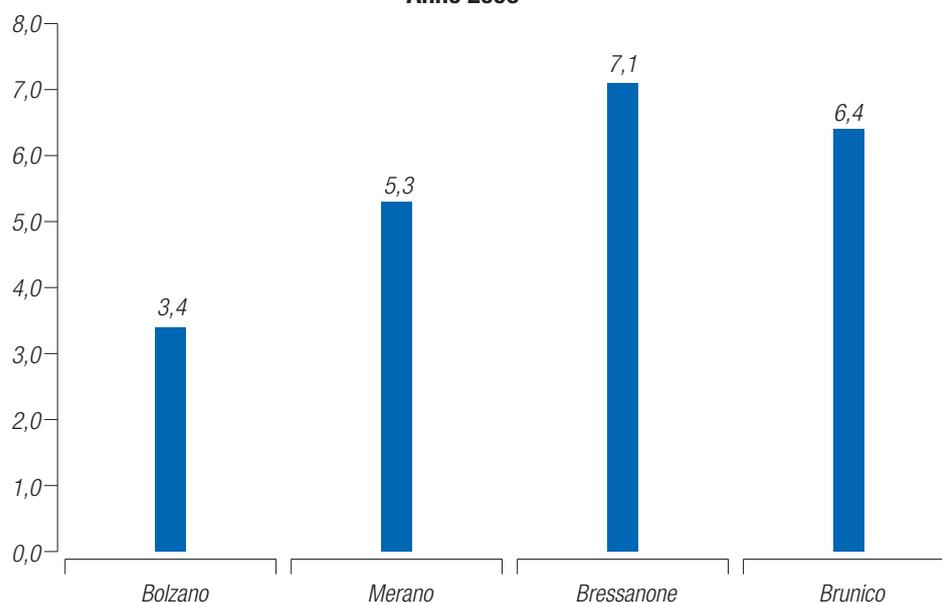
Fonte: aziende sanitarie e ufficio Economia Sanitaria, PAB - Archivio SPA, mobilità, specialistica Austria

Figura 9: Prestazioni erogate dalle strutture austriache a pazienti altoatesini per azienda sanitaria di assistenza – Anni 1996-2006



Fonte: aziende sanitarie e ufficio Economia Sanitaria, PAB - Archivio SPA, mobilità, specialistica Austria

Figura 10: Numero pazienti ogni 1.000 abitanti che si sono rivolti alle strutture austriache – Anno 2006



Fonte: aziende sanitarie e ufficio Economia Sanitaria, PAB - Archivio SPA, mobilità, specialistica Austria

Dalla Tabella 48 si nota che il 96,8% delle 50.120 prestazioni totali erogate in Austria a pazienti residenti in Alto Adige sono state erogate dalla Clinica universitaria di Innsbruck. Complessivamente 2.375 altoatesini hanno usufruito di prestazioni specialistiche nelle strutture austriache e considerando la provenienza si nota che sono stati prevalentemente i residenti dell'Azienda Sanitaria di Bressanone (7,1 pazienti ogni 1000 residenti) che si sono rivolti a strutture austriache seguiti dai residenti dell'Azienda Sanitaria di Brunico (6,4 pazienti ogni 1000 residenti).

Tabella 49: Importo (in Euro) delle prestazioni erogate da strutture austriache a pazienti altoatesini per azienda sanitaria di assistenza – Anno 2006

Struttura austriaca erogatrice	Azienda sanitaria di assistenza				
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Clinica universitaria di Innsbruck	365.882,71	353.818,54	381.677,50	262.843,34	1.364.222,09
Istituti dell'Università di Innsbruck	12.707,83	14.342,05	-	294,51	27.344,39
Ospedale di Salisburgo	1.101,95	963,72	-	-	2.065,67
Ospedale di Hochzirl	11.998,98	13.376,70	679,96	6.642,96	32.698,60
Ospedale di Vienna	-	1.337,49	-	-	1.337,49
TOTALE	391.691,47	383.838,50	382.357,46	269.780,81	1.427.668,24

Fonte: aziende sanitarie e ufficio Economia Sanitaria, PAB - Archivio SPA, mobilità, specialistica Austria

2.4.2.3. Mobilità specialistica complessiva

Nelle analisi successive le prestazioni erogate nel 2006 ed i relativi importi sono stati suddivisi per residenza del paziente. In particolare nella Tabella 53, che riepiloga gli indici percentuali della mobilità, si nota in generale una mobilità attiva molto alta per le aziende sanitarie di Bressanone e Brunico. Il rapporto tra le prestazioni prodotte e le prestazioni consumate mostra infatti come queste due aziende producono più prestazioni di quelle che consumano.

**PRESTAZIONI
COMPLESSIVE EROGATE E
CONSUMATE**

Tabella 50: **Prestazioni di specialistica ambulatoriale per azienda sanitaria erogatrice e provenienza del paziente – Anno 2006**

Azienda sanitaria erogatrice	Provenienza del paziente							
	Bolzano	Merano	Bres-sanone	Brunico	Prestaz. residenti	Estero	Resto d'Italia	Totale prestaz.
Bolzano	2.993.123	158.150	34.987	28.408	3.214.668	30.429	126.348	3.371.445
Merano	56.053	1.570.699	2.501	1.903	1.631.156	28.020	16.163	1.675.339
Bressanone	130.167	12.645	751.319	23.344	917.475	20.180	39.932	977.587
Brunico	10.234	2.610	22.474	868.011	903.329	24.084	87.086	1.014.499
PRESTAZ. EROGATE IN PROVINCIA	3.189.577	1.744.104	811.281	921.666	6.666.628	102.713	269.529	7.038.870
Resto d'Italia	66.754	18.435	7.357	9.200	101.746			
Austria	14.617	13.181	12.875	9.447	50.120			
TOTALE PRESTAZ. PER RESIDENTI	3.270.948	1.775.720	831.513	940.313	6.818.494			

Fonte: aziende sanitarie e ufficio Economia Sanitaria, PAB - Archivio SPA, mobilità, specialistica Austria

Tabella 51: **Indici percentuali di mobilità passiva delle prestazioni erogate per azienda sanitaria erogatrice e provenienza del paziente – Anno 2006**

**INDICI PERCENTUALI
MOBILITÀ PASSIVA**

Azienda sanitaria erogatrice	Provenienza del paziente				
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Prestaz. residenti
Bolzano	91,5	8,9	4,2	3,0	47,1
Merano	1,7	88,5	0,3	0,2	23,9
Bressanone	4,0	0,7	90,4	2,5	13,5
Brunico	0,3	0,1	2,7	92,3	13,2
PRESTAZ. EROGATE IN PROVINCIA	97,5	98,2	97,6	98,0	97,8
Resto d'Italia	2,0	1,0	0,9	1,0	1,5
Austria	0,4	0,7	1,5	1,0	0,7
TOTALE PRESTAZ. PER RESIDENTI	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: aziende sanitarie e ufficio Economia Sanitaria, PAB - Archivio SPA, mobilità, specialistica Austria

**INDICI PERCENTUALI
MOBILITÀ ATTIVA**

Tabella 52: **Indici percentuali di mobilità attiva delle prestazioni erogate dalle strutture provinciali per azienda sanitaria erogatrice e provenienza del paziente – Anno 2006**

Azienda sanitaria erogatrice	Provenienza del paziente							
	Bolzano	Merano	Bres-sanone	Brunico	Prestaz. residenti	Estero	Resto d'Italia	Totale prestaz.
Bolzano	88,8	4,7	1,0	0,8	95,3	0,9	3,7	100,0
Merano	3,3	93,8	0,1	0,1	97,4	1,7	1,0	100,0
Bressanone	13,3	1,3	76,9	2,4	93,9	2,1	4,1	100,0
Brunico	1,0	0,3	2,2	85,6	89,0	2,4	8,6	100,0
TOTALE	45,3	24,8	11,5	13,1	94,7	1,5	3,8	100,0

Fonte: aziende sanitarie e ufficio Economia Sanitaria, PAB - Archivio SPA, mobilità, specialistica Austria

Tabella 53: **Riepilogo indici percentuali di mobilità e rapporto percentuale tra produzione e consumi di prestazioni per azienda sanitaria – Anno 2006**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico
Mobilità attiva (su produzione)				
da altre aziende sanitarie	6,6	3,6	17,0	3,5
da fuori provincia	4,7	2,6	6,1	11,0
TOTALE PRESTAZIONI EROGATE	11,2	6,2	23,1	14,4
Mobilità passiva (su consumo di prestazioni di residenti)				
verso altre aziende sanitarie	6,0	9,8	7,2	5,7
verso resto d'Italia	2,0	1,0	0,9	1,0
verso Austria	0,4	0,7	1,5	1,0
TOTALE PRESTAZIONI CONSUMATE	8,5	11,5	9,6	7,7
PRESTAZIONI EROGATE SU PRESTAZIONI CONSUMATE (X 100)	103,1	94,3	117,6	107,9

Fonte: aziende sanitarie e ufficio Economia Sanitaria, PAB - Archivio SPA, mobilità, specialistica Austria

2.4.3. Il consumo di prestazioni specialistiche da parte dei residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano

Il ricorso all'assistenza specialistica da parte dei residenti della Provincia Autonoma di Bolzano è misurato dal rapporto fra le prestazioni richieste dai residenti, ovunque erogate, e la popolazione residente. Questo fenomeno assume particolare significato per il Servizio Sanitario Provinciale, in quanto a questo (e non alla produzione di prestazioni) è commisurato il consumo di risorse a carico della Provincia.

Tabella 54: **Consumo di prestazioni da parte di residenti in Provincia di Bolzano per area di erogazione e azienda sanitaria di provenienza – Anno 2006**

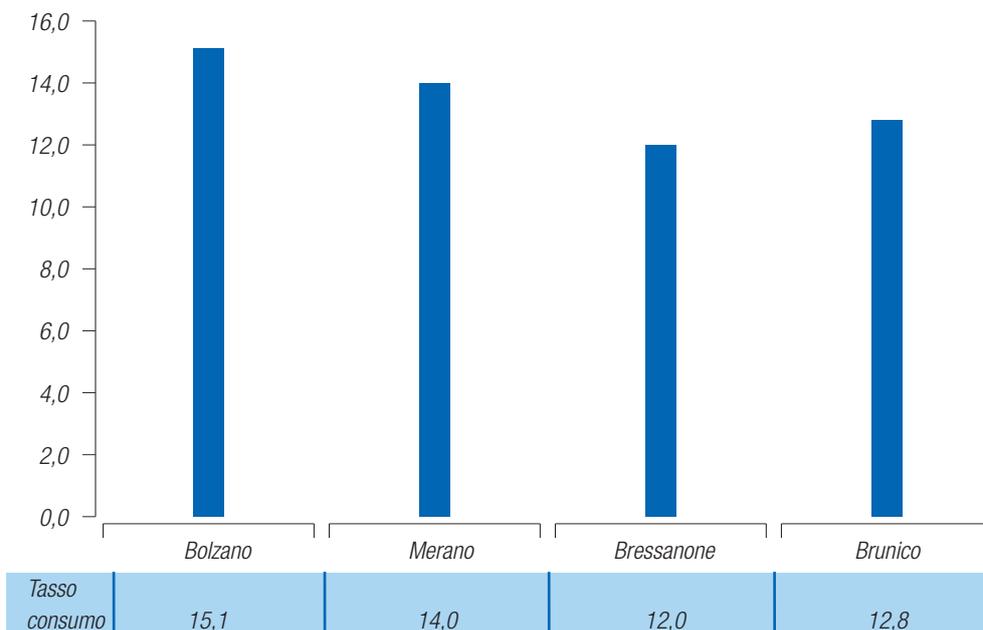
Provenienza del paziente	Area di erogazione			Totale
	Provincia	Resto d'Italia	Austria	
Bolzano	3.189.577	66.754	14.617	3.270.948
Merano	1.744.104	18.435	13.181	1.775.720
Bressanone	811.281	7.357	12.875	831.513
Brunico	921.666	9.200	9.447	940.313
TOTALE	6.666.628	101.746	50.120	6.818.494
% TOTALE	97,8	1,5	0,7	100,0

Fonte: aziende sanitarie e ufficio Economia Sanitaria, PAB - Archivio SPA, mobilità, specialistica Austria

Delle 6.818.494 prestazioni richieste da parte di residenti in Provincia di Bolzano, il 97,8% è stato erogato in Provincia.

Il tasso di consumo di prestazioni specialistiche è di 14,0 prestazioni per ogni residente in provincia; il tasso più elevato è stato registrato per l'Azienda Sanitaria di Bolzano (15,1), mentre quello più basso è stato osservato per l'Azienda Sanitaria Bressanone (12,0).

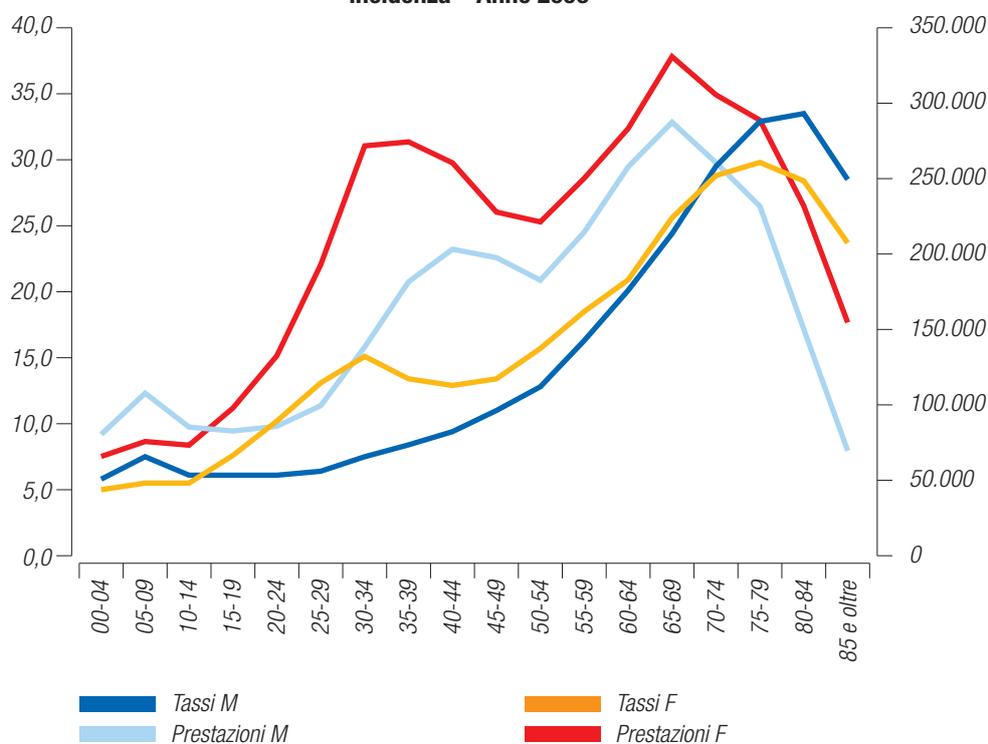
Figura 11: Tasso consumo di prestazioni dei residenti della Provincia di Bolzano – Anno 2006



Fonte: aziende sanitarie e ufficio Economia Sanitaria, PAB - Archivio SPA, mobilità, specialistica Austria

Il consumo di prestazioni di specialistica ambulatoriale per classi di età e sesso è illustrato nella Figura 12. La rappresentazione grafica dei tassi specifici di consumo di risorse mostra un andamento che ricalca quello della distribuzione complessiva, tranne per le classi estreme dove avviene un'inversione di tendenza fra i sessi, infatti dopo i 70 anni si registra un consumo pro-capite maggiore per gli uomini rispetto alle donne. Inoltre si evidenzia che il 56,1% della domanda complessiva di prestazioni è da imputare alle donne; il loro consumo di prestazioni è molto alto nella fascia di età fra i 30 e 40 anni. Per quanto riguarda le classi di età si nota come il 40% agli assistiti ha un'età compresa fra i 55 e i 79 anni.

Figura 12: **Distribuzione del numero di prestazioni ovunque richieste da parte dei residenti in Provincia di Bolzano e tassi di consumo per sesso e classi di età, incidenza – Anno 2006**



Fonte: aziende sanitarie e ufficio Economia Sanitaria, PAB - Archivio SPA, mobilità, specialistica Austria

2.5. ASSISTENZA RIABILITATIVA RESIDENZIALE

L'assistenza riabilitativa residenziale nella Provincia Autonoma di Bolzano viene erogata attualmente da centri provvisoriamente accreditati. Tali strutture garantiscono, ai sensi dell'art. 26, l. 833/78, attraverso convenzioni con le aziende sanitarie provinciali, l'erogazione di prestazioni riabilitative in regime di ricovero, sia in fase postacuta che in fase cronica di malattia. La riabilitazione è rivolta a utenti che hanno conservato una sufficiente autonomia, delegando ad altre forme di assistenza i pazienti non autosufficienti o con incapacità generica di partecipare al programma riabilitativo.

I centri di riabilitazione ex art. 26 sono rivolti ad utenti affetti da patologie cardiologiche, respiratorie, oncologiche, del sistema osteomuscolare e del sistema nervoso.

A queste strutture i pazienti possono accedere mediante apposita impegnativa, rilasciata dalla azienda sanitaria di iscrizione dell'assistito, su documentata richiesta di un medico ospedaliero del servizio sanitario. Nell'impegnativa viene indicata la diagnosi ed il periodo autorizzato per la degenza. Il centro erogatore, accertata la regolarità dell'impegnativa, accoglie il soggetto in trattamento residenziale ed invia alla azienda sanitaria di provenienza un piano dettagliato e personalizzato dell'intervento riabilitativo, nel quale vengono specificate le particolari tipologie di prestazioni e la durata del ricovero.

2.5.1. Organizzazione assistenziale

In Provincia di Bolzano nel 2006 risultano attivi due centri di riabilitazione fisica residenziali extraospedalieri: il "Salus Center" ed il "Tule Wieserhof". A partire dal 1° novembre 2006 è cessata l'attività in convenzione della struttura "Tule-Wieserhof", la cui attività è

SALUS CENTER

stata assorbita dal “Salus Center”.

“Salus Center” è un centro di riabilitazione per pazienti oncologici, o con affezioni da patologie osteomuscolari, neurologiche o pneumologiche. I posti letto complessivi convenzionati per questa tipologia di assistenza riabilitativa ammontano nel 2006 a 74 unità.

A partire dal 1. novembre 2006 sono attivati presso “Salus Center” anche 36 posti letto per la riabilitazione cardiologia (32 in regime ordinario e 4 per la degenza in regime diurno). Il percorso riabilitativo dell’utente osteomuscolare, neurologico, pneumologico ed oncologico si articola in una valutazione iniziale, recepimento della terapia farmacologica, individuazione ed esecuzione del programma riabilitativo personalizzato, monitoraggio dell’utente, valutazione finale dei risultati conseguiti e relazione conclusiva.

Sedute di fisiokinesiterapia individuale e di gruppo, massoterapia, linfodrenaggio manuale e strumentale, training aerobico, idrokinesiterapia, terapia fisica, supporto psicologico individuale e di gruppo, agopuntura, rilassamento di gruppo, dietoterapia ed altro costituiscono le tappe del ciclo riabilitativo.

TULE-WIESERHOF

Il “Tule-Wieserhof” è un centro di riabilitazione per pazienti affetti da patologie cardiologiche. I posti letto complessivi convenzionati ammontano fino ad ottobre 2006 a 59 unità, di cui 2 per l’attività riabilitativa da svolgere in regime di Day-Hospital.

L’attività riabilitativa consiste in:

- valutazione specialistica cardiologica all’ingresso del paziente;
- test da sforzo massimale al cicloergometro con valutazione della prestazione massima, della eventuale ischemia inducibile, delle stabilità del ritmo e del comportamento della pressione e della frequenza da sforzo;
- definizione di un programma riabilitativo individualizzato;
- esecuzione di attività fisica in piccoli gruppi omogenei per prestazione;
- interventi di educazione sanitaria;
- supporto psicologico sia di gruppo, sia individuale su problemi specifici;
- colloquio finale con definizione del tipo di attività fisica consigliabile e idoneità al lavoro (alla dimissione).

PERSONALE

Il personale dipendente, in servizio nei centri residenziali di riabilitazione provinciali, è composto da operatori appartenenti a diverse figure professionali: medici, psicologi, infermieri professionali e fisioterapisti della riabilitazione. “Salus Center” ha la possibilità di avvalersi della consulenza oncologica e reumatologica dei sanitari del reparto di Oncologia e del reparto di Medicina II dell’ospedale di Bolzano, della consulenza chirurgica dei sanitari del reparto di Chirurgia dell’ospedale di Merano.

Tutte le prestazioni medico-riabilitative rivolte ai pazienti pneumologici sono di competenza dei sanitari del servizio intercomprensoriale Pneumologico di Bolzano, mentre le prestazioni medico-riabilitative rivolte agli ospiti del Centro per cardiopatici Tule-Wieserhof e successivamente del Salus-Center, sono di competenza dei sanitari della divisione di Cardiologia dell’ospedale di Bolzano.

L’équipe medica del reparto di Cardiologia dell’ospedale di Bolzano è chiamata anche, in caso di bisogno, a disporre l’eventuale trasferimento dell’ospite in ambiente ospedaliero o a richiedere l’intervento o la consulenza di altro specialista non cardiologo.

2.5.2. Attività assistenziale

Nel 2006 vengono registrati complessivamente 2.433 ricoveri presso le strutture Salus Center e Tule-Wieserhof. Il Salus Center eroga ricoveri per pazienti esclusivamente residenti

nella nostra provincia, mentre il Tule-Wieserhof ha ospitato anche pazienti provenienti da altre regioni italiane. Complessivamente il 98,5% degli assistiti è residente nella nostra provincia.

I ricoveri effettuati nel 2006 presso la struttura Salus Center sono 1.813; ciò corrisponde al 74,5% dell'attività riabilitativa residenziale complessiva effettuata presso strutture extraospedaliere della provincia.

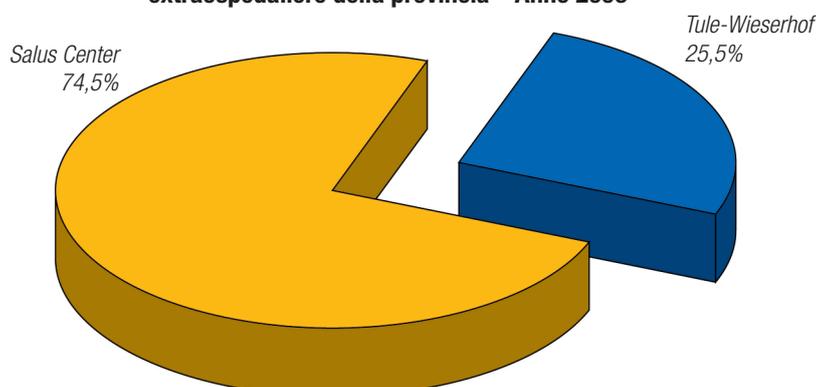
La valorizzazione in termini monetari, mediante l'applicazione del tariffario all'attività erogata, corrisponde a 4.538.210,27 Euro, di cui 3.356.329,27 Euro prodotti dall'attività del Salus Center e i restanti 1.181.881,00 Euro dal Tule-Wieserhof.

Tabella 55: **Ricoveri presso strutture extra ospedaliere della PAB per regione di residenza – Anno 2006**

Regione residenza	Tule	Salus Center	Totale
P.A. di Bolzano	583	1.813	2.396
P.A. di Trento	8	-	8
Veneto	17	-	17
Emilia Romagna	4	-	4
Marche	1	-	1
Lazio	2	-	2
Abruzzo	1	-	1
Campania	1	-	1
Calabria	3	-	3
TOTALE	620	1.813	2.433

Fonte: SDERIA – Strutture riabilitative extraospedaliere Salus Center & Tule-Wieserhof

Figura 13: **Distribuzione percentuale dei ricoveri effettuati presso le strutture riabilitative extraospedaliere della provincia – Anno 2006**



Fonte: SDERIA - Strutture riabilitative extraospedaliere Salus Center & Tule-Wieserhof

2.5.2.1. Tule-Wieserhof – Attività assistenziale

Il numero totale di ricoveri effettuati presso la struttura Tule-Wieserhof ammonta a 620 unità. Il 94,0% dei ricoveri è avvenuto per pazienti residenti nella nostra provincia.

Nel 2006 i ricoveri per pazienti residenti nella struttura Tule-Wieserhof ammonta a 583 unità, corrispondenti ad un valore di 1.121.380 Euro. Il 95,2% di questi ricoveri è stato effettuato in regime ordinario. Il 68,8% dei ricoveri complessivi di pazienti altoatesini è stato effettuato per residenti nel territorio dell'AS di Bolzano; il 17,3% dei pazienti era residente presso l'AS di Merano, seguono con l'8,7% i ricoveri per residenti a Brunico e il 5,1% per quelli dell'AS di Bressanone.

Tabella 56: Ricoveri presso Tule-Wieserhof di pazienti residenti in provincia, per residenza del paziente e regime di ricovero – Anno 2006

AS di residenza	N. ricoveri ordinari	N. ricoveri DH	N. ricoveri totale	Valore tariffario in Euro
AS di Bolzano	375	26	401	732.238,00
AS di Merano	101	-	101	209.716,00
AS di Bressanone	30	-	30	74.556,00
AS di Brunico	49	2	51	104.870,00
TOTALE	555	28	583	1.121.380,00

Fonte: SDERIA – Strutture riabilitative extraospedaliere Salus Center & Tule-Wieserhof

Nel 55,4% dei casi dei ricoveri di pazienti residenti, il motivo principale del ricovero risulta essere il trattamento riabilitativo dopo l'“infarto miocardico acuto”. Seguono poi trattamenti riabilitativi successivi a “Stato postchirurgico di bypass aortocoronarico” (codice ICD9CM corrispondente a V4581) con il 21,4% dei casi, trattamenti dovuti a interventi di “Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi” (codice V433 – 13,6%), trattamenti per “Presenza di angioplastica coronarica percutanea transluminale” (codice V4582 – 9,1%), riabilitazione per pazienti con “Cuore sostituito da trapianto” (codice V421 – 0,3%) ed un paziente con “Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica” (codice 4148 – 0,2%).

Tabella 57: Numero ricoveri di pazienti residenti in provincia effettuati presso Tule-Wieserhof, per diagnosi principale di dimissione e regime di ricovero – Anno 2006

Codice ICD9CM	Diagnosi di dimissione	ordinari	DH	Totale	degenza media
412	Infarto miocardico pregresso	309	14	323	17,9
V4581	Stato postchirurgico di bypass aortocoronarico	115	10	125	18,6
V433	Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi	76	3	79	20,8
V4582	Presenza di angioplastica coronarica percutanea transluminale	52	1	53	15,7
V421	Cuore sostituito da trapianto	2	-	2	12,5
4148	Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica	1	-	1	14,0
	TOTALE	555	28	583	18,2

Fonte: SDERIA – Strutture riabilitative extraospedaliere Salus Center & Tule-Wieserhof

RICOVERI ORDINARI DEI PAZIENTI RESIDENTI

La durata media del trattamento in regime ordinario (degenza media) per i pazienti altoatesini corrisponde a 18,2 giornate. Dai dati si evince che vi sono differenze nella durata media della degenza, corrispondenti alle diverse provenienze degli assistiti e influenzate anche dalle diverse diagnosi per le quali è stato previsto il ricovero.

Tabella 58: **Degenza media dei ricoveri ordinari di pazienti non residenti presso il Centro Tule-Wieserhof, per regione di residenza e diagnosi di dimissione principale – Anno 2006**

Regione residenza	Diagnosi di dimissione	Numero ricoveri	Degenza media
P.A. di Trento	Infarto miocardico pregresso	3	16,3
	Stato postchirurgico di bypass aortocoronarico	5	12,2
	TOTALE	8	13,7
Veneto	Infarto miocardico pregresso	8	10,6
	Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi	2	20,5
	Stato postchirurgico di bypass aortocoronarico	5	16,8
	Presenza di angioplastica coronarica percutanea transluminale	1	17,0
	Altri problemi cardiorespiratori	1	15,0
	TOTALE	17	14,2
Emilia Romagna	Infarto miocardico pregresso	3	17,0
	Stato postchirurgico di bypass aortocoronarico	1	15,0
	TOTALE	4	16,5
Lazio	Infarto miocardico pregresso	1	32,0
	Stato postchirurgico di bypass aortocoronarico	1	14,0
	TOTALE	2	23,0
Abruzzo (Totale)	Infarto miocardico pregresso	1	21,0
Campania (Totale)	Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi	1	5,0
Calabria	Infarto miocardico pregresso	2	22,5
	Stato postchirurgico di bypass aortocoronarico	1	14,0
	TOTALE	3	19,7
TOTALE NON RESIDENTI		36	15,2

Fonte: SDERIA – Strutture riabilitative extraospedaliere Salus Center & Tule-Wieserhof

Rispetto alla media dei ricoveri complessivi, la degenza media dei ricoveri effettuati per pazienti residenti nell'AS di Bolzano risulta inferiore e corrispondente a 17,4 giornate. Emergono i ricoveri relativamente brevi per gli assistiti con problemi di “Presenza di angioplastica coronarica percutanea transluminale”, “Cuore sostituito da trapianto” e “Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica”.

Per i casi in trattamento a causa di “Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi” e “Presenza di angioplastica coronarica percutanea transluminale” si registrano degenze con durata media notevolmente più elevate per i pazienti residenti presso l'AS di Merano rispetto ai pazienti residenti a Bolzano. La degenza media complessiva dei pazienti residenti a Merano risulta più alta rispetto alla media complessiva (19,0 giornate in rapporto alle 18,2 della media provinciale).

I pazienti residenti nell'AS di Bressanone sono 30; per i quali la degenza media dei ricoveri risulta nettamente superiore a quella della media provinciale.

Brunico registra invece 49 ricoveri, con una degenza media più vicina a quella provinciale. In particolare si evince che i pazienti trattati in riabilitazione a seguito di infarto miocardico acuto (la maggioranza dei casi – 65,3% dei pazienti di Brunico), hanno una degenza media simile o inferiore alla media dei pazienti residenti a Bolzano.

I ricoveri per pazienti non residenti nella nostra provincia nel 2006 sono 37 (di cui 36 in regime ordinario – come da Tabella 58), per un valore tariffario corrispettivo di 60.501 Euro. Spiccano 17 ricoveri effettuati per pazienti residenti in Veneto, per cui si è registrata una degenza media di 14,2 giornate.

Complessivamente la degenza media dei ricoveri in regime ordinario per pazienti non residenti ammonta a 15,2 giornate, con una punta massima registrata per il trattamento di

**PAZIENTI NON RESIDENTI
IN PAB**

un paziente proveniente dal Lazio.

2.5.2.2. Salus Center – Attività assistenziale

Il numero totale di ricoveri effettuati presso la struttura Salus Center ammonta nel 2006 a 1.813 unità, tutti per pazienti residenti nella nostra provincia. Il 79,0% di questi ricoveri sono effettuati per attività riabilitativa di carattere osteomuscolare. Del totale ricoveri effettuati, 27 (1,5%) sono in regime di Day-Hospital.

Tabella 59: **Numero ricoveri per regime di ricovero e specialità riabilitativa effettuati presso il Salus Center – Anno 2006**

Reparto / tipo di riabilitazione	N. ricoveri ordinari	N. ricoveri DH	N. ricoveri totale	Valore tariffario in Euro
Riabilitazione osteomuscolare	1.413	20	1.433	2.528.705,89
Riabilitazione respiratoria	133	-	133	334.399,01
Riabilitazione oncologica	130	1	131	252.785,88
Riabilitazione cardiologica	62	3	65	137.974,00
Riabilitazione neurologica	48	3	51	102.464,49
TOTALE	1.786	27	1.813	3.356.329,27

Fonte: SDERIA – Strutture riabilitative extraospedaliere Salus Center & Tule-Wieserhof

Tabella 60: **Ricoveri presso Salus Center per residenza del paziente e regime di ricovero – Anno 2006**

AS di residenza	N. ricoveri ordinari	N. ricoveri DH	N. ricoveri totale	Valore tariffario in Euro
AS di Bolzano	763	9	772	1.524.957,34
AS di Merano	969	17	986	1.731.062,04
AS di Bressanone	15	-	15	34.024,75
AS di Brunico	39	1	40	66.285,14
TOTALE	1.786	27	1.813	3.356.329,27

Fonte: SDERIA – Strutture riabilitative extraospedaliere Salus Center & Tule-Wieserhof

Il 54,4% del totale ricoveri effettuati al Salus Center è per pazienti residenti presso l'Azienda Sanitaria di Merano, seguita con il 42,6% per residenti nell'AS di Bolzano. Segue poi l'AS di Brunico con 40 ricoveri di propri residenti (2,2%), mentre l'AS di Bressanone registra solamente 15 ricoveri di propri residenti (0,8%).

Tabella 61: **Numero ricoveri presso Salus Center per tipologia di riabilitazione e residenza del paziente – Anno 2006**

Reparto / tipo di riabilitazione	AS di Bolzano	AS di Merano	AS di Bressanone	AS di Brunico	Totale
Riabilitazione osteomuscolare	588	824	5	16	1.433
Riabilitazione respiratoria	65	64	3	1	133
Riabilitazione oncologica	52	61	1	17	131
Riabilitazione cardiologica	44	10	5	6	65
Riabilitazione neurologica	23	27	1	-	51
TOTALE	772	986	15	40	1.813

Fonte: SDERIA – Strutture riabilitative extraospedaliere Salus Center & Tule-Wieserhof

I pazienti residenti a Bolzano sono coloro che usufruiscono più di tutti delle prestazioni riabilitative respiratorie e cardiologiche. I pazienti residenti nel territorio di competenza dell'AS di Merano risultano invece prevalenti nell'ambito della riabilitazione osteomuscolare,

oncologica e neurologica. I pazienti di Brunico usufruiscono soprattutto della riabilitazione osteomuscolare e di quella oncologica.

Nel 25,3% dei ricoveri complessivi nel Salus Center, il motivo principale del trattamento riabilitativo risulta essere “Artrosi generalizzata, sedi multiple”, seguita da “Cervicalgia” (7,8% dei casi) e da “Artrosi localizzata primaria, anca” (7,3%). Dodici tipologie di diagnosi descrivono più del 70% della casistica trattata nella struttura Salus Center.

Naturalmente le diverse diagnosi di dimissione sono presenti con frequenze diverse a seconda del reparto in cui vengono trattati i singoli pazienti.

Così, per i pazienti trattati presso il reparto di riabilitazione osteomuscolare, la diagnosi con la frequenza maggiore di casi è quella di “Artrosi generalizzata, sedi multiple (codice ICD9CM uguale a 71509)” con 448 ricoveri, che corrispondono al 31,7% del totale ricoveri per riabilitazione osteomuscolare; per i pazienti trattati con riabilitazione respiratoria la diagnosi più frequente è la “Bronchite cronica ostruttiva, senza menzione di esacerbazione acuta (cod. 49120)” con 61 ricoveri (45,9% del totale ricoveri per la specialità riabilitativa); per quelli in riabilitazione oncologica è il “Carcinoma in situ della mammella (cod. 2330)” con 48 ricoveri (36,9%); nel caso di riabilitazione cardiologia l’infarto miocardico pregresso (cod. 412) con 37 casi (59,7%) – e nella riabilitazione neurologica i casi di pazienti affetti da “Artrosi generalizzata, sedi multiple (cod. 71509)” e “Sclerosi multipla (cod. 340)”, rispettivamente con 6 e 5 ricoveri (12,5% e 10,4%).

Tabella 62: **Numero ricoveri effettuati presso Salus Center, per diagnosi principale di dimissione e regime di ricovero – Anno 2006**

Codice ICD XI CM	Descrizione diagnosi	ORD	DH	Totale	%
71509	Artrosi generalizzata, sedi multiple	454	4	458	25,3%
7231	Cervicalgia	137	4	141	7,8%
71515	Artrosi localizzata primaria, anca	131	1	132	7,3%
7242	Lombalgia	125	4	129	7,1%
71516	Artrosi localizzata primaria, ginocchio	81	-	81	4,5%
73300	Osteoporosi non specificata	69	-	69	3,8%
71500	Artrosi generalizzata, sedi non specificate	66	-	66	3,6%
49120	Bronchite cronica ostruttiva, senza menzione di esacerbazione acuta	61	-	61	3,4%
2330	Carcinomi in situ della mammella	51	1	52	2,9%
412	Infarto miocardico pregresso	37	2	39	2,2%
7233	Sindrome cervicobrachiale (diffusa)	31	1	32	1,8%
72210	Ernia del disco intervertebrale lombare senza mielopatia	25	2	27	1,5%
	Altre diagnosi principali di dimissione	518	8	526	29,0%
	TOTALE	1.786	27	1.813	

Fonte: SDERIA – Strutture riabilitative extraospedaliere Salus Center & Tule-Wieserhof

La durata media del trattamento in regime ordinario (degenza media) per i pazienti trattati e ricoverati presso il Salus Center corrisponde a 15,1 giornate. Dai dati si evince che vi sono differenze nella durata media della degenza, influenzate dalla tipologia di assistenza erogata e anche dalla diversa provenienza dei pazienti.

**DIAGNOSI ALLA
DIMISSIONE DEI PAZIENTI**

Tabella 63: **Degenza media dei ricoveri ordinari presso Salus Center per tipologia di riabilitazione e residenza del paziente – Anno 2006**

Reparto / tipo di riabilitazione	AS di Bolzano	AS di Merano	AS di Bressanone	AS di Brunico	Totale
Riabilitazione osteomuscolare	15,2	13,6	14,0	12,4	14,3
Riabilitazione respiratoria	19,9	20,1	25,7	14,0	20,1
Riabilitazione oncologica	17,5	14,7	14,0	12,4	15,5
Riabilitazione cardiologica	20,1	19,8	22,2	22,5	20,4
Riabilitazione neurologica	17,4	16,8	14,0	-	17,0
TOTALE	16,1	14,3	19,1	14,0	15,1

Fonte: SDERIA – Strutture riabilitative extraospedaliere Salus Center & Tule-Wieserhof

La diagnosi che complessivamente registra la degenza media più elevata è quella per ricoveri per “Insufficienza respiratoria cronica (cod. 51833)”, con una degenza media dei ricoveri pari a 35,0 giornate.

Per i residenti dell’AS di Bolzano, la diagnosi con la degenza media più elevata – pari a 28,0 giornate – risulta essere la “Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi (cod. V433)”, seguita da “Stato postchirurgico di bypass aortocoronarico (cod. V4581)” con 21,3 giornate di ricovero in media. Entrambe le tipologie di riabilitazione sono parte dell’attività di riabilitazione cardiologica. Per quanto riguarda le altre attività riabilitative (osteomuscolare, oncologica, neurologica e respiratoria), le degenze medie più elevate per i pazienti bolzanini si attestano in tutti i casi a 21,0 giornate (ovvero cicli riabilitativi con degenza di tre settimane). Per i residenti a Merano, la degenza media più elevata viene registrata per ricoveri in riabilitazione respiratoria per “Asma intrinseca senza menzione di stato asmatico o riacutizzazione o stato non specificato (cod. 49310)”, con 23,3 giornate. Seguono i ricoveri per “Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi (cod. V433)” con 22,0 giornate. I ricoveri con le degenze medie più elevate presso le restanti specialità riabilitative sono registrati per diverse tipologie di diagnosi, con le medie pari a 21,0 giornate di degenza.

Per i residenti di Bressanone la degenza media più elevata è quella per ricoveri per riabilitazione respiratoria, per “Insufficienza respiratoria cronica (cod. 51833)”, con una degenza media dei ricoveri pari a 35,0 giorni, seguita da quella per “Infarto miocardico pregresso (cod. 412)”, con 27 giornate di degenza per la riabilitazione cardiologica.

L’“Infarto miocardico pregresso (cod. 412)” è invece la diagnosi che per i pazienti residenti nell’AS di Brunico comporta la degenza media più elevata (23,8 giornate nella riabilitazione cardiologica), seguita dallo “Stato postchirurgico di bypass aortocoronarico (cod. V4581)”, con 20,0 giornate.

Le tabelle con i dati analitici relativamente ai ricoveri classificati per reparto / tipologia di riabilitazione, azienda sanitaria di residenza e/o diagnosi di trattamento di dimissione, sono disponibili nelle tabelle aggiuntive pubblicate sul CD-Rom allegato alla presente edizione della Relazione Sanitaria.

2.6. ATTIVITÀ DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Nel 2006 sono stati effettuati 55.990 interventi di Emergenza Sanitaria, pari ad una media giornaliera di circa 153 interventi, e 92.176 trasporti sanitari programmati, pari ad una media di circa 253 interventi di trasporto al giorno.

2.6.1. Sistema di Allarme Sanitario

Il Sistema di Allarme Sanitario fa parte integrante del sistema dell'Emergenza Sanitaria, previsto dal Piano Sanitario Provinciale 2000-2002 e finalizzato alla gestione interdisciplinare coordinata delle urgenze sanitarie su tutto il territorio provinciale. Il Sistema di Allarme Sanitario è assicurato dalla Centrale Operativa 118 (istituita nel 1991 ed attiva dal 1993) a cui affluiscono tutte le richieste di intervento per emergenza sanitaria. La Centrale Operativa 118, che dal 1998 viene gestita dall'Azienda Sanitaria 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.

Le funzioni fondamentali della Centrale Operativa comprendono:

- ricezione delle richieste di soccorso;
- valutazione del grado di criticità dell'intervento da attivare;
- attivazione e coordinamento dell'intervento di emergenza.

Si occupa, inoltre, di coordinare i trasferimenti urgenti dei pazienti da ospedale ad ospedale; effettua trasporti di materiale sanitario (plasma, prove di laboratorio, ecc.) e il trasporto d'organi e di medicinali.

Per svolgere tali funzioni la Centrale Operativa si avvale di personale infermieristico con esperienza nell'area critica, di operatori adeguatamente formati messi a disposizione dalle organizzazioni di soccorso, nonché di competenze mediche di appoggio.

Il responsabile della Centrale Operativa 118 è un medico dirigente di secondo livello, primario del Servizio interaziendale di Urgenza ed Emergenza Medica (SUEM). La responsabilità operativa relativa alle funzioni di ricezione, registrazione, selezione delle chiamate e determinazione dell'apparente grado di criticità dell'evento è affidata invece al personale infermieristico della Centrale Operativa, nell'ambito di protocolli concordati con il medico responsabile della Centrale stessa.

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).

**FUNZIONI DELLA
CENTRALE OPERATIVA
118**

**PERSONALE DELLA
CENTRALE OPERATIVA
118**

RISORSE TECNOLOGICHE

2.6.2. Servizio Medico Territoriale di Soccorso

Il servizio Medico Territoriale di Soccorso, istituito con delibera della Giunta Provinciale nel 1991, è una delle componenti del sistema provinciale di Emergenza Sanitaria. Tale servizio assicura l'intervento tempestivo del medico d'urgenza in tutto il territorio della Provincia di Bolzano.

PRESTAZIONI DEL MEDICO ADDETTO ALL'EMERGENZA TERRITORIALE

In particolare, a seconda del grado di criticità dell'evento, i medici addetti all'emergenza territoriale forniscono prestazioni di pronto soccorso di base, soccorso vitale avanzato (anche traumatologico e pediatrico), con l'obiettivo di stabilizzare le condizioni cliniche del paziente, rendendolo in tal modo trasportabile con il mezzo di soccorso. I medici addetti all'emergenza territoriale operano, inoltre, la scelta dell'ospedale di destinazione e si occupano della consegna del paziente ai servizi di pronto soccorso ospedaliero.

ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

L'organizzazione a livello provinciale del servizio Medico Territoriale di Soccorso prevede, nell'ambito del bacino di utenza di ogni ospedale, l'impiego di medici ospedalieri, la cui attività viene coordinata da un medico responsabile per ciascun ospedale. Al di fuori degli ambiti territoriali degli ospedali pubblici provinciali, l'attività del servizio Medico Territoriale di Soccorso viene espletata anche da alcuni medici di base, collegati via radio con la Centrale Operativa 118, e in possesso di specifici requisiti formativi e di equipaggiamento. Per l'intervento dei medici addetti all'emergenza territoriale possono essere utilizzati, a seconda della situazione e delle condizioni locali, ambulanze, auto mediche ed in orario diurno anche elicotteri di soccorso.

2.6.3. Servizio di Trasporto Sanitario

Il servizio di Trasporto Sanitario è attivo in Provincia di Bolzano in regime di convenzione con le associazioni Croce Bianca e Croce Rossa Italiana, che gestiscono anche un'apposita centrale telefonica che coordina tali trasporti ed assicura ai cittadini le seguenti prestazioni:

PRESTAZIONI EFFETTUATE DAL SERVIZIO

- a. trasporto d'urgenza con assistenza medica;
- b. trasporto d'urgenza senza assistenza medica;
- c. trasporto sanitario non urgente per garantire la continuità delle cure;
- d. trasporto sanitario effettuato con mezzi non attrezzati dal punto di vista sanitario, ad esempio per il trasporto di malati nefrologici e oncologici, rispettivamente in terapia dialitica e radiante;
- e. trasporto di prove di laboratorio, referti, latte materno, plasma sanguigno, ecc., che può essere sia urgente che non urgente.

INDICATORI PER LA DISLOCAZIONE TERRITORIALE

Nel corso del 2001 la Giunta Provinciale ha definito, con apposita deliberazione (n. 4326/2001), sei indicatori per la dislocazione nel territorio della provincia delle postazioni e degli automezzi di soccorso. La descrizione di tali indicatori, con i rispettivi valori limite, viene presentata nel seguente prospetto:

Tabella 64: **Indicatori per la dislocazione territoriale delle postazioni e degli automezzi di soccorso. Deliberazione della Giunta Provinciale n. 4326/2001**

Indicatori	Limiti fissati per gli indicatori – Interventi con medico a bordo	Limiti fissati per gli indicatori – Interventi senza medico a bordo
1. Percentuale di interventi con durata inferiore a 20 minuti. (Durata calcolata dalla partenza dalla postazione all'arrivo al luogo d'intervento. Solo interventi con codice di gravità giallo e rosso)	Limite MINIMO 90%	Limite MINIMO 85%
2. Distanza tra le postazioni degli automezzi di soccorso	Limite MINIMO 25 km Limite MASSIMO 35 km	Limite MINIMO 10 km Limite MASSIMO 30 km
3. Popolazione presente nei bacini d'utenza delle postazioni degli automezzi di soccorso	Limite MINIMO 20.000 abitanti	Limite MINIMO 5.000 abitanti
4. Numero automezzi di soccorso per 100.000 abitanti presenti nei bacini d'utenza delle postazioni	Limite MINIMO 1 automezzo di soccorso avanzato (NAW – NEF) per 100.000 abitanti	Limite MINIMO 3 ambulanze di soccorso di base (RTW) per 100.000 abitanti Limite MASSIMO 20 ambulanze di soccorso di base (RTW) per 100.000 abitanti
5. Numero annuo di interventi per automezzo di soccorso	Limite MASSIMO 2.000 interventi per ciascun automezzo di soccorso avanzato (NAW – NEF)	Limite MINIMO 500 interventi per ciascuna ambulanza di soccorso di base (RTW) Limite MASSIMO 2.000 interventi per ciascuna ambulanza di soccorso di base (RTW)
6. Numero automezzi di soccorso per 100.000 abitanti presenti nei comprensori	Limite MINIMO 1 automezzo di soccorso avanzato (NAW – NEF) per 100.000 abitanti Limite MASSIMO 3 automezzi di soccorso avanzato (NAW – NEF) per 100.000 abitanti	Limite MINIMO 6 ambulanze di soccorso di base (RTW) per 100.000 abitanti Limite MASSIMO 10 ambulanze di soccorso di base (RTW) per di 100.000 abitanti

Sulla base dei valori assunti da questi sei indicatori, è stata definita l'ubicazione delle postazioni degli automezzi di soccorso, nonché la quantificazione del numero di automezzi destinati al trasporto sanitario di emergenza da dislocare nelle varie postazioni.

Nel 2006 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 4 con medico presente).

Tabella 65: **Dotazione di automezzi di trasporto sanitario – Situazione al 31/12/2006.**

	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	8	28	5	107	2	26*
Croce Rossa	8	9	-	8	2	5
TOTALE	16	37	5	115	4	31

* Sono compresi 7 BTW (automezzi per il trasporto di disabili/plasma sanguigno/organi)

Fonte: Croce Bianca e Croce Rossa

**AUTOMEZZI DEL SERVIZIO
DI TRASPORTO
SANITARIO**

**SERVIZIO DI
ELISOCORSO**

Nel 2006 la dotazione complessiva di automezzi di soccorso presso le postazioni attive in Provincia di Bolzano ha subito alcune variazioni rispetto al 2005.

Per il trasporto sanitario di persone o materiali sono stati utilizzati dalle organizzazioni di soccorso Croce Bianca e Croce Rossa 16 automezzi di soccorso medicalizzati (NAW o NEF), 37 automezzi di soccorso avanzato di base (RTW), 5 automezzi di trasporto misto (NKTW), 119 automezzi per il trasporto non urgente (KTW o LKTW) e 31 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.

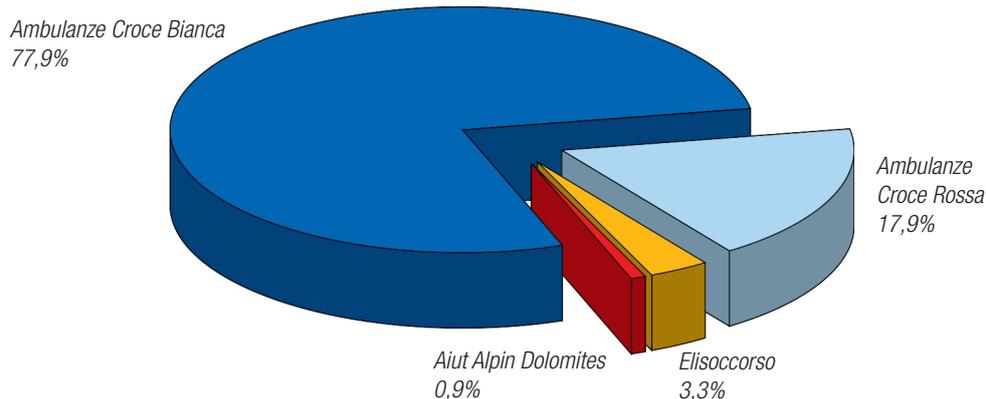
Il servizio di Elisoccorso è dotato di 2 elicotteri, uno dislocato presso l'ospedale di Bolzano e l'altro presso l'ospedale di Bressanone. In caso di particolari esigenze, un ulteriore velivolo viene messo a disposizione dall'organizzazione del soccorso alpino Aitut Alpin Dolomites, durante la stagione invernale ed estiva.

2.6.4. Interventi di Emergenza Sanitaria

Nel 2006 sono stati effettuati 55.990 interventi di Emergenza Sanitaria, pari ad una media giornaliera di circa 153 interventi. Rispetto all'anno precedente, si registra un incremento del 1,3%.

Nel 77,9% degli interventi hanno prestato soccorso le ambulanze della Croce Bianca, mentre nel 17,9% sono stati utilizzati automezzi di soccorso della Croce Rossa. Gli interventi di emergenza in elicottero sono stati gestiti dal servizio di Elisoccorso provinciale (3,3%) e dall'organizzazione di soccorso alpino Aitut Alpin Dolomites (0,9%).

Figura 14: **Interventi di emergenza sanitaria distribuiti per organizzazione di soccorso coinvolta – Anno 2006**



Fonte: Croce Bianca, Croce Rossa

**INTERVENTI, PERSONE
TRASPORTATE,
CHILOMETRI PERCORSI**

Per effettuare gli interventi di emergenza in ambulanza sono stati percorsi nel 2006 un milione e mezzo di chilometri, pari ad una media di circa 28 chilometri per intervento. Sono stati effettuati, inoltre, 2.370 interventi in elicottero, per un numero complessivo di circa 1.350 ore di volo (circa 34 minuti di volo per intervento).

Tabella 66: **Interventi di emergenza sanitaria effettuati, persone trasportate e chilometri percorsi dalle organizzazioni di soccorso provinciali – Anno 2006**

Organizzazioni di soccorso	Numero interventi di emergenza	Numero persone trasportate	Numero chilometri percorsi/ minuti di volo
Croce Bianca	43.607	45.074	1.323.975
Croce Rossa	10.013	10.153	178.786
Elisoccorso Croce Bianca	1.843	1.781	62.644
Aiut Alpin Dolomites	527	527	18.385
TOTALE	55.990	57.535	

Fonte: Croce Bianca, Croce Rossa

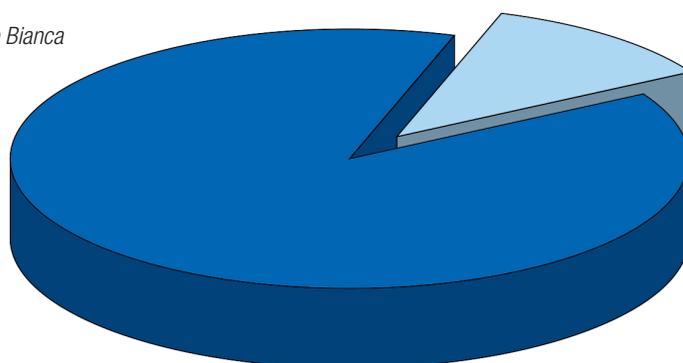
2.6.5. Interventi di Trasporto Sanitario non Urgente

Nel 2006, il servizio di Trasporto Sanitario ha effettuato 92.176 trasporti sanitari programmati, pari ad una media di circa 253 interventi di trasporto al giorno.

Nel 88,2% dei casi sono intervenute le ambulanze di trasporto della Croce Bianca, mentre nel restante 11,8% sono stati utilizzati automezzi di trasporto sanitario della Croce Rossa.

Figura 15: **Interventi di trasporto sanitario non urgente distribuiti per organizzazione di trasporto coinvolta – Anno 2006**

Ambulanze Croce Bianca
81.299; 88,2%



Ambulanze
Croce Rossa
10.877;
11,8%

Fonte: Croce Bianca, Croce Rossa

Per effettuare i trasporti sanitari non urgenti sono stati percorsi nel 2006 circa 4 milioni di chilometri, per un valore medio di 43 chilometri per ciascun intervento di trasporto.

Tabella 67: **Trasporti sanitari non urgenti effettuati, persone trasportate e chilometri percorsi dalle organizzazioni di trasporto sanitario – Anno 2006**

Organizzazioni di trasporto sanitario	Numero trasporti non urgenti	Numero persone trasportate	Numero chilometri percorsi/ minuti di volo
Croce Bianca	81.299	102.376	3.643.627
Croce Rossa	10.877	12.346	281.941
TOTALE	92.176	114.722	3.925.568

Fonte: Croce Bianca, Croce Rossa

TRASPORTI EFFETTUATI

CHILOMETRI PERCORSI

Rispetto all'anno precedente, sono stati effettuati nel 2006 circa 9 interventi di trasporto sanitario in meno al giorno, con una riduzione annua del 3,5%. Sono stati effettuati, inoltre, 97 interventi in elicottero (per esercitazioni e/o altri interventi non urgenti) per un totale di 7.675 minuti di volo.

2.7. ASSISTENZA FARMACEUTICA

Nel 2006 le farmacie aperte al pubblico erano 107 con grado di copertura della pianta organica pari all'85,6%.

La prescrizione di farmaci nel 2006 ha superato il tetto dei 2,5 milioni di ricette, corrispondente a 5,2 ricette procapite e 10,4 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 276 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti).

Nel 2006 la spesa netta per l'assistenza farmaceutica a carico del Servizio sanitario, pari a circa 64 milioni di Euro, è diminuita, rispetto al 2005, del 7,7% a fronte di un incremento medio nazionale del 4%.

La maggior parte delle prescrizione farmaceutiche sono dovute ai medici di medicina generale, con un ammontare di farmaci prescritti pari all'86,4%.

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.

2.7.1. Le farmacie

L'autorità sanitaria stabilisce la distribuzione delle farmacie sul territorio in modo che ve ne sia almeno una ogni 5.000 abitanti nei comuni con popolazione fino a 12.500 ed una ogni 4.000 abitanti negli altri. Al 31/12/2006, in provincia erano aperte al pubblico 107 farmacie, circa metà delle quali situate nell'Azienda Sanitaria di Bolzano.

Tabella 68: Carico medio di utenti per farmacia, per azienda sanitaria – Anno 2006

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Farmacie	50	27	12	18	107
Abitanti per farmacia	4.328	4.693	5.788	4.073	4.541

Fonte: ufficio Distretti Sanitari, PAB

Nel 2006 il grado di copertura delle farmacie attivate rispetto a quelle previste in pianta organica (85,6%), è rimasto invariato rispetto all'anno precedente. Con riferimento agli standard previsti dalla deliberazione della Giunta Provinciale n. 4707 del 05/12/2005, l'adeguamento più cospicuo si osserva nell'Azienda Sanitaria di Brunico, dove si registra un grado di copertura totale. In termini pro-capite, il numero medio di farmacie ogni 10.000 abitanti è di 2,2, variabile da un minimo di 1,2 nel distretto sanitario di Chiusa ad un massimo di 3,9 nel distretto sanitario della Val Badia.

Tabella 69: **Farmacie previste e attivate nelle aziende sanitarie per distretto, grado di copertura della pianta organica, farmacie ogni 10.000 abitanti – Anno 2006**

	Previste	Attivate	% copertura pianta organica	Farmacie/ 10.000 ab.
Val Gardena	3	3	100,0	3,3
Val d'Ega-Sciliar	6	6	100,0	3,1
Salto-Val Sarentino-Renon	5	3	60,0	1,6
Oltradige	5	4	80,0	1,5
Laives-Bronzolo-Vadena	5	4	80,0	2,0
Bassa Atesina	7	5	71,4	2,2
Bolzano	25	25	100,0	2,5
Bolzano	56	50	89,3	2,3
Alta Val Venosta	4	2	50,0	1,3
Media Val Venosta	4	4	100,0	2,2
Naturno-circondario	3	2	66,7	1,9
Lana-circondario	5	5	100,0	2,2
Merano-circondario	12	12	100,0	2,4
Val Passiria	3	2	66,7	2,3
Merano	31	27	87,1	2,1
Alta Valle Isarco	6	3	50,0	1,6
Bressanone-circondario	9	7	77,8	2,0
Chiusa-circondario	5	2	40,0	1,2
Bressanone	20	12	60,0	1,7
Tures-Aurina	2	2	100,0	1,6
Brunico-circondario	8	8	100,0	2,3
Alta Val Pusteria	4	4	100,0	2,6
Val Badia	4	4	100,0	3,9
Brunico	18	18	100,0	2,5
TOTALE	125	107	85,6	2,2

Fonte: ufficio Distretti Sanitari, PAB

Il carico medio di potenziali utenti per farmacia in provincia è di 4.541 abitanti. A livello di distretto il campo di variazione è però molto ampio: in Val Badia vi sono 2.574 abitanti per farmacia, mentre nel distretto sanitario di Chiusa ve ne sono oltre 8.079. Tali carichi medi rappresentano comunque valori teorici, poiché non tengono conto della presenza turistica riscontrabile nei periodi estivo ed invernale nei maggiori centri turistici della provincia.

2.7.2. Il consumo di farmaci

L'assistenza farmaceutica si concretizza nella distribuzione di farmaci agli assistiti, generalmente sulla base della prescrizione da parte del medico curante; in alcuni casi l'erogazione avviene in forma gratuita, in altri con la partecipazione totale o parziale dei cittadini alla spesa, a seconda della essenzialità sanitaria dei farmaci prescritti.

Con legge n. 405 del 16 novembre 2001, art. 8, è stata introdotta la facoltà da parte delle regioni e delle province autonome di stipulare accordi con le associazioni sindacali delle

**PRONTUARIO
OSPEDALE-TERRITORIO
DEI FARMACI A
DISTRIBUZIONE DIRETTA**

farmacie convenzionate, pubbliche e private, per consentire agli assistiti di rifornirsi delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente anche presso le farmacie predette con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del Servizio sanitario nazionale (assistenza farmaceutica in forma diretta). Mediante tale normativa viene garantita, inoltre, l'erogazione diretta da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale.

L'elenco dei medicinali erogabili in forma diretta secondo le indicazioni dell'art. 8 della Legge 405/2001 è contenuto nella Determinazione AIFA del 29 ottobre 2004 (G.U. n. 259 del 04/11/2004). In tale documento viene presentato il prontuario della distribuzione diretta, ovvero i farmaci erogabili con forme alternative di distribuzione che garantiscono la continuità assistenziale H (ospedale) – T (territorio).

**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, oggi AIFA – Agenzia Italiana del Farmaco) deve classificare i farmaci che entrano in commercio. Le classi previste dalla normativa in vigore nel 2003 sono¹:

Classe A – farmaci essenziali e farmaci per malattie croniche, a totale carico del SSN. La classe A prevede anche un sottogruppo di farmaci, classe H, che comprende farmaci rimborsati esclusivamente se utilizzati in ambiente ospedaliero o di day hospital;

Classe C – farmaci privi delle caratteristiche dei farmaci della precedente fascia ed a carico dei cittadini. In particolare nella classe C sono compresi:

1. farmaci C-bis (Legge 311/2004) utilizzati per patologie di lieve entità o considerate minori (antinevralgici, antipiretici, decongestionanti nasali, lassativi, ecc.), non soggetti quindi a ricetta medica e con accesso alla pubblicità al pubblico (OTC);
2. farmaci senza obbligo di prescrizione medica (SOP) e per i quali non è possibile fare pubblicità;
3. i medicinali da utilizzare sotto prescrizione medica, per brevi periodi onde evitare potenziali abusi, come ad esempio le benzodiazepine.

**LEGGE N. 326 DEL
24/11/2003**

Sulla base della legge n. 326 del 24 novembre 2003 che dispone, in caso di superamento del tetto di spesa programmato per l'assistenza farmaceutica, il ripiano della differenza ripartendo l'onere in un 60% a carico delle aziende farmaceutiche e il rimanente 40% a carico delle regioni, il Governo con legge n. 202 del 02/08/2004, ha attuato una manovra correttiva. L'obiettivo della manovra è stato quello di ridurre con un primo parziale intervento il divario tra tetto di spesa programmato (pari al 13% della spesa sanitaria) e quello effettivo.

**NUOVO PRONTUARIO
FARMACEUTICO**

Dal 01/01/2005 è entrato in vigore il nuovo prontuario farmaceutico nazionale che ha la duplice finalità di consentire, nell'ambito delle categorie omogenee, una più efficiente distribuzione delle risorse disponibili ed ampliare i livelli di assistenza farmaceutica con l'ammissione alla rimborsabilità di nuovi farmaci².

**CIRCOLARE MINISTERO
DELLA SALUTE N.3 DEL
03/10/2006**

Con Circolare del Ministero della Salute n. 3 del 03.10.2006 è stata introdotta la possibilità di vendere alcuni tipi di medicinali al di fuori delle farmacie. In particolare, l'art. 5 del d.l. n. 223 del 04/07/2006, convertito in legge n. 248 del 04/08/2006, stabilisce che gli esercizi commerciali di cui all'art. 4, comma 1, lettere d), e) e f), del d.lgs. n. 114 del 31/03/1998 e L.P. n. 7 del 17/02/2000, artt. 4, 5 e 6 (esercizi di vicinato, medie e grandi strutture di

¹ Fonte: Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali

² Fonte: Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali

vendita) possono esercitare attività di vendita dei farmaci da banco o di automedicazione, e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica, previa comunicazione al Ministero della Salute ed alla Regione in cui ha sede l'esercizio.

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:

- popolazione non esente: due euro per confezione di farmaco prescritto, con un massimo di quattro euro per due o più medicinali;
- popolazione esente per malattia o per reddito o per grado di invalidità non elevato: un euro per ricetta;
- popolazione fiscalmente a carico di uno o entrambi i genitori: un euro per una confezione di farmaco prescritto e due euro per due o più confezioni prescritte;
- popolazione affetta da elevato grado di invalidità o popolazione in età pediatrica il cui nucleo familiare è esente per reddito: nessun ticket.

Con circolare del 08 agosto 2000, su recepimento della rispettiva circolare ministeriale, sono state applicate le esenzioni per la partecipazione alla spesa sanitaria ai titolari di pensione di guerra diretta vitalizia, le quali prevedono a totale carico del SSN anche i farmaci di classe C, previa attestazione di comprovata utilità da parte del medico prescrittore.

Con Deliberazione della Giunta Provinciale n. 289 del 30/01/2006, provvedimento attuativo della l.p. n. 7 del 05/03/2001 "Legge di riordino del sistema sanitario provinciale", è stata applicata l'esenzione del ticket ai cittadini affetti da alcune malattie (linfedema, fibromialgia e scoliosi strutturale, quest'ultima limitatamente alle persone di età inferiore a 18 anni).

La Provincia Autonoma di Bolzano, con deliberazione della G.P. n. 3583 del 04/10/2004, su recepimento dell'art. 8 della Legge 405/2001, ha autorizzato la stipula di un accordo con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per la distribuzione di medicinali attraverso le farmacie aperte al pubblico per conto delle Aziende Sanitarie, avvenuta in data 27/09/2005. A partire da tale data è stata attivata la distribuzione dei farmaci PHT (Prontuario Ospedale-Territorio dei farmaci a distribuzione diretta) per conto delle ASL da parte delle farmacie territoriali.

L'erogazione diretta dei medicinali in Alto Adige è stata attivata nei seguenti casi:

- a seguito di visita specialistica o controllo;
- a paziente cronico soggetto a controllo ricorrente;
- a pazienti cronici che utilizzano farmaci soggetti a piano terapeutico;
- a pazienti in assistenza domiciliare;
- a pazienti in strutture residenziali.

Le analisi relative al consumo di farmaci in Provincia di Bolzano nel 2006, 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).

**INTRODUZIONE DEL
TICKET DAL 1 LUGLIO
2002**

**CIRCOLARE ASSESSO-
RATO DELLA SANITÀ DEL
08/08/2000**

**CIRCOLARE
ASSESSORATO DELLA
SANITÀ DEL 30/10/2003**

**DELIBERA G.P. N. 3583
DEL 04/10/2004**

**PRESCRIZIONE DI
RICETTE FARMACEUTICHE**

Nel 2006 è stato superato il tetto di 2,5 milioni di ricette emesse dal Servizio Sanitario Provinciale, pari ad un incremento del 3,1% rispetto all'anno precedente; aumenti più sensibili, pari al 4,8%, si osservano nell'Azienda Sanitaria di Merano.

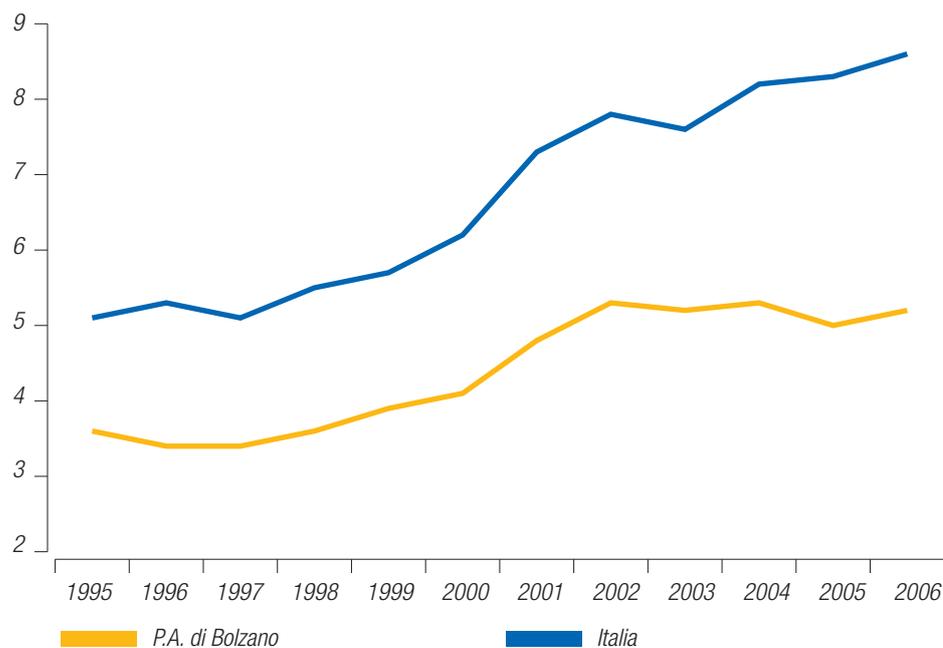
Tabella 70: **Indicatori generali sul consumo di farmaci per azienda sanitaria – Anno 2006**

	<i>Bolzano</i>	<i>Merano</i>	<i>Bressanone</i>	<i>Brunico</i>	<i>Provincia</i>
Totale ricette	1.181.896	641.331	339.168	342.308	2.504.703
Ricette procapite	5,5	5,1	4,9	4,7	5,2
Totale pezzi	2.398.658	1.267.176	698.013	693.704	5.057.551
Pezzi procapite	11,1	10,0	10,1	9,5	10,4

Fonte: ufficio Distretti Sanitari, PAB

L'andamento provinciale delle prescrizioni farmaceutiche negli ultimi undici anni evidenzia un aumento del numero di ricette procapite dal 1998 al 2002; nel quadriennio successivo si osserva un periodo di sostanziale stazionarietà.

Figura 16: **N. medio ricette pro-capite in Provincia di Bolzano e Italia – Anni 1995-2006**



Fonte: ufficio Distretti Sanitari – PAB; ASI

A livello nazionale la prescrizione di farmaci ha subito un temporaneo rallentamento nel 2003, in virtù dei numerosi provvedimenti adottati in tema di razionalizzazione della spesa; rispetto all'andamento provinciale si osservano valori costantemente superiori, con una tendenza all'aumento della forbice nell'ultimo triennio.

Il numero di confezioni di farmaci prescritti nel 2006 è ritornato al di sopra del tetto dei cinque milioni di pezzi (5.057.551), pari a 10,4 confezioni di medicinali pro-capite, con valori massimi nell'Azienda Sanitaria di Bolzano e minimi in quella di Brunico.

Al fine di rendere confrontabili le quantità di farmaci prescritte agli altoatesini nel 2006, 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

**PRESCRIZIONE DI
FARMACI (NUMERO,
CONFEZIONI)
CLASSIFICAZIONE
INTERNAZIONALE DEI
FARMACI ATC**

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.

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.

**DOSE GIORNALIERA
DEFINITA DDD**

Tabella 71: **Distribuzione di farmaci per età e sesso – Anno 2006**

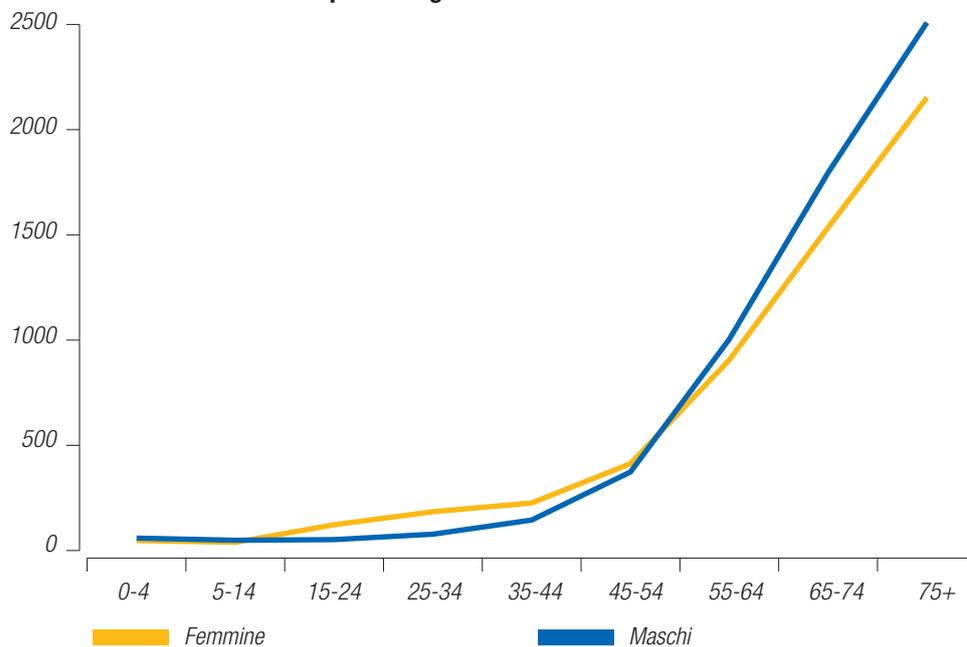
	Numero confezioni			DDD/1.000 ab. pro die		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0-4 anni	30.227	24.472	54.699	53,5	43,2	48,5
5-14 anni	37.968	32.155	70.123	45,0	35,6	40,4
15-24 anni	36.665	64.603	101.268	52,5	138,5	94,1
25-34 anni	57.565	113.768	171.333	74,8	206,4	139,4
35-44 anni	125.657	174.335	299.992	144,1	243,3	192,0
45-54 anni	199.328	224.091	423.419	358,9	418,8	388,3
55-64 anni	408.282	405.778	814.060	960,9	901,3	930,5
65-74 anni	592.057	613.934	1.205.991	1.732,3	1.556,4	1.638,6
75 anni e oltre	594.727	934.746	1.529.473	2.411,2	2.151,8	2.246,2
TOTALE	2.082.476	2.587.882	4.670.358	492,3	603,9	548,7

Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

I dati relativi al consumo di farmaci evidenziano sostanziali differenze tra i sessi: nell'anno 2006 gli uomini hanno consumato mediamente 492 dosi giornaliere di medicinali ogni 1.000 maschi residenti (pari a 8,7 confezioni pro-capite nell'intero periodo), mentre le donne si sono attestate mediamente su 604 dosi giornaliere ogni 1.000 altoatesine (pari a 10,8 confezioni pro-capite nell'intero anno). Rispetto all'anno precedente si osserva una riduzione nel consumo di farmaci nella popolazione femminile (-1,3%), a fronte di un aumento dei consumi nella popolazione maschile (+1,5%).

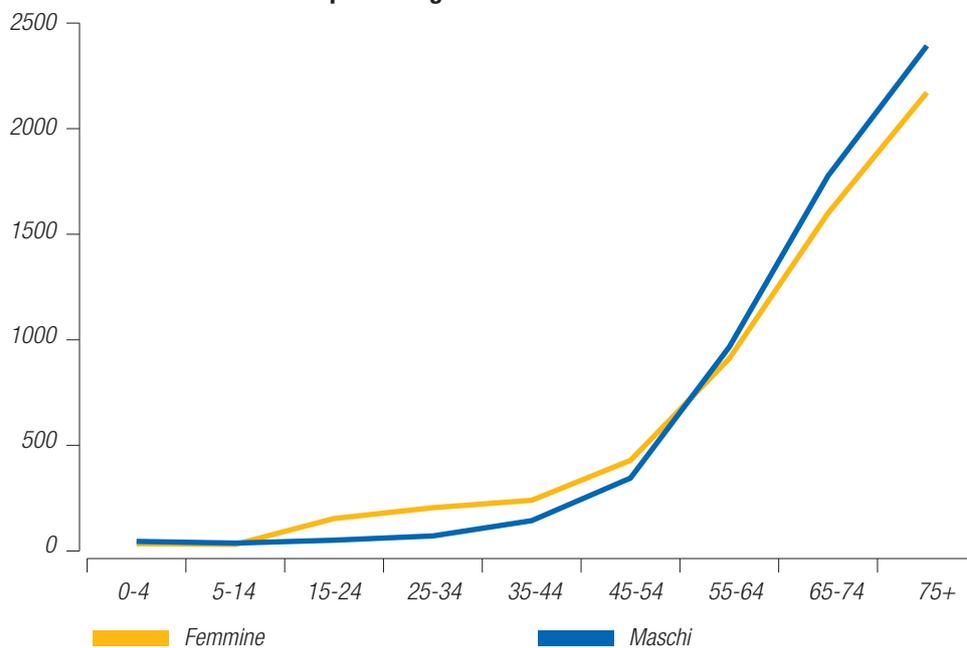
Va peraltro precisato che la banca dati dei farmaci prescritti agli assistiti in alcuni casi non era completa delle informazioni relative al sesso e/o all'età, comportando quindi una differenza nel totale confezioni distribuite e riportato in Tabella 71, rispetto al valore indicato in Tabella 70.

Figura 17: Consumo medio di farmaci (DDD x 1.000 ab. die) nell'Azienda Sanitaria di Bolzano per età e genere – Anno 2006



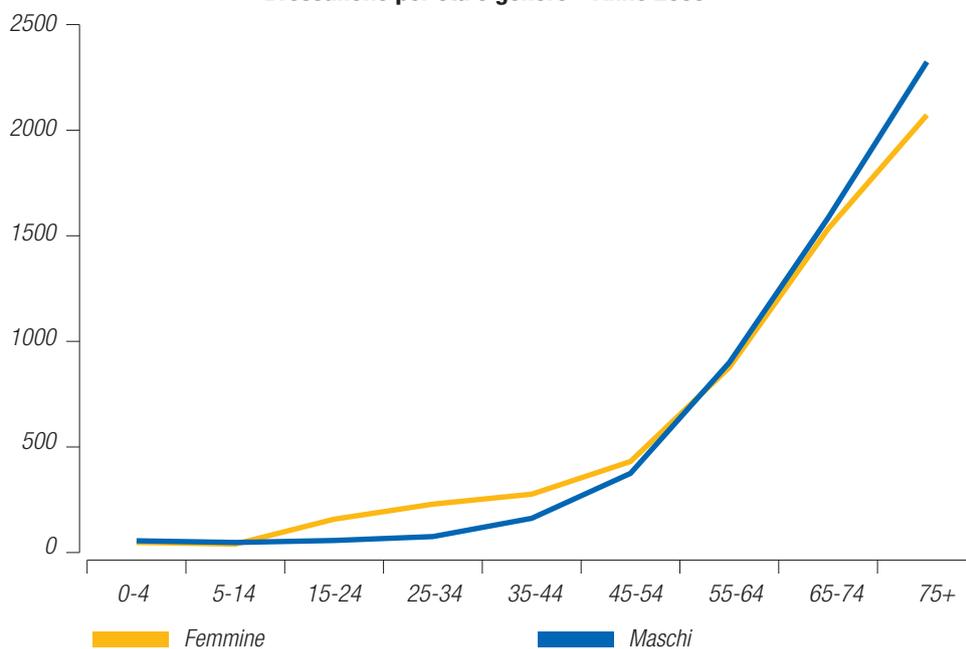
Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

Figura 18: Consumo medio di farmaci (DDD x 1.000 ab. die) nell'Azienda Sanitaria di Merano per età e genere – Anno 2006



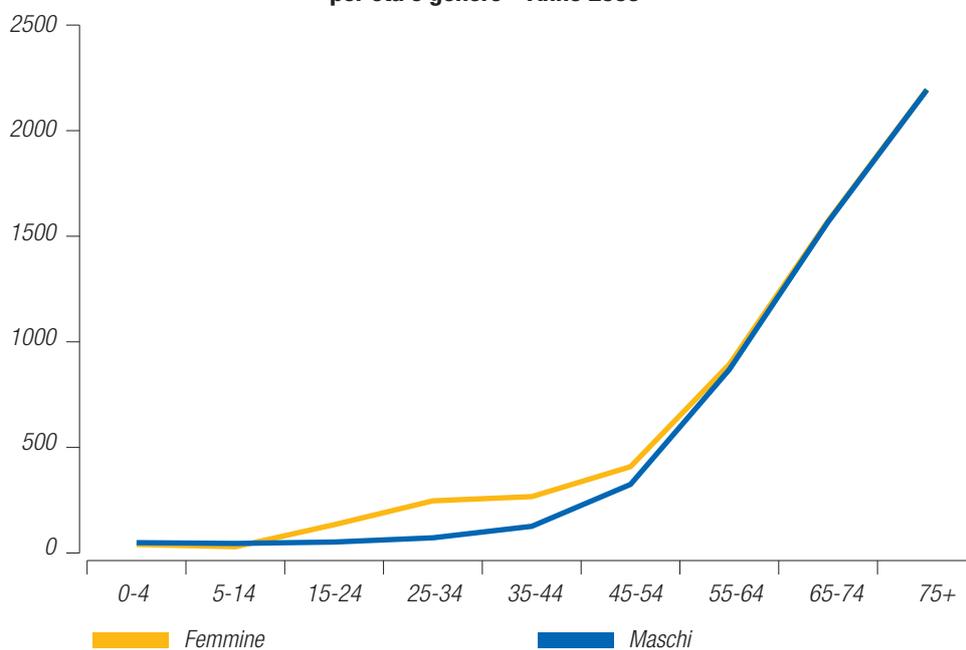
Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

Figura 19: Consumo medio di farmaci (DDD x 1.000 ab. die) nell'Azienda Sanitaria di Bressanone per età e genere – Anno 2006



Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

Figura 20: Consumo medio di farmaci (DDD x 1.000 ab. die) nell'Azienda Sanitaria di Brunico per età e genere – Anno 2006



Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

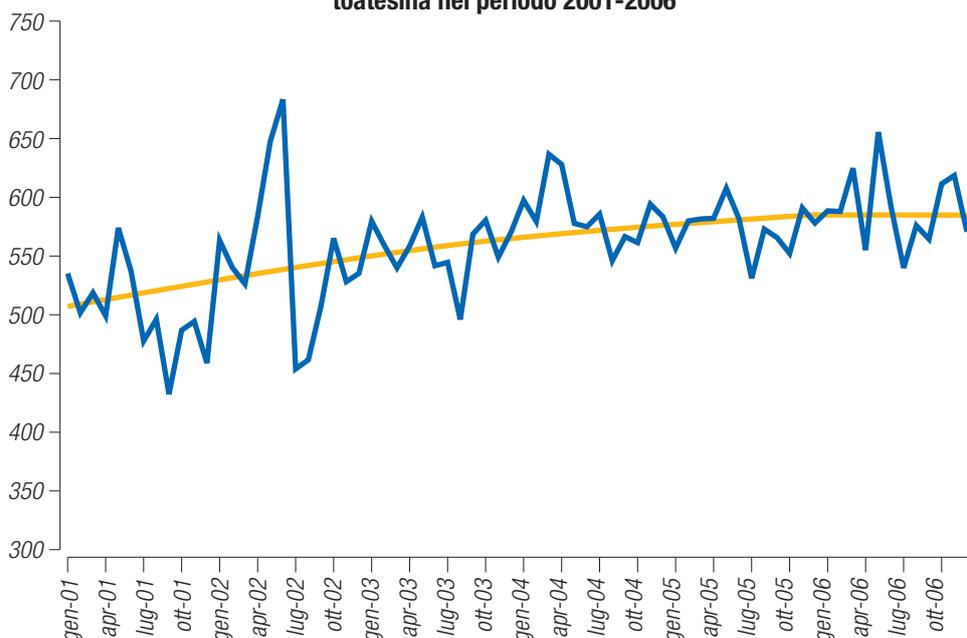
Forti risultano anche le differenze nei consumi secondo l'età: in età pediatrica (0-14 anni) il consumo medio nel 2006 è inferiore a 50 dosi giornaliere ogni 1.000 bambini (pari a circa 1,5 confezioni per bambino nell'intero anno), con un campo di variabilità tra 36 (Merano) e 47 (Bolzano); in età giovanile-adulta (15-34 anni) il consumo medio aumenta sino a 120 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti (111 Bolzano; 130 Bressanone), pari a circa 2,5 confezioni pro-capite per l'intero periodo; in età adulta (35-64 anni) il consumo cresce ulte-

**CONSUMO DI FARMACI
PER ETÀ E SESSO**

riormente, raggiungendo mediamente le 450 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti (416 Brunico; 463 Bolzano), corrispondenti a circa 7,5 confezioni pro-capite nell'anno; in età anziana (65 anni e oltre) il consumo di farmaci si quadruplica rispetto alla fascia di età precedente, superando le 1.900 dosi giornaliere ogni 1.000 anziani (1.830 Bressanone, 1.940 Bolzano e Merano), pari a circa 33 confezioni pro-capite nell'anno.

Il confronto del trend relativo al consumo di farmaci per classi di età tra maschi e femmine, evidenzia percorsi complementari tra i due sessi: in età pediatrica il consumo di farmaci risulta lievemente superiore nei bambini; nella fascia adulta il consumo di farmaci da parte delle donne risulta sensibilmente superiore alla popolazione maschile, invertendo la tendenza in corrispondenza delle fasce di età più anziane (Figura 17 e Figura 18). Differenze si riscontrano anche nel confronto tra aziende sanitarie; in particolare nell'Azienda Sanitaria di Bressanone il maggior consumo di farmaci da parte della popolazione maschile si riscontra prevalentemente oltre i 74 anni (Figura 19), mentre nell'Azienda Sanitaria di Brunico non emergono differenze tra i due sessi nel consumo di farmaci nella popolazione anziana (Figura 20).

Figura 21: Numero medio di dosi giornaliere per 1.000 residenti distribuite alla popolazione altoatesina nel periodo 2001-2006



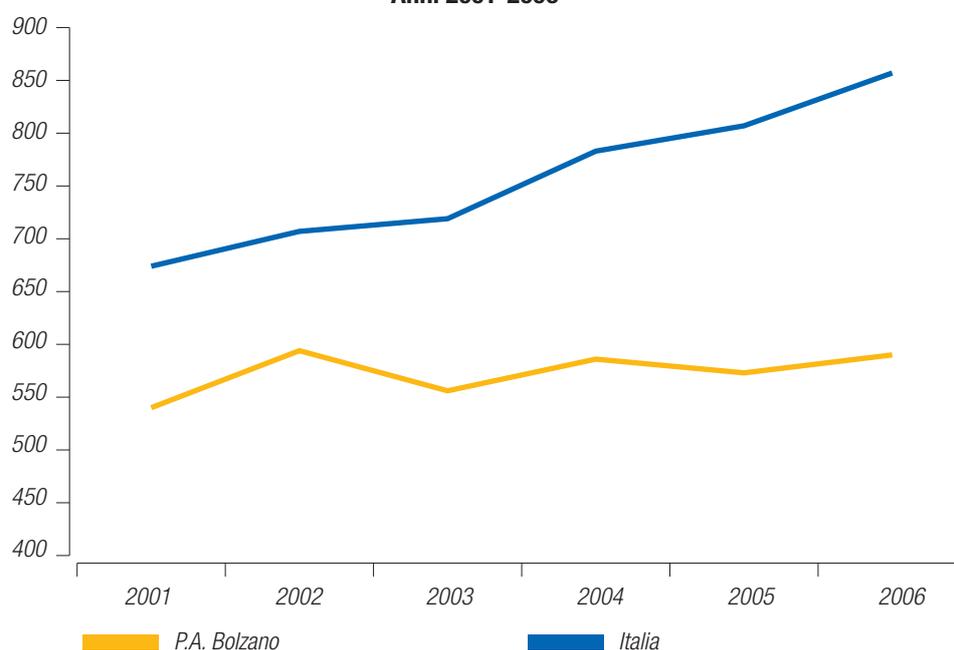
Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

CONSUMO DI FARMACI NEL PERIODO 2001-2006

L'andamento del consumo medio giornaliero di medicinali ogni 1.000 residenti altoatesini nel periodo 2001-2006, evidenzia un trend crescente e molto variabile nel primo biennio. Nel 2002 si osserva un picco massimo di distribuzione di farmaci nel mese di giugno, seguito da un crollo dei consumi nel mese di luglio, in corrispondenza dell'entrata in vigore della delibera della G.P. n. 1862 del 27/05/02 relativa all'introduzione dei ticket sui farmaci. Nel triennio 2004-2006 il consumo medio si stabilizza, a fronte di un incremento della variabilità stagionale e mensile nell'ultimo anno.

Rispetto alla tendenza media nazionale, la propensione ai consumi altoatesini nell'ultimo biennio evidenzia una sostanziale stazionarietà, ampliando la forbice tra consumi medi nazionali e provinciali (Figura 22).

Figura 22: Consumo medio di farmaci (DDD x 1.000 ab. die) in provincia di Bolzano e in Italia – Anni 2001-2006



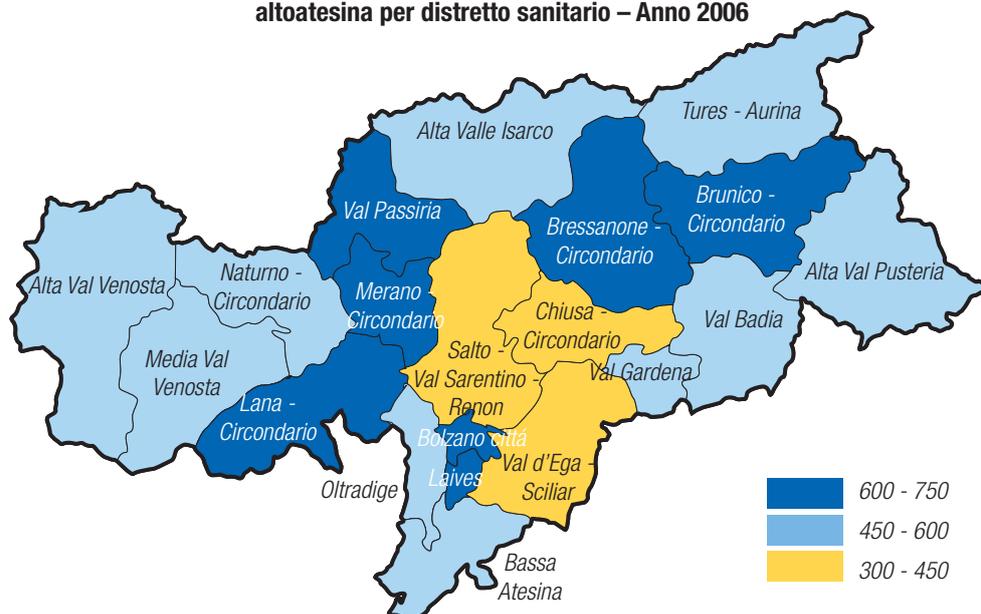
Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette; OSMED

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 capitolata del Fondo Sanitario Nazionale (FSN).

Il consumo di farmaci a livello di distretto sanitario evidenzia un elevato ricorso alla terapia farmacologica presso i centri ad alta densità abitativa e nelle zone extraurbane della Val Passiria e di Lana, 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.

**SISTEMA DI PESI
RISPETTO ALLE
CARATTERISTICHE
DEMOGRAFICHE**

Figura 23: Numero medio di dosi giornaliere per 1.000 residenti distribuite alla popolazione altoatesina per distretto sanitario – Anno 2006



Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

Dall'analisi relativa all'evoluzione del consumo di farmaci per distretto sanitario nell'ultimo quinquennio emerge un profilo dell'assunzione di farmaci nella fascia più elevata (oltre 600 DDD per 1.000 residenti pro die), che non riguarda soltanto i grandi centri urbani (Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico), estendendosi anche in alcune aree extraurbane dell'Azienda Sanitaria di Merano (distretti sanitari di Lana – Circondario e Val Passiria).

Tabella 72: Consumo di farmaci (n. di pezzi distribuiti) per ATC e azienda sanitaria – Anno 2006

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Sist. cardiovascolare	973.014	515.550	249.113	266.332	2.004.009
Apparato gastrointest./metabolismo	302.702	152.070	81.308	71.493	607.573
Sist. nervoso centrale	246.221	134.268	92.111	93.870	566.470
Sangue ed organi emopoietici	174.640	113.969	49.404	59.119	397.132
Sist. genito-urinario/ormoni sessuali	160.546	82.352	51.011	46.183	340.092
Antimicrob. gen. per uso sistemico	138.522	75.707	50.008	46.460	310.697
Sist. muscolo-scheletrico	112.825	66.639	35.008	30.896	245.368
Sist. respiratorio	114.490	53.815	27.923	24.083	220.311
Preparati ormonali sistemici	80.252	51.570	23.030	26.458	181.310
Organi di senso	44.068	19.573	5.968	6.375	75.984
Farmaci antineopl. immunomodulatori	20.763	10.289	5.126	5.585	41.763
Dermatologici	12.410	5.892	4.350	3.836	26.488
Farmaci antiparassitari	9.040	2.601	1.456	1.729	14.826
Vari	1.896	1.490	663	471	4.520
TOTALE	2.391.389	1.285.785	676.479	682.890	5.036.543

Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

Nell'ambito della elaborazione dei dati sul consumo di farmaci per gruppo anatomico principale, per alcuni farmaci non sono state riportate nella banca dati le informazioni relative al tipo di medico prescrittore, comportando quindi una differenza nel totale confezioni rilevate dall'ufficio Distretti Sanitari dell'Assessorato della Sanità, riportato in Tabella 72, rispetto al valore indicato in Tabella 70.

La distribuzione delle dosi medie giornaliere di farmaci per 1.000 residenti altoatesini, erogate nel 2006 secondo il gruppo terapeutico ATC, individua ai primi cinque posti i gruppi di farmaci prescritti per il sistema cardiovascolare, per l'apparato gastrointestinale ed il metabolismo, per il sangue ed organi emopoietici, per il sistema nervoso centrale, e per il sistema genito-urinario e gli ormoni sessuali.

Tabella 73: **Consumo di farmaci (DDD/1.000 abitanti die) per ATC e azienda sanitaria – Anno 2006**

	<i>Bolzano</i>	<i>Merano</i>	<i>Bressanone</i>	<i>Brunico</i>	<i>Provincia</i>
<i>Sist. cardiovascolare</i>	289,8	285,1	235,2	251,4	275,8
<i>Apparato gastrointest./metabolismo</i>	60,9	53,9	54,4	49,2	56,5
<i>Sist. nervoso centrale</i>	44,8	43,2	53,5	58,7	47,5
<i>Sangue ed organi emopoietici</i>	51,1	62,4	53,0	61,7	55,8
<i>Sist. genito-urinario/ormoni sessuali</i>	41,3	41,2	52,5	43,7	43,1
<i>Antimicrob. gen. per uso sistemico</i>	12,3	10,8	13,1	11,0	11,8
<i>Sist. muscolo-scheletrico</i>	26,6	29,3	30,6	24,3	27,5
<i>Sist. respiratorio</i>	33,2	28,7	27,7	22,6	29,8
<i>Preparati ormonali sistemici</i>	23,5	27,0	24,8	28,7	25,3
<i>Organi di senso</i>	12,9	10,4	6,0	5,8	10,3
<i>Farmaci antineopl. immunomodulatori</i>	4,3	3,9	3,2	3,4	3,9
<i>Dermatologici</i>	2,6	2,0	2,6	2,3	2,4
<i>Farmaci antiparassitari</i>	0,9	0,4	0,4	0,5	0,6
<i>Vari</i>	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
TOTALE	604,2	598,5	557,0	563,5	590,5

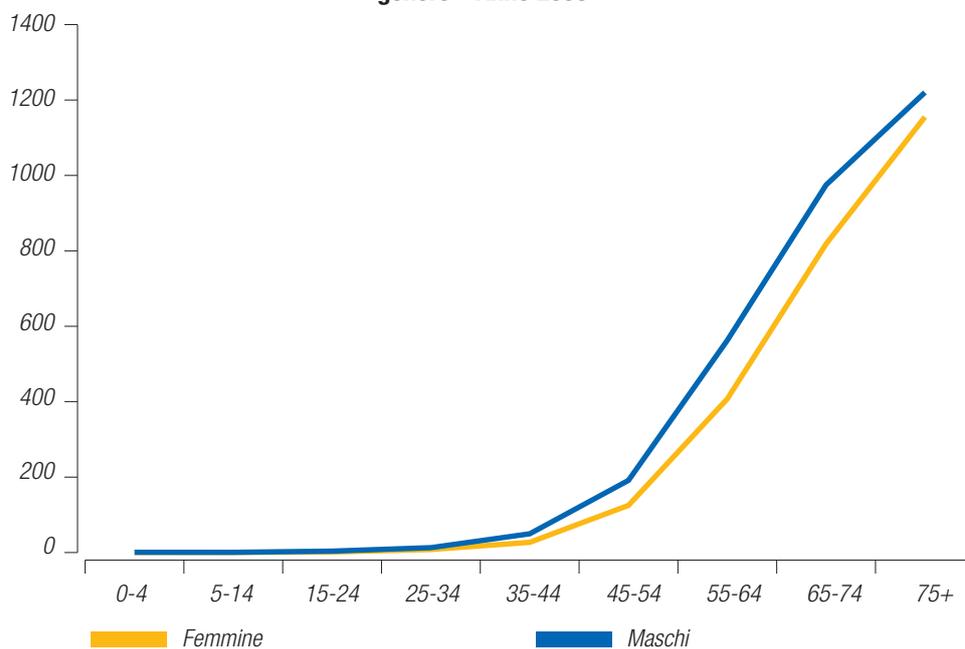
Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

Dal confronto dei consumi di farmaci tra le aziende sanitarie della provincia emergono principalmente differenze tra le aree geografiche sud-ovest (aziende sanitarie di Bolzano e Merano) e nord-est (aziende sanitarie di Bressanone e Brunico) della provincia. Nelle prime si osserva un maggior ricorso a terapie farmacologiche per il sistema cardiovascolare e per gli organi di senso, mentre nelle aziende sanitarie di Bressanone e Brunico la maggior prescrizione riguarda i farmaci per il sistema nervoso centrale e per il sistema genito-urinario e gli ormoni sessuali.

L'andamento del consumo di farmaci per sesso ed età evidenzia comportamenti sensibilmente differenti all'interno dei diversi gruppi anatomici principali: l'assunzione di farmaci per il sistema cardiovascolare, crescente con l'avanzare dell'età, quindi del rischio cardiovascolare, è sovrapponibile nei due sessi, ma con una discreta differenza nelle quantità (Figura 24).

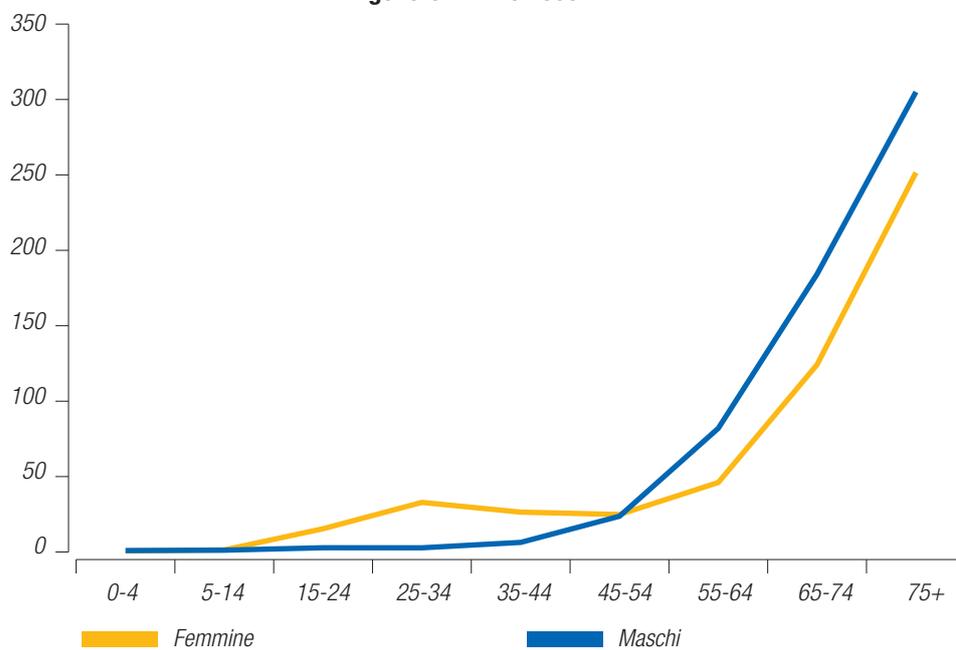
**CONSUMO DI FARMACI
(DDD/1.000 AB. DIE)**

Figura 24: Consumo di farmaci per il sistema cardiovascolare (DDD x 1.000 ab. die) per età e genere – Anno 2006



Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

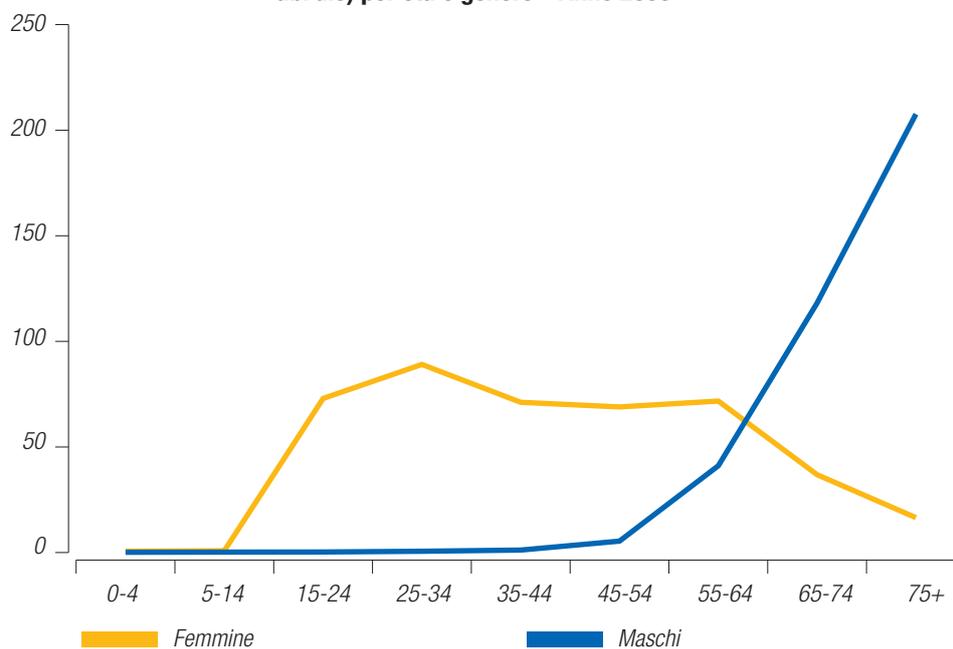
Figura 25: Consumo di farmaci per il sangue ed emopoietici (DDD x 1.000 ab. die) per età e genere – Anno 2006



Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

L'assunzione di farmaci ematologici nella fascia di età centrale riguarda in prevalenza le donne in età fertile (25-45 anni), verosimilmente come preparati antianemici; all'aumentare dell'età, si osserva un incremento di utilizzo nei maschi, verosimilmente farmaci antiaggreganti e antimicrobici, in relazione con i maggiori rischi età e sesso correlati (Figura 25).

Figura 26: Consumo di farmaci per il sistema genito-urinario / ormoni sessuali (DDD x 1.000 ab. die) per età e genere – Anno 2006



Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

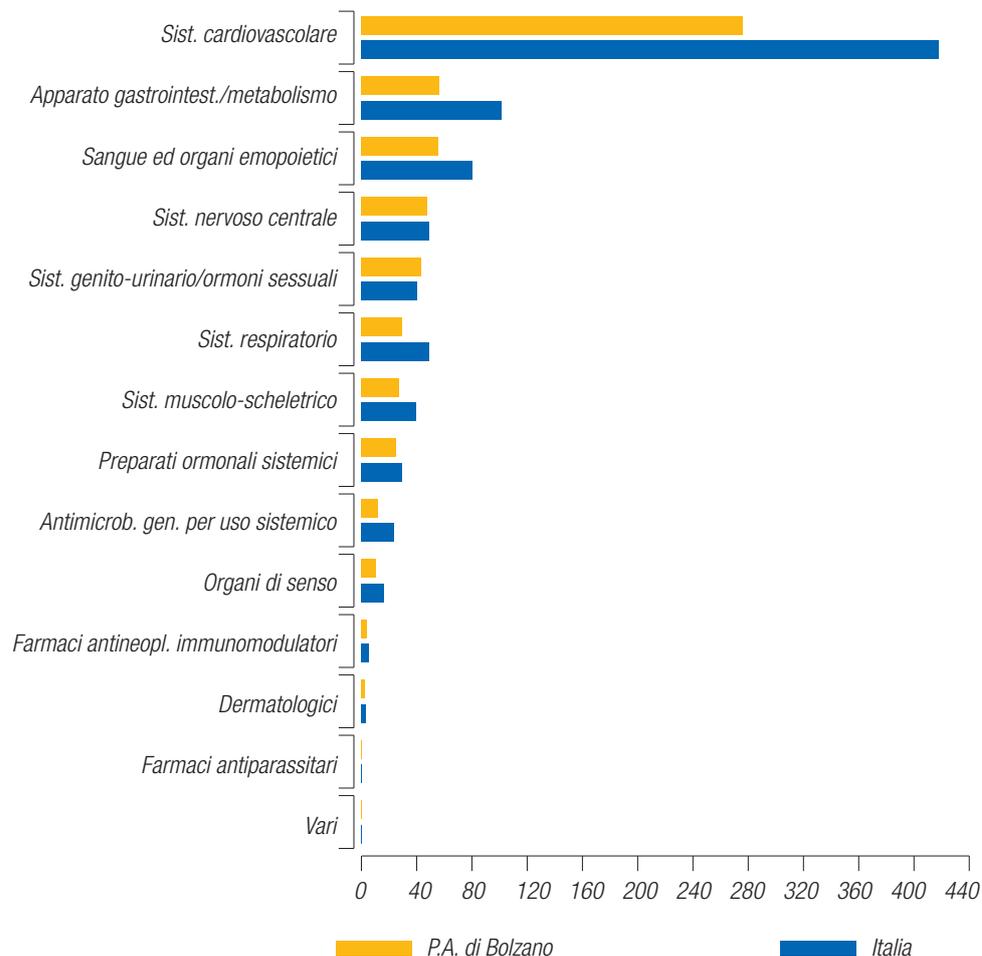
L'analisi dell'uso dei farmaci del sistema genito-urinario per sesso ed età nella popolazione altoatesina, evidenzia un andamento differenziato fra i sessi (Figura 26). La prescrizione tra i 20 e 50 anni riguarda quasi esclusivamente il sesso femminile, in relazione all'impiego di contraccettivi ormonali³. Il sesso maschile è interessato viceversa da un crescente consumo di farmaci dopo i 50 anni, legato alla patologia prostatica.

Differenze si osservano anche tra la popolazione italiana e quella altoatesina (Figura 27): a livello nazionale il ricorso a farmaci per il sistema cardiovascolare, apparato gastroenterinale, sangue ed organi emopoietici e sistema respiratorio è sensibilmente superiore rispetto al consumo provinciale. Nel contesto provinciale si osserva inoltre una minore variabilità nel consumo tra le diverse categorie ATC, ad eccezione dei farmaci per il sistema cardiovascolare.

³ Fonte: Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali

SPESA LORDA PER DISTRIBUZIONE DI FARMACI

Figura 27: **Distribuzione DDD/1.000 abitanti die – Provincia di Bolzano e Italia – Anno 2006**



Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette; OSMED

2.7.3. La spesa per farmaci

La spesa generale lorda per farmaci distribuiti attraverso le farmacie nel 2006 ha subito una contrazione del 10,6% rispetto al 2005 (a fronte di un incremento medio nazionale dello 0,2%) attestandosi attorno a 71,5 milioni di Euro.

La spesa generale lorda per farmaci comprende solo le ricette spedite dalle farmacie convenzionate all'ufficio Contabilizzazione Ricette dell'Azienda Sanitaria di Bolzano. L'ammontare totale dei tickets esprime l'effettiva partecipazione degli assistiti alla spesa farmaceutica provinciale; rispetto al 2005 il contributo dei cittadini altoatesini alla spesa sanitaria farmaceutica è aumentato in misura pari al 2,0% a fronte di una riduzione media del 19,6% a livello nazionale.

Tabella 74: Spesa farmaceutica in convenzione – P.A. Bolzano e Italia – Anni 2005-2006

Migliaia di Euro	Anno 2005		Anno 2006		Differenze % 2005-2006	
	P.A. Bolzano	Italia	P.A. Bolzano	Italia	P.A. Bolzano	Italia
Spesa lorda	80.072,0	13.408.139,4	71.565,3	13.440.166,6	-10,6	0,2
Ticket	4.266,4	514.966,7	4.350,4	413.877,2	2,0	-19,6
Sconto farmacie	6.796,9	1.045.568,4	3.546,2	699.124,0	-47,8	-33,1
Spesa netta a carico SSN	69.008,7	11.847.604,3	63.668,8	12.327.165,4	-7,7	4,0

Fonte: ufficio Distretti Sanitari - PAB; ASI

Il calo di spesa è legato in parte alla riduzione dei prezzi dei medicinali a maggior impatto sulla spesa, ottenuta grazie agli interventi promossi dall'AIFA a partire dal 15 luglio 2006 ed all'ulteriore diminuzione generalizzata del 5% dei prezzi di tutti i medicinali rimborsabili del SSN, in vigore dal 1° ottobre 2006.

L'effetto più rilevante è legato, tuttavia, al netto calo del valore medio delle ricette, a seguito dell'attivazione, nel settembre 2005, di forme di distribuzione diretta dei medicinali (deliberazione G.P. n. 3583 del 04/10/2004).

La normativa nazionale stabilisce che le farmacie applichino al Servizio Sanitario Nazionale/Provinciale uno sconto rispetto al prezzo dei farmaci riportato sulle confezioni; de-traendo 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.

**SPESA FARMACEUTICA
LORDA E NETTA**

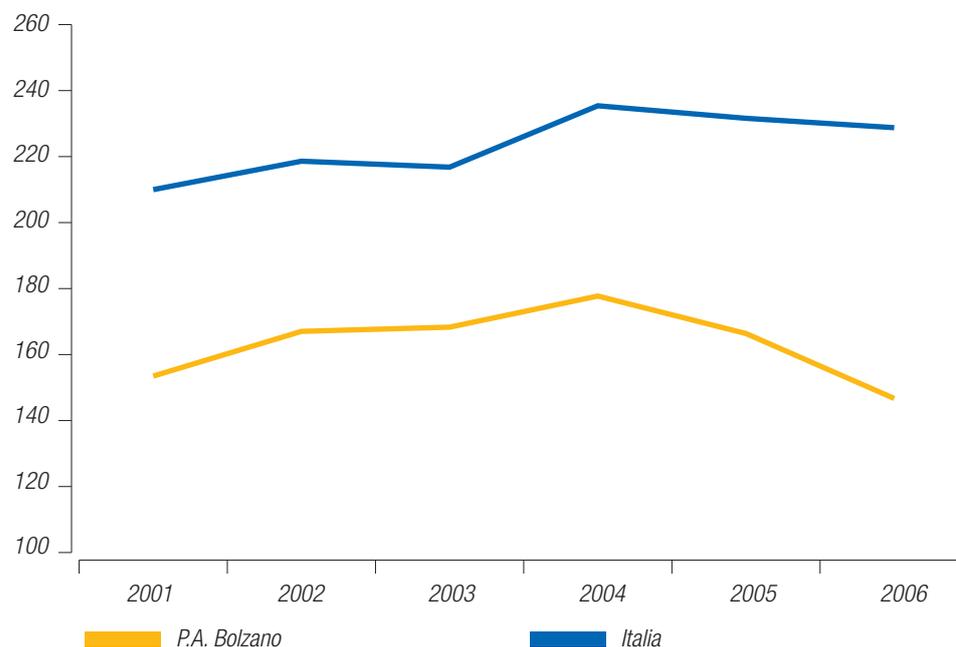
Tabella 75: Indicatori relativi alla spesa di farmaci in convenzione per azienda sanitaria – Anno 2006

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Indicatori di spesa farmaceutica					
Spesa lorda (Migliaia Euro)	34.472,6	18.521,4	9.014,3	9.556,9	71.565,3
Ticket (Migliaia di Euro)	2.072,5	1.099,2	591,1	587,6	4.350,4
Sconto farmacie (Migliaia Euro)	1.763,3	940,7	434,4	407,8	3.546,2
Spesa netta a carico SSN (Migliaia di Euro)	30.636,8	16.481,5	7.988,9	8.561,5	63.668,8
Spesa netta pro-capite al netto età (Euro)	136,2	130,7	121,8	123,9	131,0
Spesa lorda per DDD	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Variazione percentuale 2005-2006					
Spesa lorda	-13,0	-5,1	-9,4	-13,1	-10,6
Ticket	1,0	4,0	1,5	2,1	2,0
Sconto farmacie	-49,6	-42,3	-47,2	-51,8	-47,8
Spesa netta a carico SSN	-10,1	-2,0	-6,5	-10,6	-7,7
Spesa netta pro-capite al netto età	-10,8	-3,0	-7,5	-11,7	-8,6
Spesa lorda per DDD	-15,6	-10,5	-12,3	-16,4	-14,1

Fonte: ufficio Distretti Sanitari - PAB

Nel 2006 la spesa netta a carico del SSP è diminuita del 7,7% rispetto all'anno precedente; le riduzioni più consistenti si osservano nelle aziende sanitarie di Brunico e Bolzano, rispettivamente pari al 10,6% ed al 10,1%, a fronte di una riduzione più contenuta nell'Azienda Sanitaria di Merano (2,0%).

Figura 28: Spesa farmaceutica lorda pro-capite in P.A. Bolzano e in Italia – Anni 2001-2006



Fonte: ufficio Distretti Sanitari – PAB; ASI

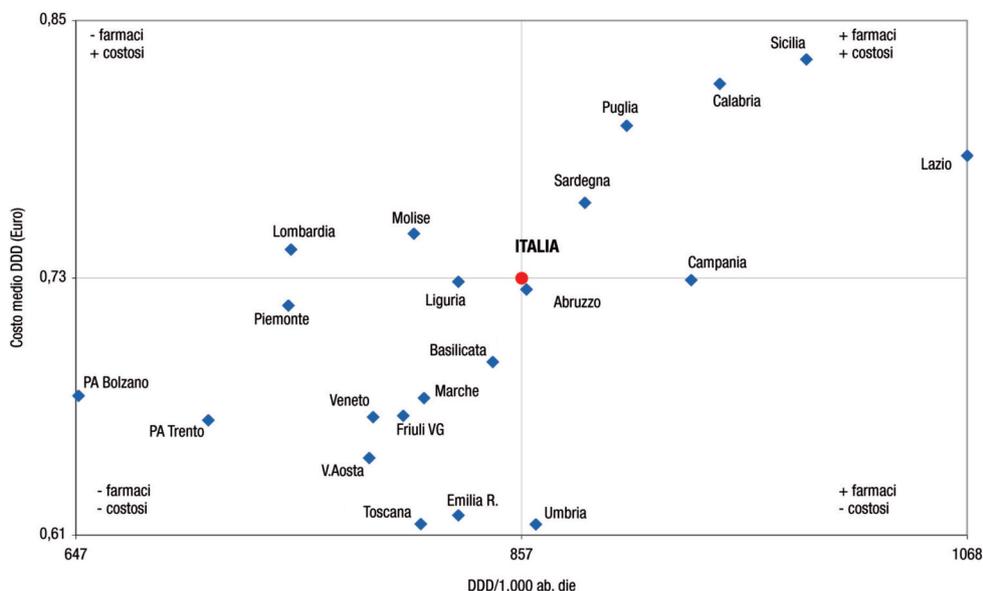
Il Servizio Sanitario Provinciale ha speso mediamente circa 131 Euro pro-capite per l'assistenza farmaceutica, pari al 38,5% in meno rispetto alla media nazionale (213 Euro). I livelli più alti di spesa pro-capite al netto dell'età, sono stati sostenuti dall'Azienda Sanitaria di Bolzano (136,20 Euro), mentre valori minimi si osservano nell'Azienda Sanitaria di Bressanone (121,80 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 2006, espressa in unità standard DDD, ed alla spesa unitaria per dose consumata.

Le regioni settentrionali e le regioni Marche, Abruzzo e Basilicata sono caratterizzate da consumi e costi unitari per dose giornaliera inferiori alla media nazionale. In particolare la P.A. di Bolzano presenta il livello di consumo minimo sul territorio nazionale, mentre la Regione Umbria vanta il costo unitario più basso. Le regioni del sud Italia sono caratterizzate da elevati consumi di farmaci e tra quelli più costosi.

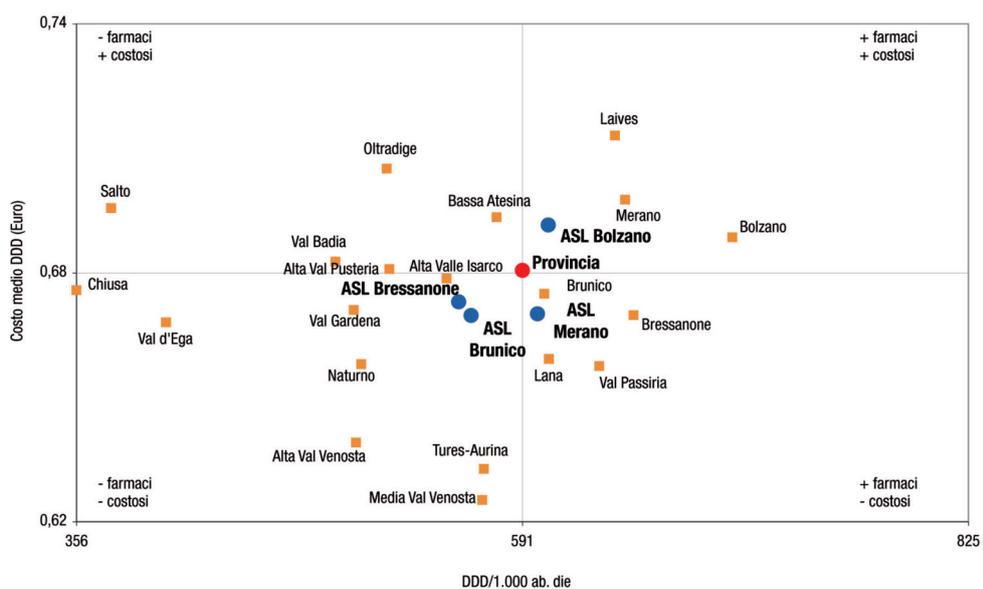
Figura 29: Confronti nazionali spesa media DDD (Euro) e DDD/1.000 abitanti pro die – Anno 2006



Fonte: OSMED

A livello provinciale il maggior ricorso all'uso di farmaci, tra i più costosi, si osserva in corrispondenza dei grandi centri urbani (distretti sanitari di Bolzano, Merano, e Laives-Bronzolo-Vadena), mentre le aziende sanitarie di Bressanone e Brunico si collocano a livelli inferiori alla media provinciale, ad eccezione dei distretti sanitari di Bressanone e Brunico, i quali si posizionano nella fascia a più elevato consumo di farmaci ed a minor costo.

Figura 30: Confronti provinciali spesa media DDD (Euro) e DDD/1.000 abitanti pro die – Anno 2006



Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio 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 (37,4%) e al secondo quelli per il sistema nervoso centrale (13,1%); seguono i farmaci per l'apparato gastrointestinale (11,8%).

Tabella 76: **Spesa lorda del consumo di farmaci per categoria ATC e per azienda sanitaria (Valori assoluti) – Anno 2006**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Apparato gastrointest./metabolismo	4.106.860,8	2.157.627,4	1.131.182,1	1.009.790,1	8.405.460,4
Sangue ed organi emopoietici	1.350.055,4	656.619,3	309.753,8	413.274,8	2.729.703,4
Sist. Cardiovascolare	13.158.510,0	7.084.667,7	2.989.952,8	3.420.069,4	26.653.200,0
Dermatologici	123.057,5	72.106,4	52.269,0	47.996,7	295.429,6
Sist. Genito-urinario/ormoni sessuali	1.860.569,9	850.988,6	585.881,0	549.592,0	3.847.031,5
Preparati ormonali sistemici	664.311,1	284.077,3	164.661,5	184.775,0	1.297.824,9
Antimicrob. Gen. Per uso sistemico	2.664.283,8	1.508.279,5	822.991,3	734.075,6	5.729.630,2
Farmaci antineopl.					
Immunomodulatori	1.389.320,6	864.073,5	351.856,4	442.730,3	3.047.980,9
Sist. Muscolo-scheletrico	1.651.211,1	1.030.747,7	467.004,3	429.819,7	3.578.782,8
Sist. Nervoso centrale	4.184.331,8	2.215.488,2	1.351.903,2	1.602.586,5	9.354.309,7
Farmaci antiparassitari	57.126,1	16.027,5	10.333,9	11.758,1	95.245,5
Sist. Respiratorio	2.544.024,9	1.447.021,0	663.123,9	560.567,2	5.214.737,1
Organi di senso	518.070,5	248.845,7	69.662,3	86.748,2	923.326,8
Vari	52.248,8	23.074,7	5.425,8	19.555,5	100.304,7
TOTALE	34.323.982,2	18.459.644,7	8.976.001,2	9.513.339,1	71.272.967,3

Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

Per alcuni farmaci non sono state riportate nella banca dati le informazioni relative al tipo di farmaco prescritto, comportando quindi una differenza nella spesa lorda del consumo di farmaci riportata in Tabella 76 rispetto al valore indicato in Tabella 74.

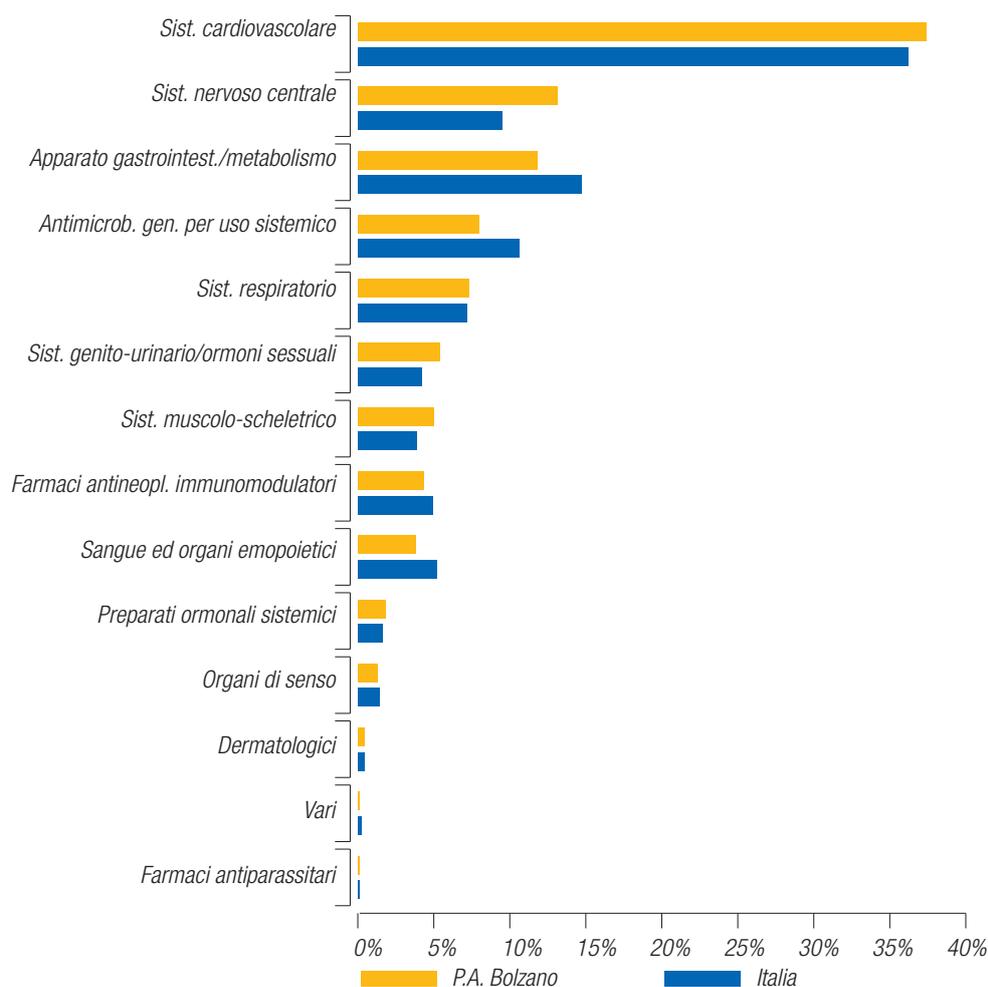
Tabella 77: **Spesa lorda del consumo di farmaci per categoria ATC e per azienda sanitaria (Valori percentuali) – Anno 2006**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Provincia
Apparato gastrointest./metabolismo	12,0	11,7	12,6	10,6	11,8
Sangue ed organi emopoietici	3,9	3,6	3,5	4,3	3,8
Sist. cardiovascolare	38,3	38,4	33,3	36,0	37,4
Dermatologici	0,4	0,4	0,6	0,5	0,4
Sist. genito-urinario/ormoni sessuali	5,4	4,6	6,5	5,8	5,4
Preparati ormonali sistemici	1,9	1,5	1,8	1,9	1,8
Antimicrob. gen. per uso sistemico	7,8	8,2	9,2	7,7	8,0
Farmaci antineopl. immunomodulatori	4,0	4,7	3,9	4,7	4,3
Sist. muscolo-scheletrico	4,8	5,6	5,2	4,5	5,0
Sist. nervoso centrale	12,2	12,0	15,1	16,8	13,1
Farmaci antiparassitari	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Sist. respiratorio	7,4	7,8	7,4	5,9	7,3
Organi di senso	1,5	1,3	0,8	0,9	1,3
Vari	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

Sensibili differenze emergono dal confronto tra la situazione provinciale e quella nazionale: la sanità altoatesina supporta una spesa maggiore in termini percentuali per le patologie dei sistemi cardiovascolare e nervoso centrale, per le malattie dei sistemi genito-urinario e muscolo-scheletrico, e per preparati ormonali sistemici, a fronte di una spesa percentualmente inferiore per i medicinali per l'apparato gastrointestinale, gli antimicrobici per uso sistemico, e farmaci ematologici.

Figura 31: **Distribuzione % della spesa farmaceutica lorda per categoria ATC – Provincia di Bolzano e Italia – Anno 2006**

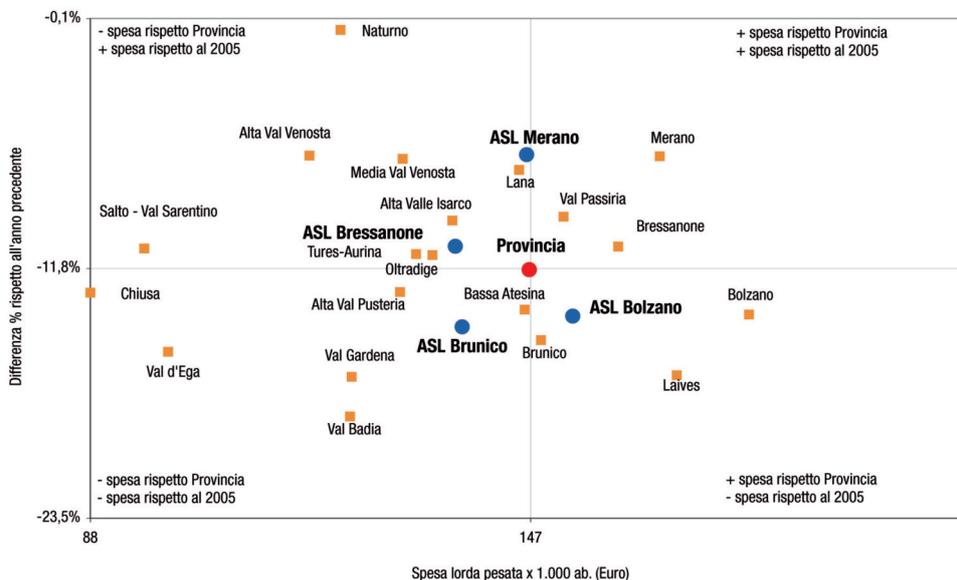


Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette; OSMED

Utilizzando il criterio di suddivisione di un grafico in quattro quadranti descritto in precedenza è possibile valutare l'andamento della spesa farmaceutica lorda 2006 per ambito territoriale e la variazione rispetto all'anno precedente.

Il grafico riportato in Figura 32 evidenzia una maggiore spesa per consumo di farmaci nei centri urbani rispetto alle aree rurali; rispetto al 2005 si osserva una sensibile riduzione nella spesa farmaceutica (oltre il 12%) nei distretti sanitari di Chiusa, Val d'Ega, Val Gardena, Val Badia, Alta Val Punteria, Bassa Atesina, Bolzano, Laives-Bronzolo-Vadena e Brunico.

Figura 32: Confronti provinciali spesa lorda pesata per 1.000 abitanti e variazione % spesa lorda 2005-2006



Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

2.7.4. La prescrizione di farmaci

PRESCRIZIONE DI FARMACI

I medici convenzionati, ovvero coloro che sono autorizzati a prescrivere i farmaci dispensati dal Servizio Sanitario Provinciale, possono essere medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici ospedalieri o specialisti.

La maggior parte delle prescrizioni farmaceutiche sono dovute ai medici di medicina generale, con un ammontare di farmaci prescritti (numero di confezioni) pari all'86,4% dei medicinali prescritti a livello provinciale con valori che oscillano tra l'80% e l'88% rispettivamente nelle aziende sanitarie di Brunico e Merano.

Tabella 78: Consumo di farmaci (numero di pezzi distribuiti e DDD / 1.000 abitanti die) per categoria di medico prescrittore e per azienda sanitaria – Anno 2006

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Valori assoluti					
Medici e pediatri di base	2.085.219	1.135.591	565.921	542.647	4.329.378
Medici specialisti	296.431	148.023	107.332	129.678	681.464
TOTALE	2.381.650	1.283.614	673.253	672.325	5.010.842
DDD / 1.000 abitanti die					
Medici e pediatri di base	553,6	527,4	445,6	425,8	512,0
Medici specialisti	72,1	67,3	78,2	96,4	75,4
TOTALE	625,7	594,7	523,8	522,1	587,4

Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

Anche in questo caso l'assenza in taluni casi del soggetto prescrittore comporta una differenza nel totale confezioni prescritte e riportato in Tabella 79, rispetto al valore indicato in Tabella 70.

Tabella 79: **Consumo di farmaci (DDD / 1.000 abitanti die) per categoria di medico prescrittore e gruppo anatomico principale – Anno 2006**

	<i>Medici e pediatri di base</i>	<i>Medici specialisti</i>	<i>Totale</i>
<i>Apparato gastrointest./metabolismo</i>	46,6	9,7	56,3
<i>Sangue ed organi emopoietici</i>	46,5	9,0	55,5
<i>Sist. cardiovascolare</i>	254,9	19,5	274,3
<i>Dermatologici</i>	1,4	1,0	2,4
<i>Sist. genito-urinario/ormoni sessuali</i>	36,3	6,6	42,9
<i>Preparati ormonali sistemici</i>	21,3	3,9	25,1
<i>Antimicrob. gen. per uso sistemico</i>	8,6	3,1	11,8
<i>Farmaci antineopl. immunomodulatori</i>	2,7	1,2	3,9
<i>Sist. muscolo-scheletrico</i>	23,6	3,8	27,4
<i>Sist. nervoso centrale</i>	37,1	10,2	47,3
<i>Farmaci antiparassitari</i>	0,5	0,2	0,6
<i>Sist. respiratorio</i>	25,3	4,4	29,7
<i>Organi di senso</i>	7,4	2,8	10,3
<i>Vari</i>	0,0	0,0	0,1
TOTALE	512,0	75,4	587,4

Fonte: ufficio Contabilizzazione Ricette – Archivio ricette

La maggior parte delle prescrizioni farmaceutiche effettuate da entrambe le categorie di medici riguardano il sistema cardiovascolare, mentre una percentuale maggiore di farmaci per patologie relative al sistema nervoso centrale viene prescritto dai medici specialisti.

3. ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.1. ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO

Gli accessi ai servizi di pronto soccorso sono stati complessivamente 252.105 durante il 2006. Il numero di accessi al pronto soccorso per 1.000 residenti è stato per il 2006 pari a 518,9 evidenziando una situazione provinciale superiore alla media nazionale.

Tutti gli ospedali pubblici della Provincia Autonoma di Bolzano sono dotati di un servizio di pronto soccorso. I servizi di pronto soccorso, insieme al sistema di allarme sanitario, al servizio medico territoriale di soccorso ed alla rete dei dipartimenti di emergenza-urgenza (DEU), formano il Sistema provinciale dell'emergenza sanitaria, finalizzato alla gestione interdisciplinare coordinata delle urgenze ed emergenze sanitarie su tutto il territorio provinciale.

Il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Bolzano è dotato di un organico medico autonomo, diretto da un medico dirigente di secondo livello. Nell'Ospedale di Merano è attivo un dipartimento di pronto soccorso ed accettazione sanitaria diretto da un medico di primo livello dirigenziale specializzato in anestesia e rianimazione. Negli altri ospedali il pronto soccorso non è dotato di un organico medico proprio, ma è organizzato in forma interdisciplinare, coordinato dal punto di vista organizzativo dal dirigente medico del presidio ospedaliero.

Tutti i servizi di pronto soccorso attivi in provincia presentano comunque una dotazione infermieristica specifica, che viene integrata all'occorrenza da altro personale infermieristico messo a disposizione a rotazione dai vari reparti.

A partire da novembre 2006, è stata istituita presso il servizio di Pronto Soccorso di Merano un'unità di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) diurna per la gestione di pazienti non pediatrici (esclusi utenti con età < 14 anni), il cui funzionamento è stato stabilito da un preciso protocollo operativo predisposto a cura del Direttore del dipartimento di Emergenza/Urgenza.

Nel corso del 2006, sono stati rilevati complessivamente 252.105 accessi ai servizi di pronto soccorso degli ospedali pubblici provinciali.

Si fa presente che, pur essendo stati avviati dei lavori di riorganizzazione del sistema informativo del pronto soccorso, nel 2006 non erano ancora in vigore delle linee guida definite a livello provinciale per la registrazione e l'invio dei dati di attività alla Provincia. Pertanto, per la diversa organizzazione interna e per il diverso sistema informativo adottato, la rilevazione degli accessi può presentare differenze anche sostanziali tra le diverse strutture di pronto soccorso ospedaliero.

Nel Pronto Soccorso di Bolzano, ad esempio, fra gli accessi sono conteggiati tutti i pazienti per i quali è stata aperta una pratica di pronto soccorso e sono stati visitati da un medico del servizio; nell'ammontare degli accessi del Pronto Soccorso di Brunico sono inclusi, invece, anche gli accessi non urgenti.

Se si considera la percentuale degli accessi che hanno dato luogo a ricovero, si evidenzia una certa variabilità tra i diversi istituti provinciali: si passa, infatti, dal 23,8% osservato

**PERSONALE DEI SERVIZI
DI PRONTO SOCCORSO**

**OSSERVAZIONE BREVE
INTENSIVA**

**ACCESSI AL PRONTO
SOCCORSO**

presso l'Ospedale di San Candido, al 9,4% di Vipiteno. Tali differenze sono imputabili in parte alla diversa procedura organizzativa di ricovero e in parte alle diverse modalità di rilevazione degli accessi complessivi e di quelli esitati in ricovero.

Tabella 1: **Numero di accessi ai servizi di pronto soccorso degli ospedali pubblici provinciali - Anno 2006**

	Bolzano	Merano	Silandro	Bressanone	Vipiteno	Brunico (PS chirurgico e traumatologico)	San Candido
Numero totale di accessi al pronto soccorso	83.752*	60.191	13.855**	26.426	13.812***	45.855°	8.214°°
Numero totale di accessi che hanno dato luogo a ricovero in ospedale	16.404	6.808	n.d.	4.013	1.302	6.698	1.955
Percentuale di pazienti ospedalizzati dal pronto soccorso rispetto al totale degli accessi	19,6%	11,3%	n.d.	15,2%	9,4%	14,6%	23,8%

* Il numero totale di pazienti per i quali è stata aperta una pratica di PS e che sono stati visitati almeno una volta dai medici di PS, esclusi i pazienti con richiesta di visita specialistica urgente, i pazienti inviati in accesso diretto alle specialità, e tutti gli accessi programmati e le visite di controllo per medicazioni e in sala gessi

** Sono inclusi tutti gli accessi in PS, inclusi gli accessi programmati ed escluse le visite di controllo

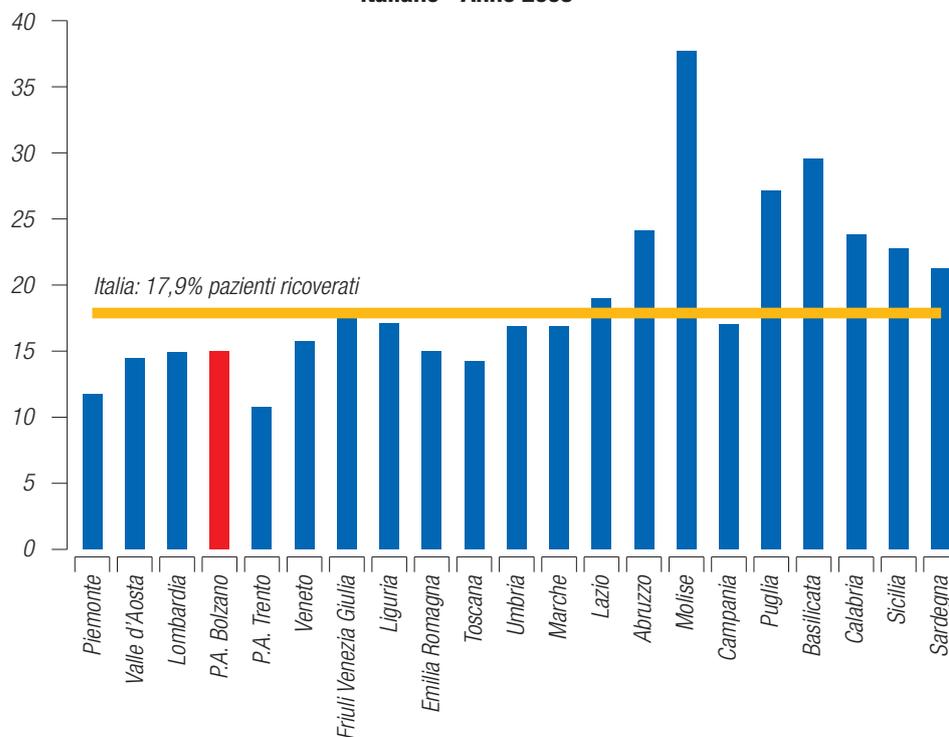
*** Sono inclusi tutti gli accessi in PS di pazienti senza richiesta di visita specialistica urgente

° Per il pronto soccorso traumatologico sono incluse anche le visite di controllo

°° Esclusi gli accessi programmati

Fonte: aziende sanitarie - servizi di pronto soccorso

Figura 1: **Percentuale di pazienti ricoverati provenienti dal pronto soccorso nelle regioni italiane - Anno 2005**

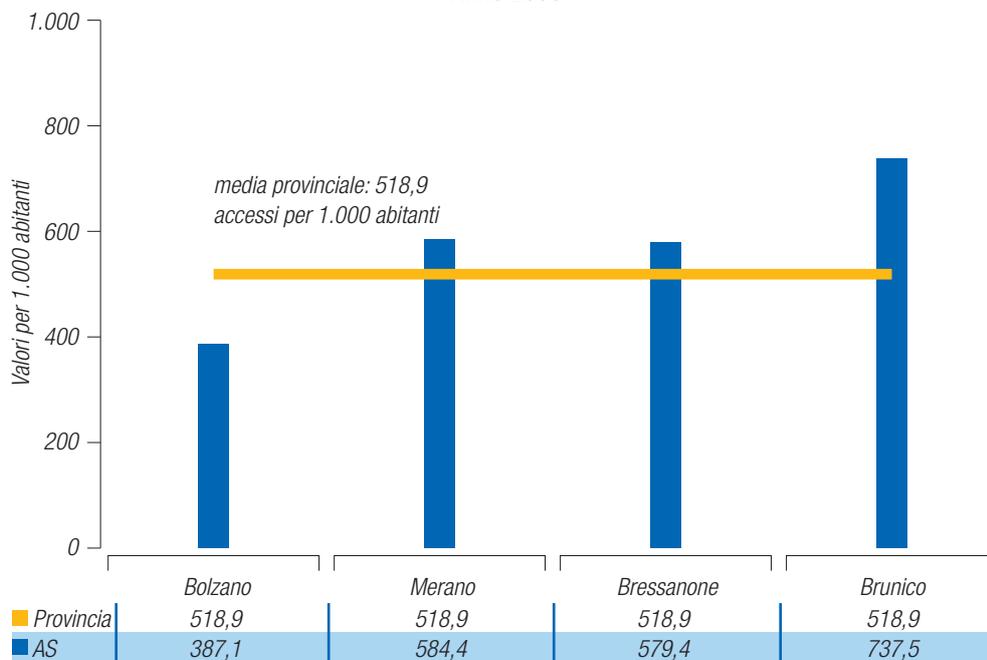


Fonte: Ministero della Salute - Annuario Statistico del SSN 2005

Rapportando gli accessi di pronto soccorso di persone residenti agli abitanti della provincia, si ottiene un indicatore che permette di confrontare tra le quattro aziende sanitarie la richiesta di prestazioni sanitarie di urgenza/emergenza proveniente dalla popolazione residente. Non disponendo dell'informazione relativa agli accessi per area di residenza, l'indicatore viene calcolato considerando gli accessi nel complesso. Valori elevati, quindi, riflettono anche il ricorso ai servizi di pronto soccorso da parte dei turisti.

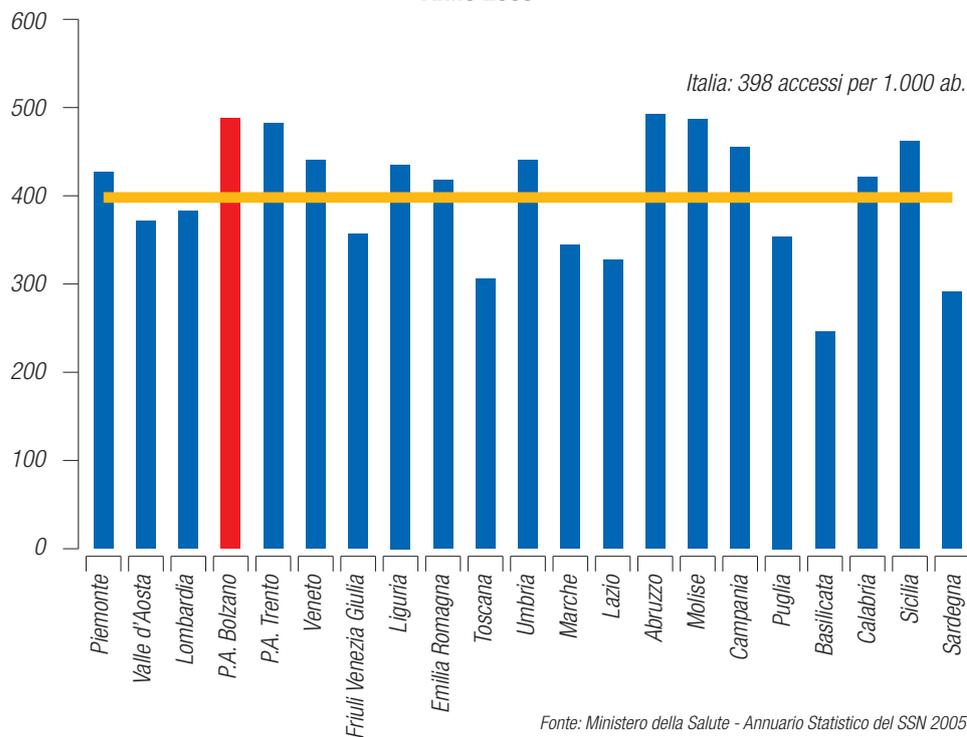
Tale indicatore, a livello provinciale, ha assunto nel 2006 un valore pari a 518,9 accessi ogni 1.000 residenti, che risulta inferiore rispetto a quanto osservato nell'anno 2005 (538,0 accessi ogni 1.000 residenti). Nei confronti con le altre regioni italiane (dati 2005 del Ministero della Salute) il numero di accessi al pronto soccorso nella Provincia di Bolzano per popolazione residente risulta superiore alla media nazionale (398 accessi per 1.000 abitanti).

Figura 2: **Numero di accessi al pronto soccorso per 1.000 residenti nelle aziende sanitarie – Anno 2006**



Fonte: aziende sanitarie - servizi di pronto soccorso

Figura 3: Numero di accessi al pronto soccorso per 1.000 residenti nelle regioni italiane – Anno 2005



**RICOVERI DI TIPO MEDICO
PROVENIENTI DAL
PRONTO SOCCORSO**

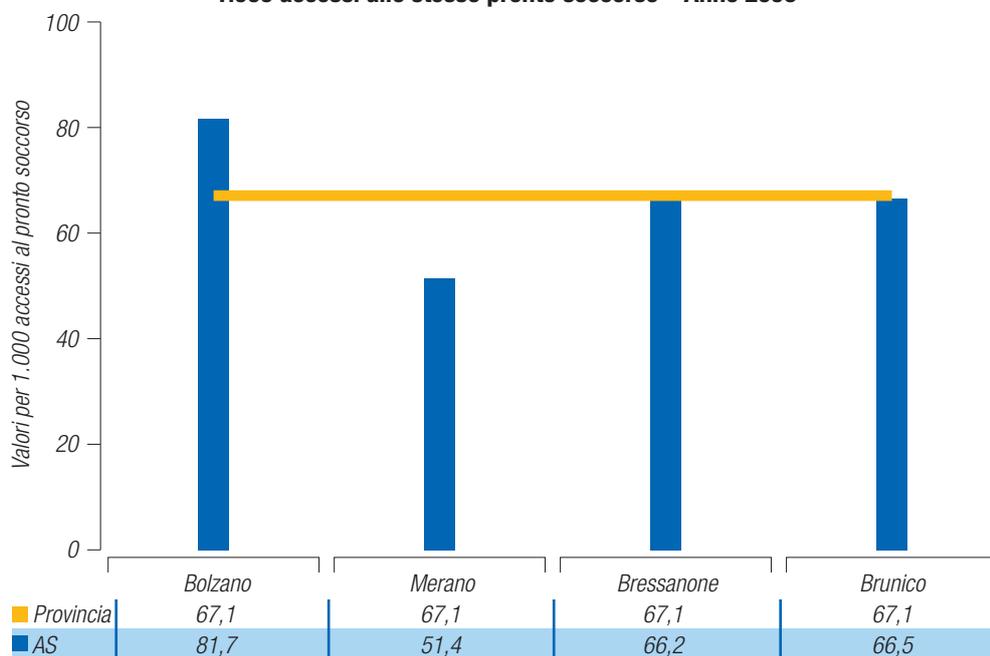
Analizzando la banca dati provinciale SDO relativa ai ricoveri si osserva che nel 2006 sono stati effettuati 16.911 ricoveri di tipo medico urgenti con durata della degenza inferiore o uguale a 3 giorni. Se si considera l'urgenza del ricovero indicativa della provenienza dal pronto soccorso, la quota di questo tipo di ricoveri rispetto al totale degli accessi rappresenta, secondo il Ministero della Salute, un indice adatto ad analizzare e misurare la capacità di filtro del pronto soccorso verso i ricoveri. Tale indicatore, che a livello provinciale risulta pari a 67,1 per 1.000 accessi, presenta il valore più basso nell'ospedale di Merano, con circa 44 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 San Candido, Silandro e Bolzano (rispettivamente 94,4; 82,3; 81,7 ricoveri per 1.000 accessi).

Tabella 2: **Ricoveri medici provenienti dal pronto soccorso con durata della degenza di 0-3 giorni* - Anno 2006**

	Bolzano	Merano	Silandro	Bressanone	Vipiteno	Brunico	San Candido
Ricoveri medici provenienti dal pronto soccorso e dimessi con durata della degenza di 0-3 giorni	6.845	2.668	1.140	1.901	762	2.820	775
Percentuale di ricoveri medici provenienti dal pronto soccorso e dimessi con durata della degenza di 0-3 giorni sul totale dei ricoveri con DRG medico provenienti dal pronto soccorso	41,1%	38,4%	37,9%	52,4%	57,7%	47,9%	48,7%
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)	81,7	44,3	82,3	71,9	55,2	61,5	94,4

* 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 con degenza di 0-3 giorni per 1.000 accessi allo stesso pronto soccorso - Anno 2006**



Fonte: aziende sanitarie - Archivio SDO

**PRESTAZIONI EROGATE
DAL PRONTO SOCCORSO**

Nella Tabella seguente viene presentata infine una sintesi relativa ad alcune prestazioni erogate dai servizi di pronto soccorso nell'anno 2006. Altre prestazioni, anche se molto frequenti, non vengono riportate perché non rilevabili in maniera uniforme dai vari servizi provinciali (ad esempio prelievo di sangue arterioso e venoso, bendaggi e fasciature semplici, iniezioni o infusioni, ecc.).

Tabella 3: **Alcune prestazioni erogate dai servizi di pronto soccorso degli ospedali pubblici provinciali – Anno 2006**

	Bolzano	Merano	Silandro	Bressanone	Vipiteno	Brunico (PS chirurgico e traumatologico)	San Candido
Effettuazione visita medica	83.752	65.979*	13.855	26.230	12.992	55.059°	20.703
Effettuazione trattamento anestetico periferico	3.413	6.395	2.008	4.010	1.280	3.074	684
Applicazione di apparecchi/docce gessate	4.033	13.833	707	5.066	771	6.508	1.225
Effettuazione suture	3.708	2.567	1.031	1.472	1.255	2.694	783
Effettuazione piccoli interventi chirurgici	132	9.912	1.349	2.538	660	863	818
Effettuazione indagini diagnostiche strumentali:							
ECO	2.691	3.493	703	205	904	3.407	2.028
ECG	11.519	6.183	2.825	4.169	1.304	2.081	191
SCOPIE	5	1.376	21	-	1.304	148	87
Effettuazione manovre rianimatorie di base e defibrillazione	105	20	12	11	18	21	85
Vaccinazioni, profilassi antitetanica con immunoglobuline	2.066	1.372	483	1.019	496	731	198
Artrocentesi	463	204	56	36	160	1.002	126
Drenaggio toracico intercostale	18	37	1	-	28	15	6

* Sono incluse le visite di consulenza (non conteggiate come accessi)

° Inclusi gli accessi non urgenti

Fonte: aziende sanitarie - servizi di pronto soccorso

3.2. ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI

Nel 2006 sono stati effettuati 102.876 ricoveri per acuti dei quali 76.543 in regime ordinario e 26.333 (25,6%) in regime diurno.

Il 94,5% dei ricoveri per acuti è avvenuto negli ospedali pubblici.

Le strutture provinciali hanno fatto fronte alla domanda di ricovero con una dotazione complessiva di 2.014 posti letto per acuti (90,7% pubblici), pari al 4,2 per mille abitanti superiore allo standard di 3,5 posti letto per acuti per mille abitanti. All'attività in diurno sono riservati 194 posti letto. Nelle strutture ospedaliere sono, inoltre, disponibili 84 culle, 10 delle quali presenti nelle strutture private.

Il tasso di ospedalizzazione dei residenti in Provincia Autonoma di Bolzano nel 2006 è stato di 204,1 ricoveri acuti per 1.000 abitanti (152,3 per il regime ordinario e 51,8 per il diurno). Pur osservando una diminuzione rispetto al 2005 di

2,5 punti, il valore del tasso di ospedalizzazione rimane ancora molto al di sopra del livello di 180 ricoveri per 1.000 abitanti indicato come obiettivo per l'anno 2007 dalla programmazione nazionale.

Il saldo della mobilità attiva e passiva, cioè la differenza tra la quantità di ricoveri acuti prodotti sul territorio della Provincia di Bolzano e numero di ricoveri di residenti effettuati fuori provincia, risulta, nel 2006, come anche negli anni precedenti, positivo e pari a 3.677 (ricoveri prodotti = 102.876 e consumo di ricoveri da parte dei residenti = 99.199).

Rispetto ai parametri di efficienza ed appropriatezza si segnalano i seguenti aspetti problematici:

- un tasso di utilizzo dei posti letto provinciale (pari a 76,9% istituti di cura pubblici e privati) leggermente inferiore al parametro stabilito dal piano sanitario dell'80%. Per gli ospedali pubblici il valore di tale indicatore (79,4%) denota una dotazione dei posti letto superiore alle effettive esigenze;
- un indice di case-mix, nel complesso (0,904) e singolarmente, più basso rispetto allo standard nazionale (1,0);
- una elevata quota di inappropriata dell'uso del setting assistenziale, soprattutto per quanto riguarda il regime diurno, determinata da una bassa incidenza dei ricoveri "appropriati" in regime diurno (secondo DGP. 3878 del 4/11/2003 e successivi aggiornamenti).

Considerando congiuntamente i precedenti punti, emerge una situazione di possibile miglioramento adottando provvedimenti già prescritti dal Piano Sanitario Provinciale 2000-2002 per:

- adeguare coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri diminuendo in alcuni istituti i posti letto,
- promuovere il passaggio da ricovero ordinario al ricovero diurno e il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero,
- ridurre le quote di inappropriata anche attraverso il monitoraggio e il controllo,
- aumentare il tasso di utilizzo dei posti letto,
- ridurre la mobilità passiva attraverso l'adeguamento delle prestazioni rese e il miglioramento della qualità tecnico professionale e percepita,
- riorganizzare la produzione ospedaliera attraverso l'estensione della dipartimentalizzazione.

Dal 01/01/2007 è cessata la suddivisione del territorio provinciale in quattro aziende sanitarie, essendo stata istituita un'unica azienda, denominata "Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano", secondo quanto previsto nella legge provinciale n. 9 del 2 ottobre 2006.

La presente pubblicazione, relativa all'anno 2006, fa riferimento, pertanto, all'assistenza

OSPEDALI PUBBLICI

ospedaliera per acuti erogata dalle quattro aziende sanitarie provinciali, precedentemente costituite, attraverso gli istituti di cura pubblici e privati. La tipologia degli istituti di cura provinciali è articolata in ospedali pubblici e case di cura private.

Gli ospedali pubblici sono finanziati dal fondo sanitario provinciale, e sono ad accesso gratuito per tutti gli aventi diritto all'assistenza.

Nel 2006, gli ospedali pubblici si distribuivano 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 gestite da privati. Alcune sono state provvisoriamente accreditate e sono inserite nel piano preventivo annuale della produzione sanitaria con oneri a carico del Servizio Sanitario Provinciale. In queste il degente ottiene le cure ospedaliere senza sostenere alcun onere, mentre la casa di cura viene compensata in base alla tariffa corrispondente al gruppo DRG di appartenenza del ricovero.

Nelle case di cura non accreditate i degenti pagano direttamente il costo del ricovero, ma è previsto un rimborso a tariffa che è parziale (assistenza indiretta).

Nel 2006, le strutture private operanti nel territorio provinciale erano:

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 di Sarentino

Azienda Sanitaria di Merano:

- Casa di Cura "Villa S. Anna" (provvisoriamente accreditata per l'assistenza agli acuti nel reparto di Medicina)
- Casa di Cura "Fonte San Martino".

RICOVERI PER ACUTI

Sono considerati ricoveri acuti, in sintonia con la definizione adottata a livello ministeriale¹, i casi dimessi da reparti diversi dalle unità di Recupero e Riabilitazione funzionale e Lungodegenza, esclusi i neonati sani, cioè i neonati presenti in ospedale afferenti al DRG 391 "Neonato normale".

I dati presentati sono il risultato delle elaborazioni effettuate sull'archivio dei ricoveri provinciale aggiornato al 07/05/2007.

¹ Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – Ministero della Salute

3.2.1. Posti letto per acuti

Nelle strutture provinciali sono presenti complessivamente 2.014 posti letto per acuti, pari a 4,2 per 1.000 abitanti e 84 culle.

POSTI LETTO PER ACUTI

Tabella 4: **Posti letto per acuti in regime ordinario e diurno negli istituti di cura per tipo, culle nido incluse – Anno 2006**

Istituti di cura	Posti letto in regime ordinario			Posti letto in regime diurno	Totale
	pubblici*	privati accreditati	privati non accreditati		
Ospedale di Bolzano ^o	743	-	-	82	825
Ospedale di Merano	326	-	-	26	352
Ospedale di Bressanone	213	-	-	23	236
Ospedale di Brunico	208	-	-	24	232
Ospedale di Silandro	107	-	-	6	113
Ospedale di Vipiteno	64	-	-	10	74
Ospedale di San Candido	59	-	-	9	68
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	1.720	-	-	180	1.900
Casa di Cura S. Maria	-	-	98	14	112
Casa di Cura Villa S. Anna	-	45	11	-	56
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	18	-	18
Infermeria di Sarentino	-	12	-	-	12
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	-	57	127	14	198
TOTALE ISTITUTI DI CURA	1.720	57	127	194	2.098

* Include le culle nido pari a 15 a Bolzano, 20 a Merano, 10 a Bressanone, 10 a Brunico, 6 a Silandro, 7 a Vipiteno, 6 a S. Candido e 10 a CC.S. Maria

^o Non sono stati comunicati entro i termini previsti i posti letto in classe

Fonte: Istituti di cura – Direzione Sanitaria

Si osserva che i dati riportati nella tabella, forniti dalle aziende sanitarie, riflettono una situazione media registrata nel corso dell'anno 2006. La dotazione di posti letto è variata nel corso dell'anno in relazione alla domanda di ricovero.

La dotazione dei posti letto, pubblici e privati accreditati, per acuti (escluse le culle nido) in Provincia di Bolzano è di 3,9 posti letto per mille abitanti e appare ancora superiore allo standard di 3,5 posti per acuti per 1.000 abitanti, valore che si raccomanda di raggiungere entro l'anno 2007².

² Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano – Marzo 2005

Figura 5: Posti letto per acuti (escluse le culle) in regime ordinario e diurno per mille abitanti nelle aziende sanitarie – Anno 2006

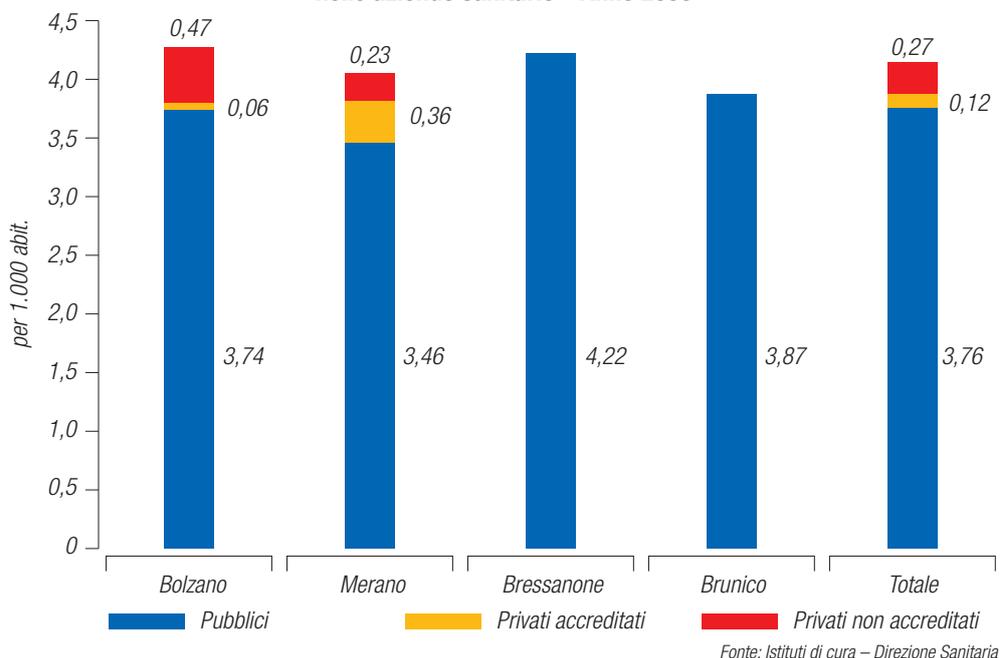
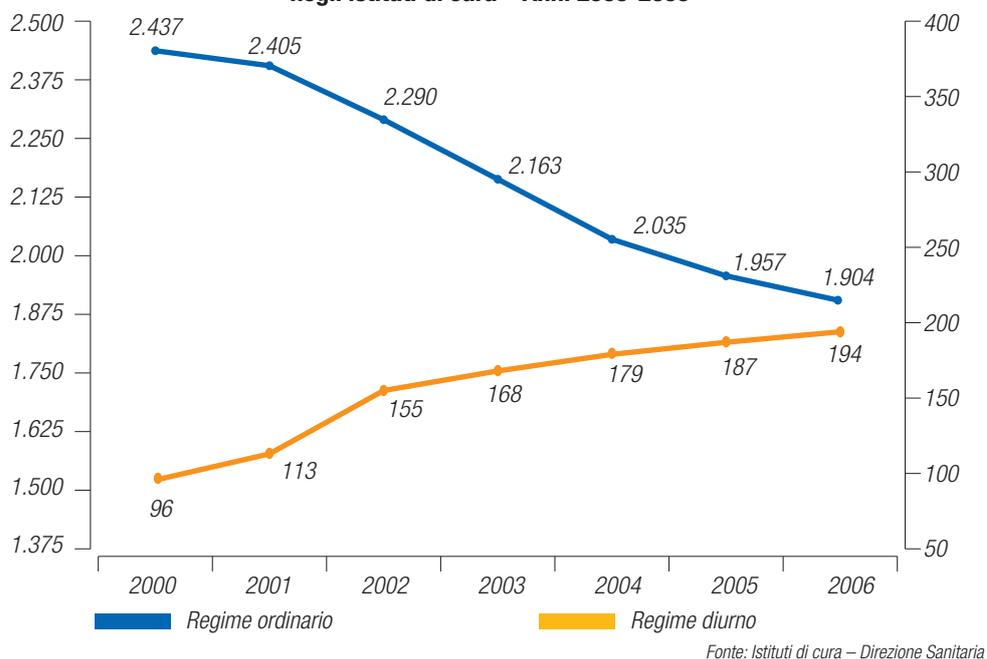


Figura 6: Posti letto per acuti (incluse le culle) in regime ordinario e diurno negli istituti di cura – Anni 2000-2006



I posti letto per acuti in regime ordinario (comprese le culle) sono 1.904, 90,3% dei quali sono in strutture pubbliche. I posti letto per acuti in regime ordinario (comprese le culle) in strutture private sono complessivamente 184, pari al 9,7% del totale, e dislocati esclusivamente nelle aziende sanitarie di Bolzano e Merano. Nelle strutture pubbliche e private sono disponibili complessivamente 194 posti letto per acuti per l'attività diurna, corrispondenti al 9,2% del totale dei letti per acuti in Provincia Autonoma di Bolzano e pari a 0,40 ogni 1.000 abitanti.

Escludendo le culle, per ogni 1.000 abitanti sono disponibili 3,8 letti per acuti in strutture pubbliche e 0,39 letti in strutture private.

Tabella 5: **Posti letto per acuti in regime ordinario nei reparti degli ospedali pubblici, culle nido incluse – Anno 2006**

Cod.	Reparto	Bolzano	Merano	Bressa- none	Bru- nico**	Silandro	Vipiteno	San Candido*	Totale
5100	Astanteria	18	-	-	-	-	-	-	18
800	Cardiologia	21	12	-	-	-	-	-	33
900	Chirurgia generale	-	35	10	38	32	22	22	159
901	Chirurgia 1	32	-	-	-	-	-	-	32
902	Chirurgia 2	35	-	-	-	-	-	-	35
1100	Chirurgia pediatrica	12	-	-	-	-	-	-	12
1400	Chirurgia vascolare e toracica	31	-	8	-	-	-	-	39
5200	Dermatologia	14	3	-	4	-	-	-	21
1800	Ematologia	18	-	-	-	-	-	-	18
5800	Gastroenterologia	22	-	-	-	-	-	-	22
2100	Geriatrics	62	37	-	-	-	-	-	99
2400	Malattie infettive e tropicali	16	-	-	-	-	-	-	16
2600	Medicina generale	-	48	-	47	50	20	18	183
2601	Medicina 1	61	-	34	-	-	-	-	95
2602	Medicina 2	61	-	17	-	-	-	-	78
2900	Nefrologia	15	-	-	-	-	-	-	15
3000	Neurochirurgia	21	-	-	-	-	-	-	21
3200	Neurologia	24	16	-	-	-	-	-	40
3100	Nido	15	20	10	10	6	7	6	74
3400	Oculistica	6	5	-	9	-	-	-	20
3600	Ortopedia e Traumatologia	54	50	51	47	-	-	-	202
3700	Ostetricia e Ginecologia	37	37	22	22	14	10	9	151
3800	Otorinolaringoiatria	24	11	14	-	-	-	-	49
3900	Pediatria	21	14	13	12	5	5	4	74
6800	Pneumologia	25	-	-	-	-	-	-	25
4000	Psichiatria	24	9	16	13	-	-	-	62
4900	Terapia intensiva	17	8	6	6	-	-	-	37
7300	Terapia intensiva neonatale	24	-	-	-	-	-	-	24
5000	Unità coronarica	8	5	-	-	-	-	-	13
4300	Urologia	25	16	12	-	-	-	-	53
TOTALE POSTI LETTO PER ACUTI		743	326	213	208	107	64	59	1.720

* I posti letto del reparto di Chirurgia generale in regime ordinario sono passati a 20 dal 01/05/2006 e a 15 dal 01/09/2006

** I posti letto del reparto di Oculistica non sono utilizzati nei fine settimana e nei periodi festivi e nel reparto di Medicina generale 16 posti letto sono stati chiusi per 10 giorni

Fonte: Istituti di cura – Direzione Sanitaria

Tabella 6: **Posti letto per acuti in regime diurno nei reparti degli ospedali pubblici – Anno 2006**

Cod.	Reparto	Bolzano	Merano	Bressa- none	Brunico	Silandro	Vipiteno	San Candido*	Totale
800	Cardiologia	1	-	-	-	-	-	-	1
900	Chirurgia generale	-	4	4	2	2	4	3	19
901	Chirurgia 1	2	-	-	-	-	-	-	2
902	Chirurgia 2	3	-	-	-	-	-	-	3
1100	Chirurgia pediatrica	3	-	-	-	-	-	-	3
1400	Chirurgia vascolare e toracica	1	-	2	-	-	-	-	3
5200	Dermatologia	2	1	-	1	-	-	-	4
1800	Ematologia	6	-	-	-	-	-	-	6
5800	Gastroenterologia	4	-	-	-	-	-	-	4
2100	Geriatría	6	-	-	-	-	-	-	6
1900	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	4	-	-	-	-	-	-	4
2400	Malattie infettive e tropicali	1	-	-	-	-	-	-	1
2600	Medicina generale	-	2	-	4	2	3	4	15
2601	Medicina 1	1	-	5	-	-	-	-	6
2602	Medicina 2	1	-	-	-	-	-	-	1
2900	Nefrologia	1	-	-	-	-	-	-	1
3000	Neurochirurgia	1	-	-	-	-	-	-	1
3200	Neurologia	5	1	-	1	-	-	-	7
3400	Oculistica	6	4	-	4	-	-	-	14
6400	Oncologia	8	-	-	-	-	-	-	8
3600	Ortopedia e Traumatologia	3	4	4	2	-	-	-	13
3700	Ostetricia e Ginecologia	6	3	3	7	1	1	1	22
3800	Otorinolaringoiatria	2	2	1	-	-	-	-	5
3900	Pediatria	6	2	1	2	1	2	1	15
6800	Pneumologia	1	-	-	-	-	-	-	1
4000	Psichiatria	6	1	1	1	-	-	-	9
5000	Unità coronarica	-	1	-	-	-	-	-	1
4300	Urologia	2	1	2	-	-	-	-	5
TOTALE POSTI LETTO PER ACUTI		82	26	23	24	6	10	9	180

* I posti letto del reparto di Chirurgia generale in regime diurno sono passati a 2 dal 01/05/2006

Fonte: Istituti di cura – Direzione Sanitaria

Tabella 7: **Posti letto per acuti in regime ordinario e diurno nei reparti delle case di cura private – Anno 2006**

Cod.	Reparto	Infermeria di 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.
900	Chirurgia generale	-	9	1	-	11	-	-	21
1400	Chirurgia vascolare	-	6	2	-	-	-	-	8
2600	Medicina generale	12	28	1	45	-	18	57	47
3100	Nido	-	10	-	-	-	-	-	10
3400	Oculistica	-	1	5	-	-	-	-	6
3500	Odontoiatria e Stomatologia	-	3	-	-	-	-	-	3
3600	Ortopedia e Traumatologia	-	24	1	-	-	-	-	25
3700	Ostetricia e Ginecologia	-	8	2	-	-	-	-	10
3800	Otorinolaringoiatria	-	3	1	-	-	-	-	4
4300	Urologia	-	6	1	-	-	-	-	7
TOTALE POSTI LETTO PER ACUTI		12	98	14	45	11	18	57	141

Fonte: Istituti di cura – Direzione Sanitaria

3.2.2. Ricoveri di neonati sani

La rilevazione dei neonati ricoverati in ospedale avviene attraverso la SDO, dall'introduzione di tale procedura, tuttavia dall'obbligo furono inizialmente esclusi i neonati sani ospitati nel nido. Con il d.m. 30/06/1997 è stata stabilita l'estensione dell'obbligo di rilevazione anche ai neonati sani ospitati nel nido. Sono considerati neonati sani, i neonati presenti in ospedale ed afferenti al DRG 391 "Neonato normale". Vengono identificati, inoltre, 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 2006**

Istituti di cura	Nati 0 giorni	Neonati 1-28 giorni	Giornate di degenza
Ospedale di Bolzano	1.210	9	4.091
Ospedale di Merano	1.035	22	4.218
Ospedale di Bressanone	479	11	1.984
Ospedale di Brunico	498	14	2.388
Ospedale di Silandro	306	7	1.461
Ospedale di Vipiteno	471	3	1.750
Ospedale di San Candido	171	9	893
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	4.170	75	16.785
Casa di Cura S. Maria	248	-	1.252
Casa di Cura Villa S. Anna	-	-	-
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-
Infermeria di Sarentino	-	-	-
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	248	-	1.252
TOTALE ISTITUTI DI CURA	4.418	75	18.037

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Nelle strutture della Provincia Autonoma di Bolzano nel 2006 sono nati complessivamente 5.585 bambini, dei quali 4.418, pari al 79,1% sono nati sani (compresi anche i nati che sono sottoposti ad indagini diagnostiche che hanno comunque portato ad una diagnosi di neonato normale e l'attribuzione al DRG 391 "Neonato normale"). I ricoveri di neonati in età 1-28 giorni che sono risultati sani sono stati 75.

3.2.3. Ricoveri per acuti in regime ordinario

In questo capitolo viene descritta l'attività assistenziale degli ospedali pubblici e delle case di cura private della Provincia Autonoma di Bolzano, rivolta ad acuti in regime ordinario. Vengono utilizzati sia indicatori classici (degenza media, tasso di utilizzo dei posti letto, intervallo di turn-over, indice di rotazione dei posti letto), che fanno riferimento solo alla numerosità degli eventi considerati, sia indicatori basati sul criterio di classificazione dei ricoveri DRG (degenza media per unità DRG equivalente di ricovero, peso medio DRG per ricovero, tariffa media provinciale per ricovero, indice di case mix e indice comparativo di performance), che tengono conto anche della complessità della casistica trattata, valutata secondo il criterio DRG. Le unità di rilevazione utilizzate sono:

- 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 in quel reparto, per accettazione o per trasferimento da altro reparto, all'uscita dallo stesso reparto, per trasferimento ad altro reparto o per dimissione.

**RICOVERI DI NEONATI
SANI**

**RICOVERO OSPEDALE E
RICOVERO REPARTO**

Nel caso di ricoveri senza trasferimento interno le due unità coincidono; se si verificano trasferimenti interni per lo stesso evento di ricovero ospedale, all'unità ricovero ospedale corrispondono due o più unità di ricovero reparto, a seconda del numero di trasferimenti effettuati. L'utilità del ricorso all'unità ricovero reparto è legata alle applicazioni interne dell'azienda, ai fini della programmazione operativa delle attività e al controllo di gestione (applicazione della metodica del budget).

Il calcolo di indicatori di tipo classico in base ai dati sui ricoveri definiti secondo le due unità di rilevazione non comporta problemi. L'interpretazione dei risultati va naturalmente collegata con il tipo di unità considerata.

DEGENZA MEDIA

La degenza media esprime il tempo di permanenza media di un paziente nel reparto o nella struttura di riferimento, ottenuta dividendo i giorni di permanenza dei pazienti per il numero di ricoveri.

TASSO DI UTILIZZO DEI POSTI LETTO

Il tasso di utilizzo dei posti letto rappresenta su base annua la quota di tempo durante il quale in media un posto letto è stato utilizzato nel corso dell'anno.

INTERVALLO DI TURN-OVER

L'intervallo di turn-over esprime l'intervallo di tempo medio tra la dimissione di un paziente da un posto letto e l'accoglimento di quello successivo.

INDICE DI ROTAZIONE

L'indice di rotazione dei posti letto rappresenta il numero medio di ricoveri per posto letto nel corso dell'anno.

Gli indicatori basati sulla classificazione DRG dei ricoveri utilizzano sistemi di pesi e tariffari definiti per l'unità ricovero ospedale (dimissione). Tali indicatori sono perciò sempre riferiti ai ricoveri ospedale.

PRODUZIONE DRG E DEGENZA MEDIA EQUIVALENTE

Pesando i ricoveri ospedale prodotti ciascuno con il peso corrispondente al DRG³ di appartenenza si ottiene la produzione DRG equivalente ai ricoveri ospedale.

Dividendo il numero totale di giornate di degenza per la produzione DRG equivalente di ricoveri ospedale si ottiene la degenza media per ricovero DRG equivalente.

PESO MEDIO DRG

Dividendo la produzione DRG equivalente di ricoveri per il numero effettivo di ricoveri prodotti si ottiene il peso medio DRG per ricovero ospedale.

VALORE TARIFFARIO

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.

RICOVERI IN REGIME ORDINARIO

Nel corso del 2006, sono stati effettuati 76.543 ricoveri ospedale in regime ordinario dagli istituti di cura della Provincia Autonoma di Bolzano, per un consumo complessivo di 514.279 giornate di degenza. Il 94,7% dei ricoveri è avvenuto in ospedali pubblici, per un consumo di giornate di degenza pari al 92,8% del totale. Il 41,0% dei ricoveri ospedale complessivi è avvenuto in istituti di cura presenti nel territorio dell'Azienda Sanitaria di Bolzano, ed in particolare il 39,2% dei ricoveri ospedale complessivi è stato effettuato presso l'Ospedale Centrale di Bolzano.

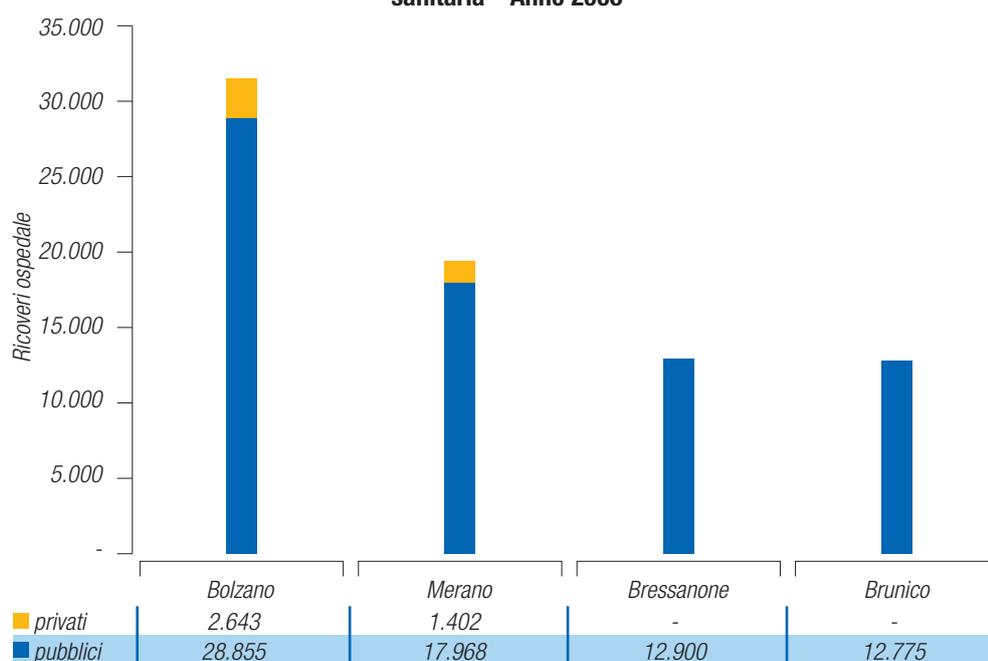
³ Il sistema dei pesi è quello adottato ufficialmente dal tariffario provinciale (deliberazione della G.P. n. 2797 del 27.08.01 e successivi aggiornamenti)

Tabella 9: **Ricoveri ospedale (esclusi neonati sani), giornate di degenza in regime ordinario per istituto di cura provinciale – Anno 2006**

Istituti di cura	Ricoveri ospedale	Giornate di degenza
Ospedale di Bolzano	28.855	209.570
Ospedale di Merano	13.627	94.126
Ospedale di Bressanone	9.941	60.038
Ospedale di Brunico	10.104	58.964
Ospedale di Silandro	4.341	28.378
Ospedale di Vipiteno	2.959	14.468
Ospedale di San Candido	2.671	14.108
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	72.498	479.652
Casa di Cura S. Maria	2.491	15.524
Casa di Cura Villa S. Anna	1.360	14.638
Casa di Cura Fonte S. Martino	42	720
Infermeria di Sarentino	152	3.745
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	4.045	34.627
TOTALE ISTITUTI DI CURA	76.543	514.279

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Figura 7: **Ricoveri ospedale in regime ordinario in istituti di cura pubblici e privati per azienda sanitaria – Anno 2006**



Fonte: aziende sanitarie - Archivio SDO

In riferimento all'attività ospedaliera in regime ordinario è possibile consultare i dati relativi ai singoli istituti di cura provinciali nel CD Rom allegato alla presente pubblicazione. Ai 76.543 ricoveri ospedale corrispondono 81.867 ricoveri reparto in regime ordinario. La differenza è costituita dai 5.324 trasferimenti di reparto effettuati negli ospedali pubblici. In 3.633 ricoveri ospedale, corrispondente al 5% dei ricoveri totali, si è quindi verificato almeno 1 trasferimento di reparto

**DATI DI ATTIVITÀ PER
SINGOLO ISTITUTO DI
CURA IN REGIME
ORDINARIO
TRASFERIMENTI DI
REPARTO**

Tabella 10: **Trasferimenti di reparto e numero di ricoveri ospedale con trasferimenti in regime ordinario negli ospedali pubblici provinciali – Anno 2006**

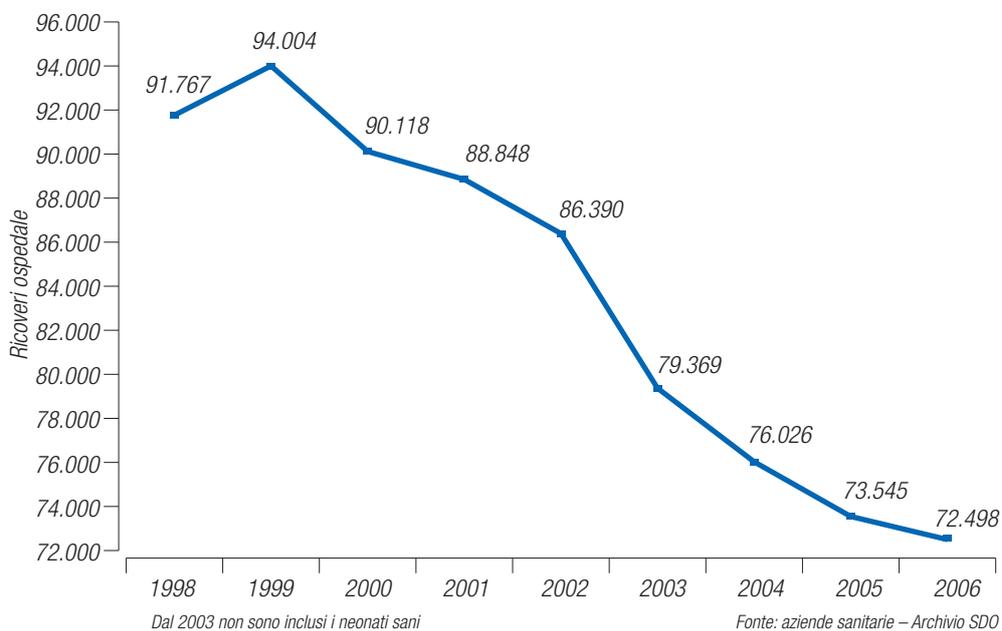
Numero di trasferimenti	Numero di ricoveri ospedale con trasferimenti	Numero complessivo di trasferimenti	% di ricoveri con trasferimenti
1	2.361	2.361	3,257
2	1.008	2.016	1,390
3	162	486	0,223
4	74	296	0,102
5	13	65	0,018
6	9	54	0,012
7	3	21	0,004
8	2	16	0,003
9	1	9	0,001
TOTALE	3.633	5.324	5,011

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

**ATTIVITÀ DI RICOVERO
ANNI 1998-2006**

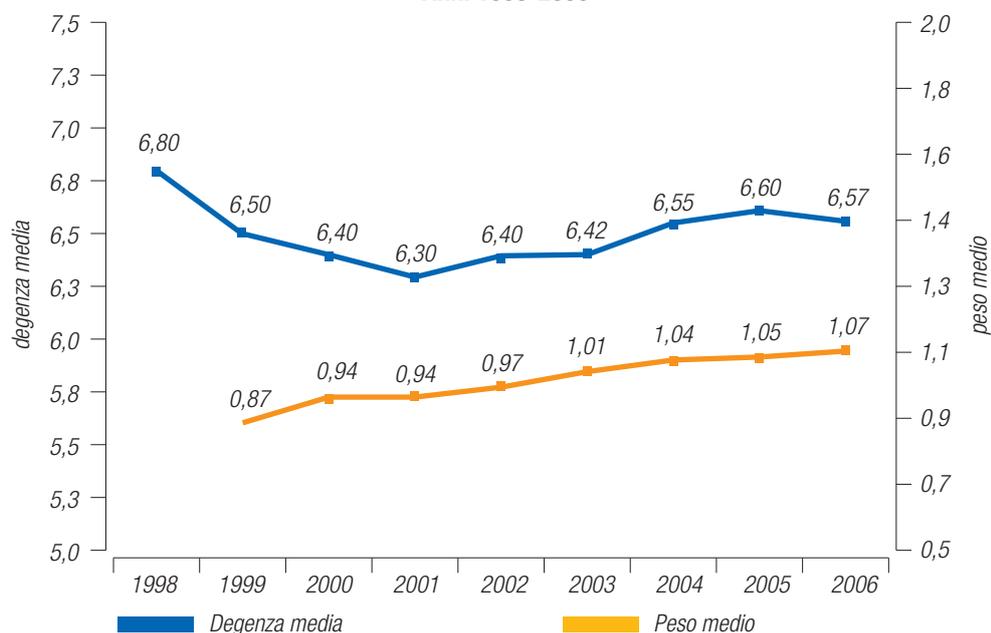
L'attività di ricovero in regime ordinario per acuti degli ospedali pubblici è risultata in crescita fino al 1999 (anno in cui sono stati registrati 94.004 ricoveri ospedale), dal 2000, invece, il numero di ricoveri ospedale nelle strutture pubbliche si è progressivamente ridotto. Nell'ultimo triennio la produzione di ricoveri in regime ordinario si è stabilizzata (dal 2005 al 2006 si è ridotta solamente dell'1,4%).

Figura 8: **Ricoveri ospedale in regime ordinario negli istituti di cura pubblici – Anni 1998-2006**



La degenza media negli istituti pubblici provinciali, calcolata considerando anche i neonati sani per permettere i confronti con gli anni precedenti, illustrati nel grafico, ha registrato una lieve diminuzione, passando dai 6,8 giorni del 1998 ai 6,4 del 2003, e aumentando a 6,6 nel 2006. Si osserva che la degenza media della provincia, calcolata non considerando i neonati sani, risulta nel 2006 pari a 6,7 in linea con l'anno precedente e con i valori nazionali del 2004 (6,7 giorni).

Figura 9: Degenza media e peso medio in regime ordinario negli istituti di cura pubblici – Anni 1998-2006



Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Complessivamente sono stati utilizzati posti letto per il 76,9% del tempo disponibile; ciascun letto, infatti, nel corso dell'anno è stato occupato da 42,7 pazienti diversi, mediamente quindi sono passati 2,0 giorni durante i quali il singolo letto è rimasto libero tra la dimissione di un paziente ed il ricovero del successivo.

INDICATORI DI
EFFICIENZA

265

Tabella 11: Indicatori di efficienza dell'attività in regime ordinario degli istituti di cura provinciali. Ricoveri ospedale – Anno 2006

Istituti di cura	Degenza media	Tasso di utilizzo%*	Intervallo di turn over*	Indice di rotazione*
Ospedale di Bolzano	7,3	78,8	1,9	40,5
Ospedale di Merano	6,9	82,6	1,4	45,0
Ospedale di Bressanone	6,0	79,8	1,5	49,0
Ospedale di Brunico	5,8	82,4	1,2	52,0
Ospedale di Silandro	6,5	76,4	2,0	43,5
Ospedale di Vipiteno	4,9	69,4	2,1	53,6
Ospedale di San Candido	5,3	73,4	1,9	50,9
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	6,6	79,4	1,7	44,8
Casa di Cura S. Maria	6,2	46,9	6,9	27,9
Casa di Cura Villa S. Anna	10,8	71,6	4,3	24,3
Casa di Cura Fonte S. Martino	17,1	11,0	139,3	2,3
Infermeria di Sarentino	24,6	85,5	4,2	12,7
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	8,6	53,4	7,3	23,3
TOTALE ISTITUTI DI CURA	6,7	76,9	2,0	42,7

* Calcolati considerando i ricoveri e le giornate di degenza inclusi quelli dei neonati sani e i posti letto utilizzati per il periodo effettivo di attività incluse le culle nido; i neonati sani ammontano a 4.493

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

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 2006

Istituti di cura	Ricoveri DRGs equivalenti	Degenza media equivalente	Peso medio per ricovero	Tariffa media provinciale (Euro)	Indice di case mix*	Indice comparativo di performance**
Ospedale di Bolzano	35.194	6,0	1,22	3.318,86	0,984	1,10
Ospedale di Merano	15.456	6,1	1,13	2.829,14	0,915	1,13
Ospedale di Bressanone	11.034	5,4	1,11	2.756,36	0,895	1,01
Ospedale di Brunico	10.279	5,7	1,02	2.517,44	0,820	1,06
Ospedale di Silandro	4.277	6,6	0,99	2.310,09	0,795	1,23
Ospedale di Vipiteno	2.622	5,5	0,89	2.073,13	0,715	1,02
Ospedale di San Candido	2.384	5,9	0,89	2.085,91	0,720	1,10
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	81.245	5,9	1,12	2.881,31	0,904	1,09

* Calcolato considerando il valore del peso medio dell'Italia nel 2004 pari a 1,24

** Calcolato considerando la degenza media equivalente dell'Italia nel 2004 pari a 5,4

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

INDICE DI CASE-MIX

L'indice di case-mix esprime la complessità della casistica trattata da un determinato ospedale rispetto allo standard di riferimento. Esso si ottiene dividendo il peso medio DRG equivalente del ricovero ospedale dell'unità operativa considerata per il peso medio equivalente del ricovero ospedale di una popolazione tipo di ricoveri, ad esempio quella nazionale⁴. 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.

Gli ospedali pubblici provinciali, nel complesso, hanno un grado di complessità calcolato con il sistema di pesi DRG (peso medio degli ospedali pubblici della provincia pari a 1,12) più basso rispetto allo standard nazionale⁵; infatti, nel 2006, l'indice di case-mix è pari a 0,904 per gli ospedali pubblici, assumendo valori molto bassi nei ospedali di Brunico, Silandro, San Candido e Vipiteno.

⁴ Il sistema dei pesi DRG adottato dalla Provincia e quello nazionale non corrispondono. Tuttavia, è possibile confrontare l'indice di case mix, ottenuto dividendo il peso medio DRG della struttura ospedaliera dell'unità operativa provinciale per il peso medio della produzione nazionale, considerata come popolazione tipo.

⁵ Il peso medio della Provincia Autonoma di Bolzano calcolato con i pesi ex d.m. 30/06/1997 nel 2006 è pari a 1,13; nel 2004, secondo quanto pubblicato nel Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – Ministero della Salute, era pari a 1,14. Sempre nel 2004 il peso medio nazionale (tutti gli istituti di ricovero) era pari a 1,24

Figura 10: Indice di case-mix per gli ospedali pubblici in regime ordinario – Anno 2006

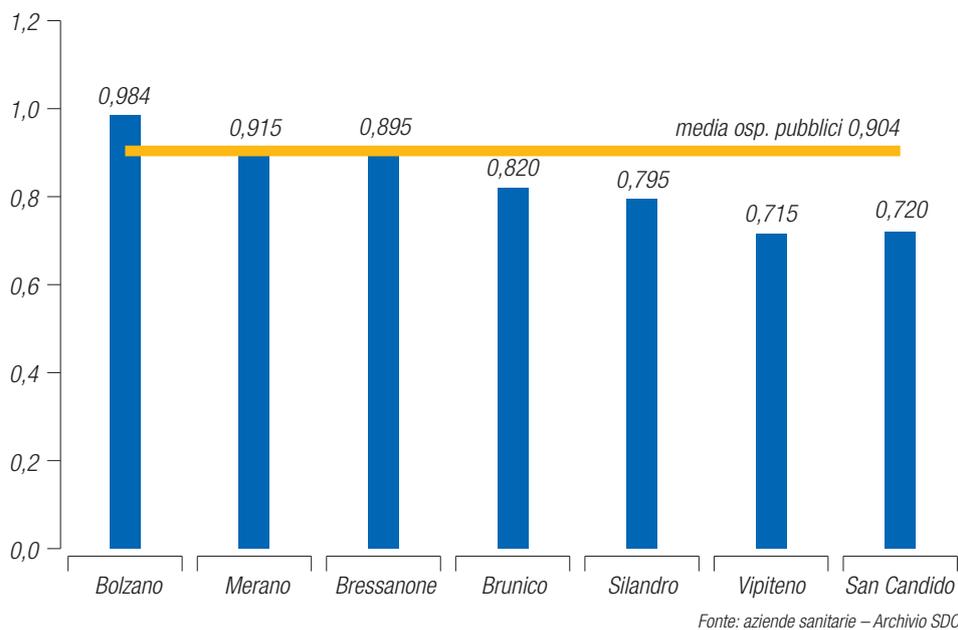
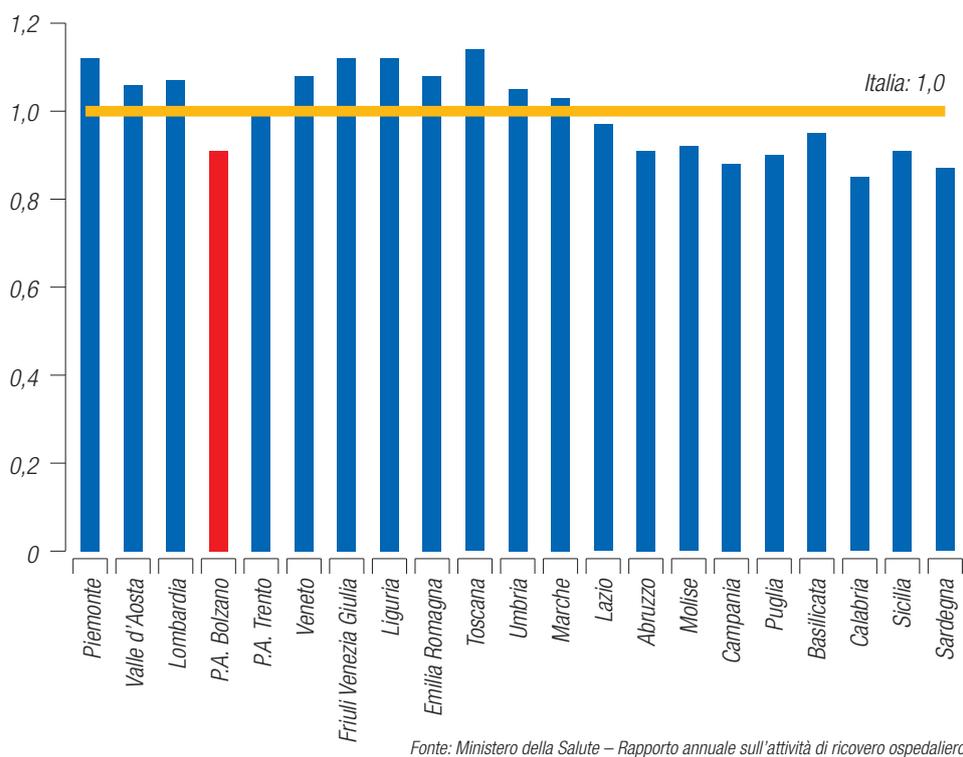


Figura 11: Indice di case-mix nelle regioni italiane – Anno 2004



Sempre attraverso il sistema di classificazione DRG è possibile calcolare i valori dell'indice comparativo di performance, che esprime l'efficienza, in termini di degenza media, di un ospedale in rapporto all'efficienza media di un insieme di ospedali di riferimento.

L'indice comparativo di performance è definito come rapporto tra degenza media DRG equivalente di una unità produttiva e il corrispondente valore di degenza media DRG equivalente di una popolazione tipo di ricoveri; anche in questo caso, lo standard di riferimento

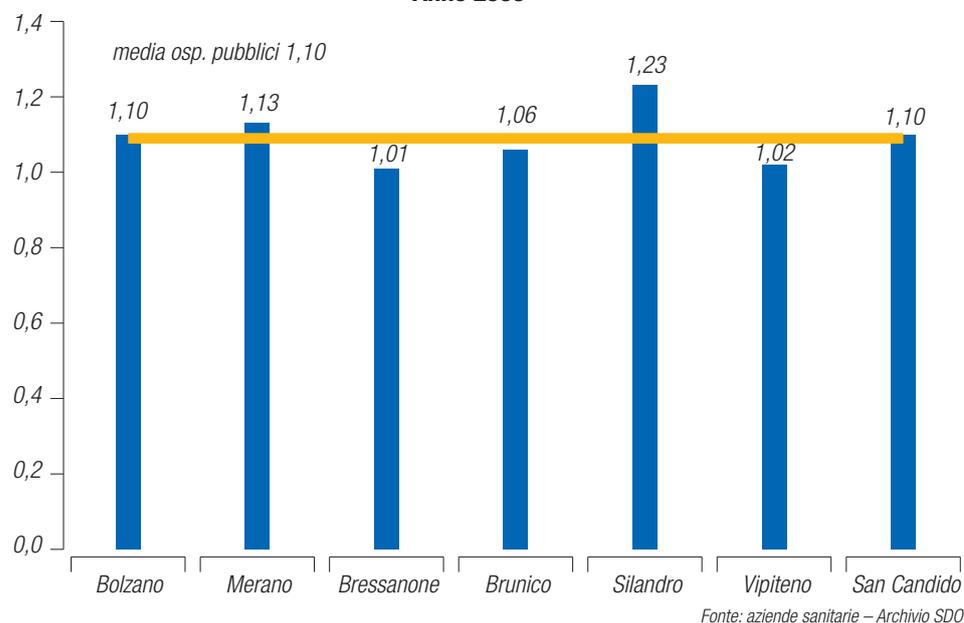
**INDICE COMPARATIVO DI
PERFORMANCE**

adottato è costituito dall'insieme delle dimissioni da tutti gli istituti nazionali nel 2004 (degenza media per unità di peso pari a 5,4 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 = 1,23).

Figura 12: **Indice comparativo di performance per gli ospedali pubblici in regime ordinario – Anno 2006**

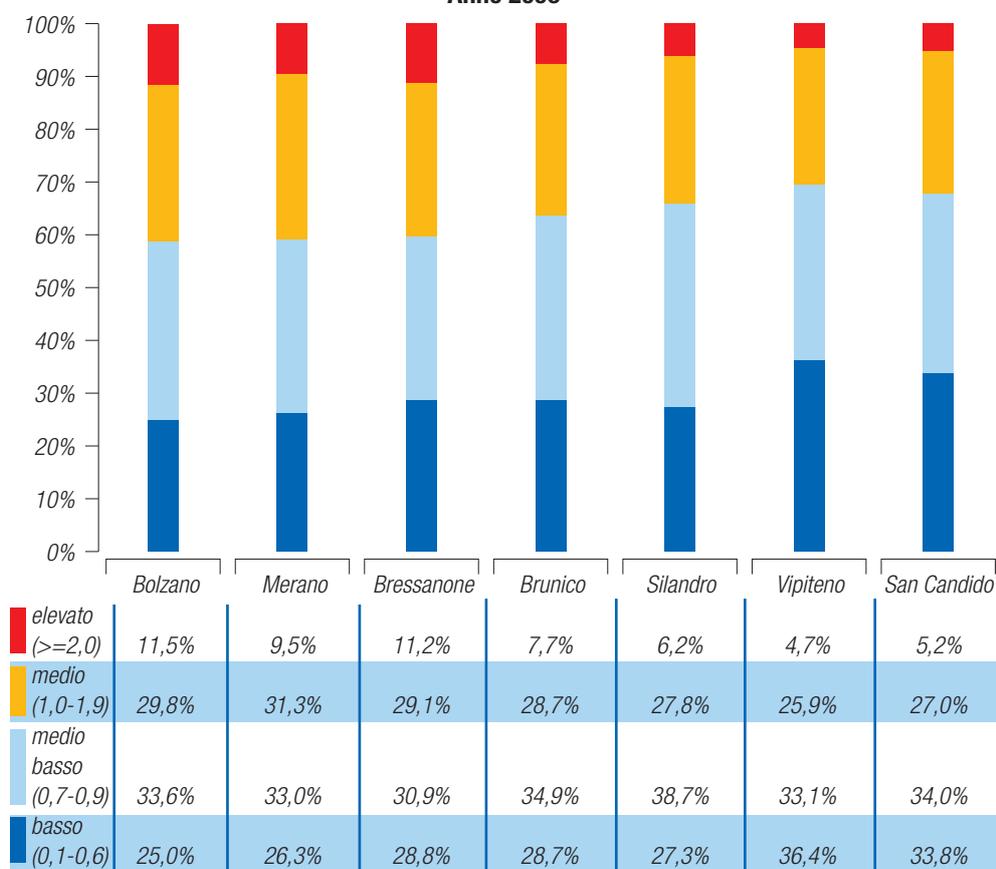


DRGs PER CLASSE DI PESO

I ricoveri ai quali viene attribuito un DRG con peso medio basso (maggiore o uguale a 0,7 ed inferiore a 1,0) sono quelli maggiormente frequenti, e rappresentano il 33,6% del totale di ricoveri negli istituti di cura. Il 26,9% dei ricoveri sono caratterizzati da un peso del DRG basso (inferiore a 0,7) e il 30,0% hanno invece un peso medio (compreso tra 1,0 e 1,9). Solo il 9,6% ha un peso elevato (maggiore o uguale a 2,0).

Il confronto tra gli ospedali pubblici rispetto alla composizione dei ricoveri per complessità della casistica evidenzia la maggior quota di ricoveri con DRGs di peso basso per l'Ospedale di Vipiteno (circa 36,4% dei casi), e di DRGs con peso elevato per l'Ospedale di Bolzano e Bressanone (rispettivamente 11,5% e 11,2% dei casi).

Figura 13: Ricoveri per classe di peso DRG negli ospedali pubblici in regime ordinario – Anno 2006



Fonte: aziende sanitarie - Archivio SDO

Al 66,6% dei ricoveri negli istituti di cura provinciali è stato attribuito un DRG medico o non classificabile⁶ e al 33,4% un DRG di tipo chirurgico.

**DRGs MEDICI E
CHIRURGICI**

Tabella 13: Ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) negli istituti di cura provinciali per tipo di DRG – Anno 2006

Istituti di cura	DRG medico o non classificabile	DRG chirurgico	Totale
Ospedale di Bolzano	20.057	8.798	28.855
Ospedale di Merano	8.452	5.175	13.627
Ospedale di Bressanone	6.039	3.902	9.941
Ospedale di Brunico	6.963	3.141	10.104
Ospedale di Silandro	3.288	1.053	4.341
Ospedale di Vipiteno	1.853	1.106	2.959
Ospedale di San Candido	1.859	812	2.671
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	48.511	23.987	72.498
Casa di Cura S. Maria	1.192	1.299	2.491
Casa di Cura Villa S. Anna	1.115	245	1.360
Casa di Cura Fonte S. Martino	42	-	42
Infermeria di Sarentino	151	1	152
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	2.500	1.545	4.045
TOTALE ISTITUTI DI CURA	51.011	25.532	76.543

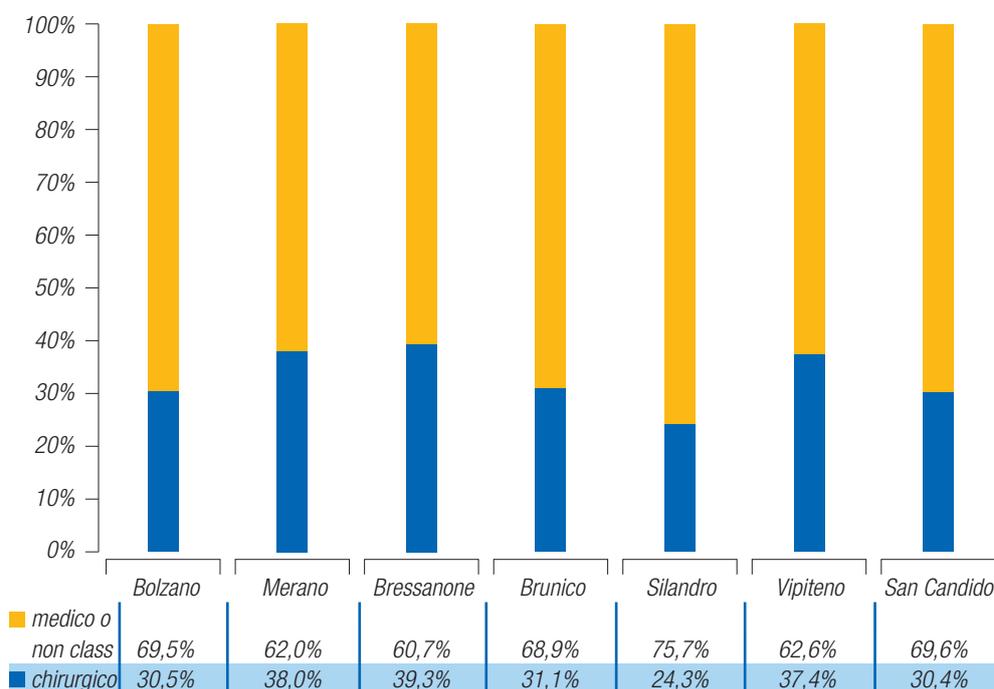
Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

⁶ I DRG non classificabili corrispondono ai DRG appartenenti alla categoria diagnostica principale MDC 15 "Malattie e disturbi del periodo neonatale" (DRG da 385 a 391) e ai DRG anomali (DRG 469 e 470).

Negli ospedali pubblici i ricoveri ordinari con DRG medico o non classificabile rappresentano una quota tra il 60,7% ed il 75,7% di tutti i ricoveri, mentre la quota di DRG chirurgici varia tra il 24,3% e il 39,3%. Nella Casa di Cura S. Maria il 52,1% dei ricoveri è di tipo chirurgico, mentre nella Casa di Cura S. Anna l'82,0% è di tipo medico.

La distribuzione dei ricoveri ordinari per tipo di DRG (medico o non classificabile e chirurgico) è in linea con i valori nazionali del 2004, rispettivamente pari a 63,3% e 36,7%, tuttavia si osserva nelle regioni del Nord Italia una quota percentuale di DRGs chirurgici più elevata (47,9%).

Figura 14: Ricoveri per tipo di DRG negli ospedali pubblici in regime ordinario – Anno 2006



Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di degenza ordinaria possono essere suddivise in:

RICOVERI DI 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 in linea con l'anno precedente) con punte massime del 19,5% nell'Ospedale di San Candido, del 19,2% nell'Ospedale di Vipiteno e del 17,4% nell'Ospedale di Brunico. Per quanto riguarda l'incidenza di ricoveri con durata superiore alla soglia dello specifico DRG, la quota di ricoveri è in linea con gli anni precedenti e pari a 1,4% a livello provinciale.

Tabella 14: **Ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) di 1 giorno e ricoveri ospedale oltre soglia negli istituti di cura provinciali – Anno 2006**

Istituti di cura	Ricoveri di 1 giorno	% ricoveri di 1 giorno sul totale	Ricoveri oltre soglia	% ricoveri oltre soglia sul totale
Ospedale di Bolzano	3.894	13,5	509	1,8
Ospedale di Merano	1.611	11,8	157	1,2
Ospedale di Bressanone	1.257	12,6	108	1,1
Ospedale di Brunico	1.758	17,4	134	1,3
Ospedale di Silandro	583	13,4	72	1,7
Ospedale di Vipiteno	568	19,2	12	0,4
Ospedale di San Candido	520	19,5	25	0,9
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	10.191	14,1	1.017	1,4
Casa di Cura S. Maria	322	12,9	11	0,4
Casa di Cura Villa S. Anna	143	10,5	23	1,7
Casa di Cura Fonte S. Martino	3	7,1	3	7,1
Infermeria di Sarentino	10	6,6	-	-
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	478	11,8	37	0,9
TOTALE ISTITUTI DI CURA	10.669	13,9	1.054	1,4

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

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 2006**

Istituti di cura	DM ricoveri entro soglia	DM complessiva
Ospedale di Bolzano	7,7	7,3
Ospedale di Merano	7,1	6,9
Ospedale di Bressanone	6,4	6,0
Ospedale di Brunico	6,5	5,8
Ospedale di Silandro	7,1	6,5
Ospedale di Vipiteno	5,7	4,9
Ospedale di San Candido	6,2	5,3
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	7,1	6,6
Casa di Cura S. Maria	7,0	6,2
Casa di Cura Villa S. Anna	11,3	10,8
Casa di Cura Fonte S. Martino	16,1	17,1
Infermeria di Sarentino	26,3	24,6
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	9,3	8,6
TOTALE ISTITUTI DI CURA	7,2	6,7

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Nonostante la minor incidenza in termini percentuali, i ricoveri con durata oltre soglia consumano un numero di giornate di degenza superiore rispetto ai ricoveri di 1 giorno. L'effetto combinato determinato dalle giornate di degenza dei ricoveri oltre soglia e dai ricoveri di 1 giorno, è quello di ridurre, la degenza media rispetto alla situazione teorica, costituita da soli ricoveri ordinari normali (0,5 giorni in meno) per quanto riguarda gli ospedali pubblici; la situazione è pressoché invariata rispetto all'anno precedente.

Sono sufficienti 19 DRGs per spiegare circa il 30,0% dei ricoveri ospedale effettuati in provincia, il DRG più frequente è rappresentato dal DRG 373 "Parto vaginale senza diagnosi complicanti" (5,0% del totale dei ricoveri).

DRGs PIÙ FREQUENTI

La frequenza di episodi di ricovero oltre soglia è molto elevata per i DRGs 467, 373, e 430 con quote rispettivamente dell'11,6%, 3,0% e del 2,4%.

Tabella 16: **Ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) per DRGs più frequenti, % cumulata di ricoveri e % di ricoveri oltre soglia negli istituti di cura provinciali – Anno 2006**

DRG	Descrizione DRG più frequenti	Ricoveri	% cum. ricoveri	% ricoveri oltre soglia
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	3.839	5,0	3,0
243	Affezioni mediche del dorso	1.749	7,3	0,1
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	1.620	9,4	0,6
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 senza cc	1.553	11,4	0,3
127	Insufficienza cardiaca e shock	1.477	13,4	1,7
430	Psicosi	1.381	15,2	2,4
371	Parto cesareo senza cc	1.192	16,7	1,3
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età >17 senza cc	1.065	18,1	0,1
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18	1.003	19,4	0,2
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza cc	1.002	20,7	0,1
14	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	1.001	22,1	0,7
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	991	23,4	0,5
503	Interventi su ginocchio senza diagnosi principale di infezione	800	24,4	0,0
89	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 con cc	760	25,4	1,2
33	Commozione cerebrale, età < 18	732	26,3	0,5
88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	723	27,3	1,2
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18	674	28,2	0,4
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	647	29,0	11,6
32	Commozione cerebrale, età > 17 senza cc	615	29,8	1,0
TOTALE RICOVERI		76.543		1,4

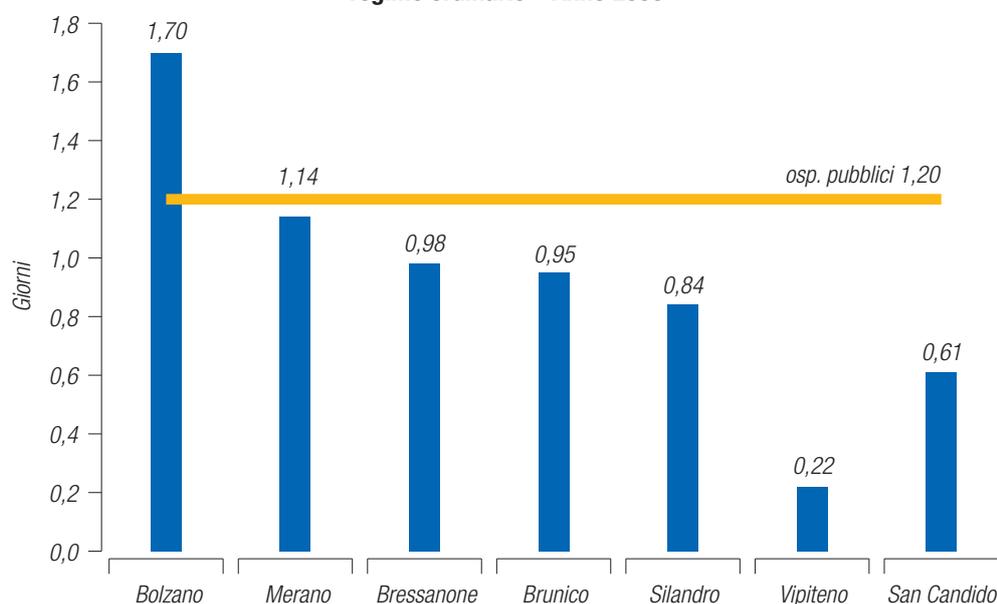
Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

**DEGENZA MEDIA
PRE-OPERATORIA**

La degenza media pre operatoria⁷ dei ricoveri (non urgenti) con DRG chirurgico e almeno un intervento chirurgico, effettuati negli istituti di cura provinciali è pari a 1,10 giorni (negli ospedali pubblici: 1,20 giorni; negli istituti di cura privati: 0,05 giorni).

⁷ Nel calcolo della degenza media preoperatoria sono stati considerati solo i ricoveri programmati e come data di intervento è stata selezionata la data relativa all'intervento (codice < '8700') segnato per primo negli spazi riservati agli interventi/procedure nella SDO

Figura 15: **Degenza media pre operatoria (solo ricoveri programmati) negli ospedali pubblici in regime ordinario – Anno 2006**



Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Occorrono 21 DRGs per spiegare circa il 50% dell'attività complessiva chirurgica a livello provinciale. Il DRG chirurgico con intervento chirurgico (codice ICD9CM versione 2002 di almeno un intervento inferiore a '8700') più frequente è stato il DRG 209 "Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori", attribuito in 1.620 casi, con degenza media di 12,3.

Tra i DRGs chirurgici con intervento chirurgico più frequenti, la degenza media del ricovero più bassa è pari a 2,5 giorni ed è relativa al DRG 229 "Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc".

L'attesa dell'intervento chirurgico dal momento del ricovero è più elevata per il DRG più frequente 516 "Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con IMA" (1,8 giorni) e più bassa per il DRG 167 "Appendicectomia con diagnosi principale non complicata, senza cc" (pari a 0,3 giorni).

DRGs CHIRURGICI

Tabella 17: **Ricoveri ospedale in regime ordinario (esclusi neonati sani) per DRGs chirurgici più frequenti, % cumulata di ricoveri, degenza media e degenza media pre-operatoria – Anno 2006**

DRG	Descrizione DRG	Ricoveri ^o	% cum. ricoveri	Degenza media	Degenza media preop.*
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	1.620	6,3	12,3	1,4
371	Parto cesareo senza cc	1.192	11,0	6,1	0,4
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età >17 senza cc	1.065	15,2	6,5	0,6
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	991	19,1	5,2	0,9
503	Interventi su ginocchio senza diagnosi principale di infezione	800	22,2	4,1	0,5
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18	674	24,8	2,7	0,8
167	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata, senza cc	605	27,2	3,5	0,3
225	Interventi sul piede	553	29,4	4,6	0,8
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	515	31,4	3,1	0,8
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc	494	33,3	2,5	0,8
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza cc	477	35,2	4,0	0,8
231	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore	462	37,0	3,4	0,9
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto comune senza cc	447	38,8	4,2	0,6
516	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con IMA	431	40,4	9,6	1,8
517	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	425	42,1	5,1	1,2
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età >17 senza cc	415	43,7	9,2	1,3
311	Interventi per via transuretrale, senza cc	411	45,3	3,7	1,0
227	Interventi sui tessuti molli senza cc	335	46,7	3,9	0,6
500	Interventi su dorso e collo eccetto artrodesi vertebrale senza cc	312	47,9	4,8	0,9
290	Interventi sulla tiroide	305	49,1	3,8	0,7
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	295	50,2	2,6	0,7
TOTALE RICOVERI		25.530		6,9	1,1

* Nel calcolo della degenza media preoperatoria sono stati considerati solo i ricoveri programmati e come data di intervento è stata selezionata la data relativa all'intervento (codice < '8700') segnato per primo negli spazi riservati agli interventi/procedure nella SDO

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

TRASFERIMENTI TRA ISTITUTI DI CURA PROVINCIALI

Sono considerati trasferimenti tra gli istituti provinciali i casi nei quali il paziente è stato dimesso da un istituto e riammesso in un altro diverso dal primo, lo stesso giorno o il giorno successivo a quello della sua dimissione.

I dati riportati fanno riferimento all'insieme degli eventi costituito dalle coppie di ricoveri di ordine n e n+1 di pazienti trasferiti.

Sono stati 1.451 gli eventi che nel 2006 sono risultati come trasferimenti tra gli istituti di cura della Provincia Autonoma di Bolzano. Nel 95,7% di casi l'ammissione presso il secondo istituto è stata registrata nella giornata di dimissione dal primo ospedale, mentre nel rimanente 4,3% (pari a 63 casi) il ricovero è avvenuto il giorno successivo.

Dall'Ospedale centrale di Bolzano il 66,5% dei trasferimenti è avvenuto verso un ospedale aziendale; verso l'Ospedale di Bolzano, invece, sono stati indirizzati il 60,8% dei trasferimenti.

menti effettuati da ospedali aziendali, il 44,7% di quelli da ospedali di base e il 55,4% dei trasferimenti da istituti privati.

Tabella 18: **Trasferimenti tra istituti di cura per tipo di istituto di destinazione e provenienza del paziente – Anno 2006**

Tipo istituto di provenienza	Tipo istituto di destinazione				Totale
	Ospedale centrale	Ospedale aziendale	Ospedale die base	Casa di Cura privata	
Ospedale centrale	-	329	91	75	495
Ospedale aziendale	347	50	109	65	571
Ospedale di base	131	160	1	1	293
Casa di Cura privata	51	36	1	4	92
TOTALE	529	575	202	145	1.451

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

3.2.4. Ricoveri per acuti in regime diurno

In questo capitolo viene descritta l'attività assistenziale in regime diurno degli ospedali pubblici e delle case di cura private della Provincia Autonoma di Bolzano, mediante l'utilizzo di indicatori classici che fanno riferimento alla numerosità degli eventi considerati (numero medio di accessi, tasso di utilizzo e indice di rotazione dei posti letto).

Per il calcolo del tasso di utilizzo dei posti letto e dell'indice di rotazione medio giornaliero in regime diurno, i giorni di apertura dei reparti sono stati convenzionalmente posti pari a 250; per il calcolo del tasso di utilizzo, inoltre, è stato considerato un indice di rotazione medio giornaliero pari a 1.

I ricoveri in regime diurno possono essere caratterizzati da un singolo accesso (in generale DRG chirurgico) o da cicli programmati di accessi (ossia più accessi dello stesso paziente per la stessa patologia, tipico dei DRGs medici).

Nel caso del singolo accesso viene conteggiata una giornata di assistenza, nel caso di ciclo viene conteggiato un numero di giornate di degenza pari al numero complessivo degli accessi programmati ed erogati.

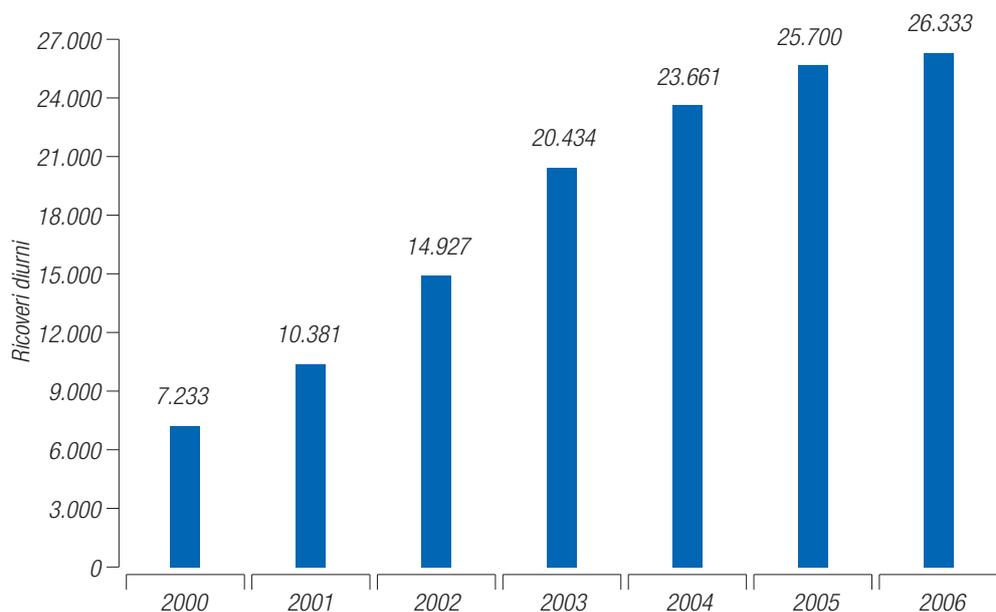
Nel 2006 la produzione dei ricoveri in regime diurno è stata di 26.333, 24.742 (94,0%) dei quali sono stati effettuati negli ospedali pubblici provinciali.

Rispetto al 2005, il numero di ricoveri in regime diurno è rimasto pressoché stabile (variazione della percentuale di ricoveri diurni sul totale per gli ospedali pubblici pari a 0,9%). Fanno eccezione gli ospedali di Bolzano e Brunico, per i quali c'è stato un leggero aumento del numero di ricoveri in regime diurno (rispettivamente di 2,9% e 1,5%) e l'Ospedale di Bressanone per il quale c'è stata una diminuzione (-3,0%).

**RICOVERI IN REGIME
DIURNO**

**DATI DI ATTIVITÀ PER
SINGOLO ISTITUTO DI
CURA IN REGIME DIURNO**

Figura 16: Ricoveri in regime diurno negli istituti di cura provinciali – Anni 2000-2006



Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

In riferimento all'attività ospedaliera in regime diurno è possibile consultare i dati relativi ai singoli istituti di cura provinciali nel CD Rom allegato alla presente pubblicazione.

Tabella 19: Ricoveri, giornate, numero medio di accessi ed indicatori classici dell'attività in regime diurno degli istituti di cura provinciali – Anno 2006

Istituti di cura	Posti letto	Ricoveri	Giornate complessive	N. medio accessi DRG medico	Tasso di utilizzo%**	Indice di rotazione**	
						annuo	giornaliero
Ospedale di Bolzano	82	9.309	24.633	3,5	120,2	113,5	1,20
Ospedale di Merano	26	4.705	10.759	4,3	165,5	181,0	1,66
Ospedale di Bressanone	23	2.794	4.695	2,9	81,7	121,5	0,82
Ospedale di Brunico	24	4.600	6.868	2,5	114,5	191,7	1,14
Ospedale di Silandro	6	861	1.622	3,9	108,1	143,5	1,08
Ospedale di Vipiteno	10	1.563	2.181	2,1	87,2	156,3	0,87
Ospedale di San Candido*	9	910	2.403	6,0	115,8	109,6	1,16
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	180	24.742	53.161	3,5	118,6	138,0	1,19
Casa di Cura S. Maria	14	1.429	1.429	1,0	40,8	102,1	0,41
Casa di Cura Villa S. Anna	-	162	163	1,3	-	-	-
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-	-	-	-	-
Infermeria di Sarentino	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	14	1.591	1.592	1,0	45,5	113,6	0,45
TOTALE ISTITUTI DI CURA	194	26.333	54.753	3,4	113,3	136,2	1,13

* I posti letto del reparto di Chirurgia generale in regime diurno sono passati a 2 dal 01/05/2006

** Il tasso di utilizzo e l'indice di rotazione medio giornaliero sono stati calcolati ponendo convenzionalmente i giorni di apertura su base annua pari a 250; per il calcolo del tasso di utilizzo è stato considerato un indice di rotazione medio giornaliero pari a 1

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Del totale dei ricoveri in regime diurno, 11.303 presentano un DRG medico o non classificabile per un numero complessivo di 38.764 accessi. Il numero medio di accessi per ricovero in regime diurno con DRG medico varia da 2,0 dell'Ospedale di Vipiteno a 6,0 dell'Ospedale di San Candido. I ricoveri in regime diurno con DRG chirurgico, invece, sono stati 15.030 per 15.989 giornate complessive.

Tabella 20: **Ricoveri e giornate in regime diurno per tipo di DRG degli istituti di cura provinciali – Anno 2006**

Istituti di cura	DRG medico o non classificabile		DRG chirurgico	
	Ricoveri	Giornate complessive	Ricoveri	Giornate complessive
Ospedale di Bolzano	5.750	20.148	3.559	4.485
Ospedale di Merano	1.835	7.876	2.870	2.883
Ospedale di Bressanone	975	2.875	1.819	1.820
Ospedale di Brunico	1.476	3.737	3.124	3.131
Ospedale di Silandro	259	1.017	602	605
Ospedale di Vipiteno	556	1.165	1.007	1.016
Ospedale di San Candido	300	1.793	610	610
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	11.151	38.611	13.591	14.550
Casa di Cura S. Maria	148	148	1.281	1.281
Casa di Cura Villa S. Anna	4	5	158	158
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-	-
Infermeria di Sarentino	-	-	-	-
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	152	153	1.439	1.439
TOTALE ISTITUTI DI CURA	11.303	38.764	15.030	15.989

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Nel 2006, tra i DRGs medici e non classificabili, il DRG più frequente è stato il DRG 410 “Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta”, con l’11,4% dei ricoveri. La diagnosi di dimissione più frequente è stata, invece, “Altri e non specificati procedimenti e trattamenti ulteriori” (13,3%).

DRGs MEDICI

Tabella 21: **DRGs più frequenti nei ricoveri in regime diurno con DRG medico o non classificabile degli istituti di cura provinciali – Anno 2006**

DRG	Descrizione DRGs più frequenti	Ricoveri	% cumulata
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.288	11,4
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	707	17,7
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	669	23,6
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	450	27,6
35	Altre malattie del sistema nervoso, senza cc	363	30,8
47	Altre malattie dell'occhio, età > 17 senza cc	312	33,5
187	Estrazioni e riparazioni dentali	310	36,3
429	Disturbi organici e ritardo mentale	283	38,8
13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	241	40,9
131	Malattie vascolari periferiche, senza cc	241	43,0
301	Malattie endocrine, senza cc	234	45,1
241	Malattie del tessuto connettivo, senza cc	202	46,9
243	Afezioni mediche del dorso	174	48,4
183	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 senza cc	173	50,0
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17	170	51,5
TOTALE RICOVERI CON DRG MEDICO O NON CLASSIFICABILE		11.303	

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Tabella 22: **Categorie di diagnosi principale di dimissione più frequenti nei ricoveri in regime diurno con DRG medico o non classificabile degli istituti di cura provinciali – Anno 2006**

Codice ICD9CM	Descrizione categorie di diagnosi principale più frequenti	Ricoveri	% cumulata
V58	Altri e non specificati procedimenti e trattamenti ulteriori	1.502	13,3
628	Infertilità femminile	588	18,5
333	Altre malattie extrapiramidali e altri disturbi del movimento	386	21,9
521	Malattie dei tessuti duri dei denti	311	24,7
V07	Necessità di isolamento e di altre misure profilattiche	287	27,2
290	Stati psicotici organici senili e presenili	234	29,3
340	Sclerosi multipla	232	31,3
331	Altre degenerazioni cerebrali	184	32,9
427	Aritmie cardiache	179	34,5
345	Epilessie	162	36,0
781	Sintomi interessanti i sistemi nervoso e osteomuscolare	155	37,3
714	Artrite reumatoide ed altre poliartropatie infiammatorie	153	38,7
440	Arterosclerosi	147	40,0
V10	Anamnesi personale di tumore maligno	132	41,2
780	Sintomi generali	131	42,3
250	Diabete mellito	130	43,5
TOTALE RICOVERI CON DRG MEDICO O NON CLASSIFICABILE		11.303	

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

DRGs CHIRURGICI

Il DRG chirurgico maggiormente rilevato è stato il DRG 039 “Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia” (21,8%) e la diagnosi di dimissione più frequente è stata, invece, “Cataratta” (21,4%).

Tabella 23: **DRGs più frequenti nei ricoveri in regime diurno con DRG chirurgico degli istituti di cura provinciali – Anno 2006**

DRG	Descrizione DRG più frequenti	Ricoveri	% cumulata
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	3.275	21,8
503	Interventi su ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.234	30,0
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1.125	37,5
119	Legatura e stripping di vene	1.086	44,7
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	903	50,7
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc	780	55,9
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	709	60,6
231	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore	527	64,1
6	Decompressione del tunnel carpale	514	67,6
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc	454	70,6
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc	399	73,2
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	319	75,3
TOTALE RICOVERI CON DRG CHIRURGICO		15.030	

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Tabella 24: **Categorie di diagnosi principale di dimissione più frequenti nei ricoveri in regime diurno con DRG chirurgico degli istituti di cura provinciali – Anno 2006**

Codice ICD9CM	Descrizione categorie di diagnosi principale più frequenti	Ricoveri	% cumulata
366	Cataratta	3.217	21,4
717	Lesioni interne del ginocchio	1.264	29,8
454	Varici degli arti inferiori	1.087	37,0
550	Ernia inguinale	827	42,5
628	Infertilità femminile	739	47,5
635	Aborto indotto legalmente	528	51,0
354	Mononeuriti dell'arto superiore e mononeuriti multiple	527	54,5
V54	Altro trattamento ortopedico superiore	449	57,5
362	Altre malattie della retina	385	60,0
621	Patologie dell'utero non classificate altrove	363	62,4
632	Aborto ritenuto	363	64,9
727	Altri disturbi delle membrane sinoviali, dei tendini e delle borse	353	67,2
605	Prepuzio esuberante e fimosi	313	69,3
TOTALE RICOVERI CON DRG CHIRURGICO		15.030	

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

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 tra gli ospedali. Per ricoveri ripetuti si intendono tutti i ricoveri successivi al primo, esclusi i ricoveri effettuati in regime diurno, i ricoveri nelle unità operative di Riabilitazione e Recupero funzionale, Lungodegenza post-acuzie e Psichiatria e i ricoveri per i DRG 409 "Radioterapia", DRG 410 "Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta" e DRG 492 "Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta".

Nel 2006 sono stati rilevati 15.767 ricoveri ripetuti, di cui il 62,5% urgenti; il 42,5% ha come ospedale di provenienza l'Ospedale di Bolzano, il 39,8% un ospedale aziendale, il 12,1% un ospedale di base ed il 5,6% una casa di cura privata. Il tipo di istituto di cura di provenienza e di destinazione coincidono per 13.800 ricoveri pari all'87,5% dei casi.

Tabella 25: **Ricoveri ripetuti in regime ordinario per tipo di istituto di cura di destinazione e di provenienza del paziente – Anno 2006**

Tipo istituto di provenienza	Tipo istituto di destinazione				Totale
	Ospedale centrale	Ospedale aziendale	Ospedale di base	Casa di Cura privata	
Ospedale centrale	6.186	271	57	185	6.699
Ospedale aziendale	300	5.593	215	172	6.280
Ospedale di base	76	232	1.569	24	1.901
Casa di Cura privata	227	187	21	452	887
TOTALE	6.789	6.283	1.862	833	15.767

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Nel 2006 nelle unità operative degli istituti di cura della provincia (escluse le unità operative di Riabilitazione e Recupero funzionale, Lungodegenza post-acuzie e Psichiatria) sono stati effettuati 2.929 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

RICOVERI RIPETUTI

di leucemia acuta” e DRG 492 “Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta”), pari al 3,8% del totale ricoveri.

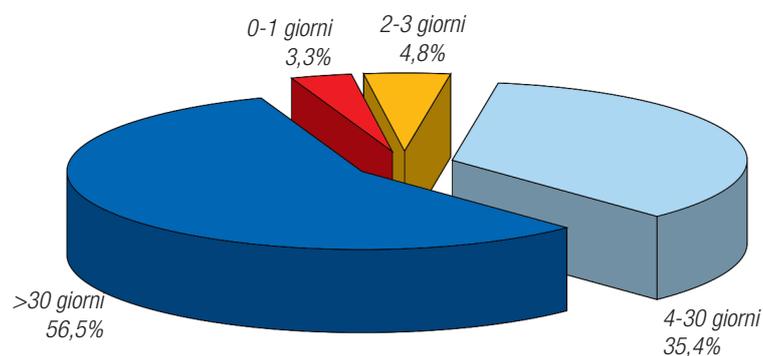
L'85,0% dei ricoveri ripetuti nello stesso istituto e per lo stesso DRG si sono conclusi con la dimissione del paziente a domicilio, il 5,6% con il decesso del paziente e il rimanente 9,4% con altra modalità di dimissione; inoltre, più del 60% dei ricoveri ripetuti risulta urgente.

Tabella 26: Ricoveri ripetuti in regime ordinario nello stesso istituto e con lo stesso DRG per modalità di dimissione e intervallo di tempo trascorso tra i ricoveri e percentuale di ricoveri urgenti negli istituti di cura provinciali – Anno 2006

Intervallo di tempo tra i ricoveri	Dimissione a domicilio del paziente	Altra modalità di dimissione	Totale	% ricoveri urgenti
0-1 giorni	78	18	96	83,3
2-3 giorni	117	24	141	70,9
4-30 giorni	873	163	1.036	63,0
>30 giorni	1.419	237	1.656	62,3
TOTALE	2.487	442	2.929	63,6

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Figura 17: Ricoveri ripetuti in regime ordinario nello stesso istituto e con lo stesso DRG per intervallo di tempo trascorso tra i ricoveri – Anno 2006



Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

INTERVALLO DI TEMPO TRA I RICOVERI

RICOVERI RIPETUTI CON INTERVALLO DI TEMPO 0-1 GIORNI

L'intervallo di tempo trascorso tra un ricovero e il successivo nel 56,5% dei casi è risultato superiore ai 30 giorni, nel 35,4% è risultato compreso tra i 4 e i 30 giorni, nel 4,8% è risultato compreso tra 2 e 3 giorni e nel 3,3% dei casi il paziente è stato dimesso e poi riammesso nello stesso giorno o nel giorno successivo, nello stesso ospedale.

Dei 195 ricoveri ripetuti con intervallo di tempo compreso tra 0 e 3 giorni e con dimissione a domicilio del paziente, il 32,8% sono stati effettuati presso l'Ospedale di Bolzano, il 18,5% presso l'Ospedale di Merano e l'Ospedale di Bressanone e il 9,7% presso l'Ospedale di Brunico. I ricoveri ripetuti di pazienti non residenti in provincia sono stati 8. L'importo complessivo di questi 195 ricoveri ripetuti è risultato di 467.343,17 Euro. L'importo degli 8 ricoveri ripetuti di pazienti non residenti in provincia è risultato pari a 17.172,19 Euro.

Tabella 27: **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 2006**

Istituto di cura	Azienda sanitaria di residenza				Extraprov.	Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico		
Ospedale di Bolzano	55	2	1	-	5	63
Ospedale di Merano	2	33	-	-	1	36
Ospedale di Bressanone	3	-	14	1	1	19
Ospedale di Brunico	1	-	-	34	1	36
Ospedale di Silandro	-	18	-	-	-	18
Ospedale di Vipiteno	3	-	9	-	-	12
Ospedale di San Candido	-	-	-	6	-	6
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	64	53	24	41	8	190
Casa di Cura S. Maria	1	-	-	-	-	1
Casa di Cura Villa S. Anna	-	4	-	-	-	4
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-	-	-	-
Infermeria di Sarentino	-	-	-	-	-	-
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	1	4	-	-	-	5
TOTALE ISTITUTI DI CURA	65	57	24	41	8	195

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Degli 873 ricoveri ripetuti con intervallo di tempo compreso tra 4 e 30 giorni e con dimissione a domicilio del paziente, il 42,8% sono ricoveri effettuati presso l'Ospedale di Bolzano, il 17,6% presso l'Ospedale di Merano, il 10,3% presso l'Ospedale di Bressanone, il 9,4% presso quello di Brunico, il 6,5% presso quello di Silandro, il 5,2% presso quello di Vipiteno, il 4,6% presso quello di San Candido e il rimanente 3,6% presso gli istituti privati.

**RICOVERI RIPETUTI CON
INTERVALLO DI TEMPO
4-30 GIORNI**

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 compreso tra 4 e 30 giorni per istituto di cura e residenza del paziente – Anno 2006**

Istituto di cura	Azienda sanitaria di residenza				Extraprov.	Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico		
Ospedale di Bolzano	309	17	7	6	35	374
Ospedale di Merano	8	144	-	-	2	154
Ospedale di Bressanone	15	1	65	9	-	90
Ospedale di Brunico	5	2	4	71	-	82
Ospedale di Silandro	-	57	-	-	-	57
Ospedale di Vipiteno	3	1	39	-	2	45
Ospedale di San Candido	-	-	-	31	9	40
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	340	222	115	117	48	842
Casa di Cura S. Maria	14	1	1	-	1	17
Casa di Cura Villa S. Anna	4	8	-	-	-	12
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-	-	-	-
Infermeria di Sarentino	2	-	-	-	-	2
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	20	9	1	-	1	31
TOTALE ISTITUTI DI CURA	360	231	116	117	49	873

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

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 49.

**RICOVERI RIPETUTI PER
SINGOLO ISTITUTO DI
CURA**

L'importo complessivo di questi 873 ricoveri ripetuti è risultato di 2.675.792,54 Euro. L'importo dei 49 ricoveri ripetuti di pazienti non residenti in Provincia è risultato pari a 367.350,65 Euro.

In riferimento ai ricoveri ripetuti nello stesso istituto e per lo stesso DRG con dimissione del paziente a domicilio, è possibile consultare i dati relativi ai singoli istituti di cura provinciali nel CD Rom allegato alla presente pubblicazione.

**RICOVERI BREVI PER
MODALITA' DI
DIMISSIONE E TIPO DI
DRG**
3.2.5.2. Ricoveri brevi di durata di 2 o 3 giorni

Nel 2006 nelle unità operative degli istituti di cura della provincia (escluse le unità operative di Riabilitazione e Recupero funzionale, Lungodegenza post-acuzie e Psichiatria) sono stati effettuati 20.788 ricoveri ordinari di durata di 2 o 3 giorni, pari al 27,7% dei 74.957 ricoveri acuti ordinari effettuati, con esclusione di quelli effettuati in Psichiatria.

Nel 95,0% dei casi (19.756 ricoveri) il paziente è stato dimesso al proprio domicilio. Al 60,2% circa dei ricoveri brevi è stato attribuito un DRG di tipo medico o non classificabile e al 39,0% un DRG di tipo chirurgico.

Tabella 29: **Ricoveri brevi di durata di 2 o 3 giorni in regime ordinario per modalità di dimissione e tipo di DRG negli istituti di cura provinciali – Anno 2006**

Modalità di dimissione	DRG medico	DRG chirurgico	DRG non classificabile	Totale	%
Dimissione a domicilio	11.669	7.943	144	19.756	95,0
Deceduto	195	23	2	220	1,1
Altra modalità di dimissione	650	150	12	812	3,9
TOTALE	12.514	8.116	158	20.788	100,0

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

282

**RICOVERI BREVI CON
DIMISSIONE A DOMICILIO
E DRG MEDICO**

I ricoveri brevi con modalità di dimissione a domicilio del paziente e con DRG di tipo medico sono risultati 11.669 (56,1% del totale). Il 97,8% di essi sono stati effettuati negli ospedali pubblici (il 39,9% nell'Ospedale di Bolzano), il rimanente 2,2% presso gli istituti privati, in particolare nella Casa di Cura Santa Maria.

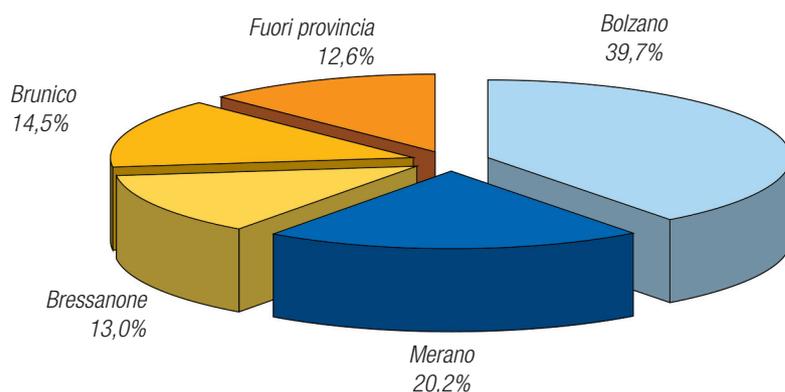
Tabella 30: **Ricoveri di durata 2 o 3 giorni in regime ordinario con modalità di dimissione a domicilio e DRG di tipo medico per istituto di cura provinciale e residenza del paziente – Anno 2006**

Istituto di cura	Azienda sanitaria di residenza				Extraprov.	Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico		
Ospedale di Bolzano	3.924	141	54	37	514	4.670
Ospedale di Merano	146	1.485	7	5	172	1.815
Ospedale di Bressanone	263	11	1.046	90	183	1.593
Ospedale di Brunico	27	14	85	1.293	305	1.724
Ospedale di Silandro	5	627	2	-	81	715
Ospedale di Vipiteno	88	17	315	6	62	488
Ospedale di San Candido	4	2	3	255	149	413
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	4.457	2.297	1.512	1.686	1.466	11.418
Casa di Cura S. Maria	161	18	5	3	1	188
Casa di Cura Villa S. Anna	11	46	-	-	2	59
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-	-	-	-
Infermeria di Sarentino	4	-	-	-	-	4
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	176	64	5	3	3	251
TOTALE ISTITUTI DI CURA	4.633	2.361	1.517	1.689	1.469	11.669

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

1.469 ricoveri, pari al 12,6% degli 11.669 ricoveri brevi con dimissione a domicilio del paziente e DRG di tipo medico, sono stati effettuati da pazienti non residenti in provincia; nel 35,0% dei casi il ricovero è avvenuto presso l'Ospedale di Bolzano e nel 20,8% presso l'Ospedale di Brunico.

Figura 18: **Ricoveri brevi in regime ordinario di dimessi a domicilio con DRG di tipo medico effettuati negli istituti di cura provinciali per residenza del paziente – Anno 2006**



Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Relativamente ai ricoveri di altoatesini effettuati in altre regioni italiane, la durata della degenza è risultata di 2 o 3 giorni in 1.158 casi, pari al 36,3% dei ricoveri effettuati fuori provincia. Si rinvia al paragrafo dei ricoveri di acuti in strutture nazionali per l'analisi in dettaglio.

In riferimento ai ricoveri brevi con dimissione a domicilio del paziente e DRG di tipo medico, è possibile consultare i dati relativi ai singoli istituti di cura provinciali nel CD Rom allegato alla presente pubblicazione.

3.2.5.3. 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 essenziali di assistenza", oltre a definire le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal Servizio Sanitario Nazionale, individua un set di indicatori e le "aree critiche" riguardanti i livelli attualmente erogati.

Gli indicatori proposti rappresentano misure dell'appropriatezza raccomandate nell'ambito dell'implementazione di un sistema informativo finalizzato all'incremento non solo dell'efficienza ma anche della qualità. Tale prescrizione si inserisce in un quadro di rimodulazione dell'area prestazionale garantita dall'assistenza ospedaliera e di promozione di una nuova fisionomia dell'ospedale attuabile attraverso programmi di riassetto strutturale, di riqualificazione tecnologica e di sviluppo della rete dei servizi territoriali.

Sempre nell'ottica della verifica della qualità dei livelli assistenziali forniti relativamente all'assistenza ospedaliera, il riferimento ad aree critiche riguarda prestazioni che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione.

Di seguito vengono presentati i valori assunti per la Provincia Autonoma di Bolzano dagli indicatori "di appropriatezza" che possono essere calcolati dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera.

Il confronto tra la situazione della Provincia Autonoma di Bolzano e le altre regioni italiane

(illustrati nei grafici) viene effettuato con i valori pubblicati dal Ministero della Salute, che si riferiscono all'attività di tutti gli istituti di cura relativa all'anno 2004.

Nella tabella vengono riportati i valori per gli anni 2005 e 2006 per la Provincia Autonoma di Bolzano, calcolati considerando l'archivio SDO provinciale. Si precisa, inoltre, che nel calcolo dei tassi di ospedalizzazione per specifiche patologie, non sono inclusi i ricoveri di altoatesini effettuati in Austria e nel resto d'Italia. Le differenze, pertanto, vanno interpretate con cautela.

Tabella 31: **Indicatori di appropriatezza per il complesso degli istituti di cura pubblici e privati della Provincia Autonoma di Bolzano – Anni 2005-2006**

Indicatori di appropriatezza	Anno 2005	Anno 2006
Percentuale di parti cesarei sul totale dei parti (DRG da 370 a 375)	23,2	24,9
Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dimessi da reparti chirurgici	43,6	42,9
Tasso di ospedalizzazione per 100mila ab. per diabete (cod. diag. 250.xx)	145,1	145,9
Tasso di ospedalizzazione per 100mila ab. per asma (cod. diag. 493.xx)	39,5	31,7
Tasso di ospedalizzazione per 100mila ab. per scompenso cardiaco (cod. diag. 428.xx)	281,0	302,2
Tasso di ospedalizzazione per 100mila ab. per prostatectomia turp, maschi età > 49 anni (cod. int. 60.2)	388,7	419,4
Tasso di ospedalizzazione per 100mila ab. per appendicectomia (cod. int. 47.0 e 47.1)	149,0	150,9
Tasso di ospedalizzazione per 100mila ab. per isterectomia, femmine età > 45 anni (cod. int. da 68.3 a 68.9)	418,8	391,5
Tasso di ospedalizzazione per 100mila ab. per tonsillectomia (cod. int. 28.2, 28.3, 28.6, 28.7)	262,7	267,6
Tasso di ospedalizzazione per 100mila ab. per angioplastica coronarica, età >= 65 anni (cod. int. 36.0x)	709,7	647,3
Tasso di ospedalizzazione per 100mila ab. per sostituzione dell'anca, età >= 65 anni (cod. int. 81.51, 81.52 e 81.53)	867,4	929,8
Percentuale di colecistectomie per via laparoscopica (cod. int. 51.23 e 51.24) sul totale delle colecistectomie (cod. int. da 51.21 a 51.24)	79,4	78,2
Interventi sul cristallino in day hospital (DRG 39)	84,1	91,7
Legatura e stripping di vene in day hospital (DRG 119)	84,7	84,3

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

PARTI CESAREI

Uno degli obiettivi nazionali già indicato nel vecchio Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 è quello di diminuire la frequenza dei parti con taglio cesareo⁸, e arrivare ad un valore nazionale pari al 20%. Per la Provincia Autonoma di Bolzano si registra un valore pari al 24,9% già vicino allo standard nazionale che la pone in linea con il valore medio dell'Unione Europea pari a 23,7% nel 2003⁹.

Si osserva comunque un leggero aumento rispetto ai valori dell'anno precedente, dovuto anche all'aumento della quota di parti cesarei registrata nella Casa di Cura Santa Maria. Si rileva, inoltre, che non si sono verificati nel corso dell'anno eventi di mortalità materna.

⁸ DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375; i primi due DRG si riferiscono al taglio cesareo

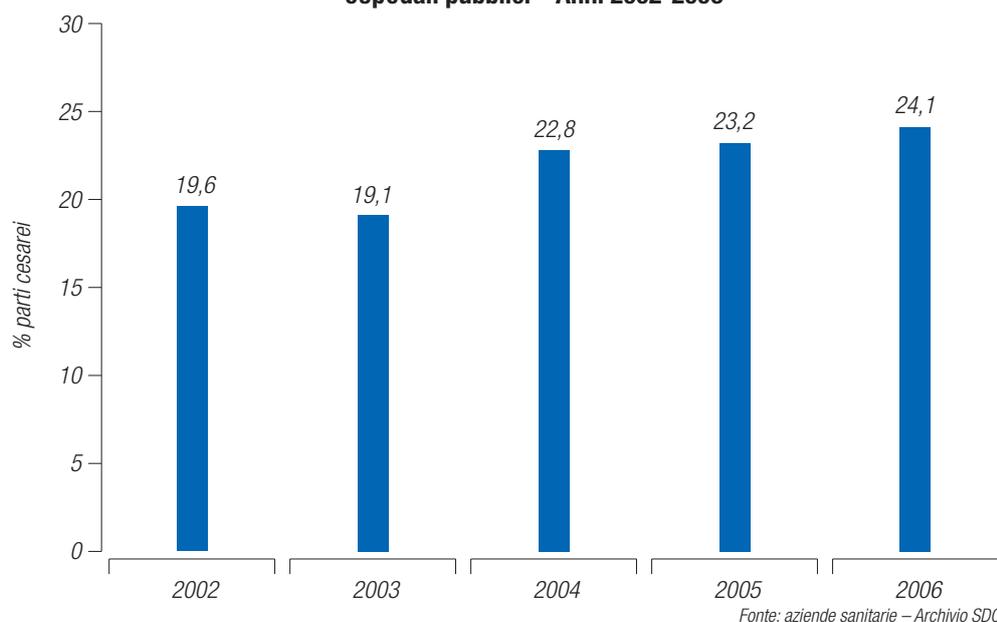
⁹ Si osserva che la quota massima raccomandata dall'OMS già nel 1985 è pari al 15%

Tabella 32: Ricoveri ospedale per parto per istituto di cura provinciale – Anno 2006

Istituto di cura	Ricoveri per parto cesareo	Totale ricoveri per parto	% parti cesarei su totale dei parti
Ospedale di Bolzano	347	1.572	22,1
Ospedale di Merano	309	1.207	25,6
Ospedale di Bressanone	166	727	22,8
Ospedale di Brunico	187	634	29,5
Ospedale di Silandro	87	372	23,4
Ospedale di Vipiteno	108	507	21,3
Ospedale di San Candido	56	220	25,5
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	1.260	5.239	24,1
Casa di Cura S. Maria	107	261	41,0
Casa di Cura Villa S. Anna	-	-	-
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-
Infermeria di Sarentino	-	-	-
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	107	261	41,0
TOTALE ISTITUTI DI CURA	1.367	5.500	24,9

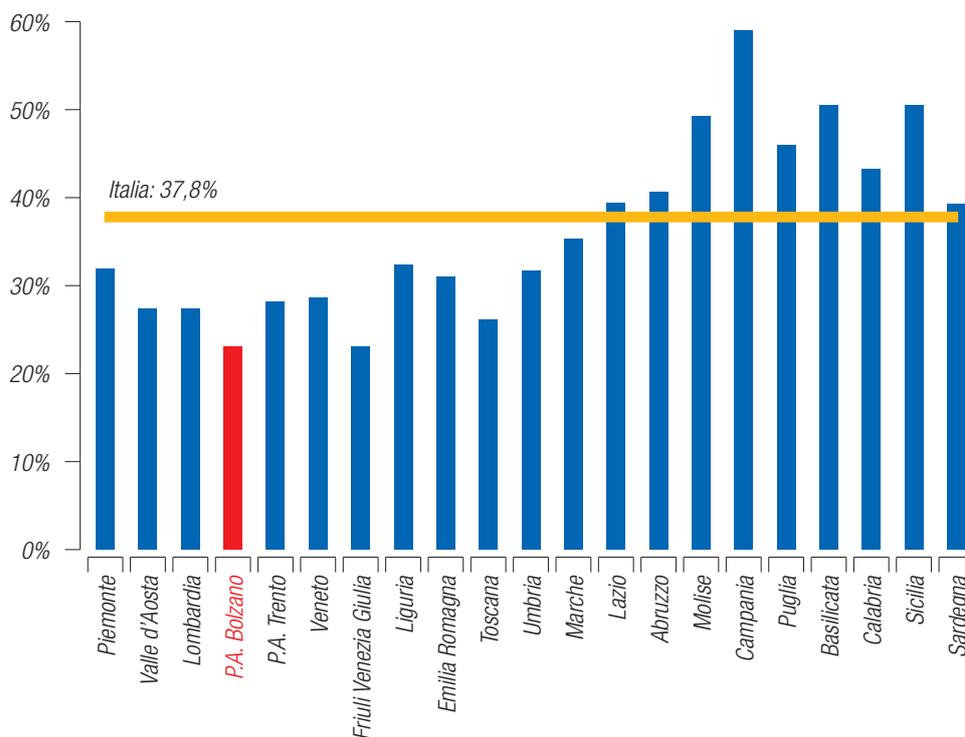
Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Figura 19: Quota di ricoveri per parto cesareo rispetto al totale di ricoveri per parto negli ospedali pubblici – Anni 2002-2006



Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Figura 20: Quota di parti cesarei sul totale dei parti nelle regioni italiane - Anno 2004



Fonte: Ministero della Salute – Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero

La situazione del 2006 relativamente all'indicatore "DRGs medici nelle unità operative chirurgiche"¹⁰ che rappresenta un indicatore "proxy" dell'inappropriato ricorso al ricovero in ambiente specialistico, rimane in linea con quella dell'anno precedente.

Tale indicatore assume un valore pari a 42,9% nel 2006, nel complesso della Provincia, superiore al valore nazionale pari a 37,4% del 2004.

Tabella 33: Dimissioni da u.o. chirurgiche con DRG medico e totale dimissioni da u.o. chirurgiche per istituto di cura provinciale – Anno 2006

Istituto di cura	Dimissioni con DRG medico	Totale ricoveri nei reparti chirurgici	% dimissioni da u.o. chirurgiche con DRG medico
Ospedale di Bolzano	5.991	13.365	44,8
Ospedale di Merano	3.013	7.627	39,5
Ospedale di Bressanone	2.592	6.260	41,4
Ospedale di Brunico	2.667	5.548	48,1
Ospedale di Silandro	992	1.927	51,5
Ospedale di Vipiteno	772	1.771	43,6
Ospedale di San Candido	651	1.385	47,0
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	16.678	37.883	44,0
Casa di Cura S. Maria	402	1.693	23,7
Casa di Cura Villa S. Anna	10	250	4,0
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-
Infermeria di Sarentino	-	-	-
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	412	1.943	21,2
TOTALE ISTITUTI DI CURA	17.090	39.826	42,9

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

¹⁰ Chirurgia generale, Chirurgia pediatrica, Chirurgia vascolare e toracica, Neurochirurgia, Oculistica, Odontoiatria e Stomatologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorinolaringoiatria, Ostetricia e Ginecologia e Urologia

Figura 21: Quota di dimissioni da u.o. chirurgiche con DRG medico sul totale dimissioni da u.o. chirurgiche negli ospedali pubblici – Anni 2002-2006

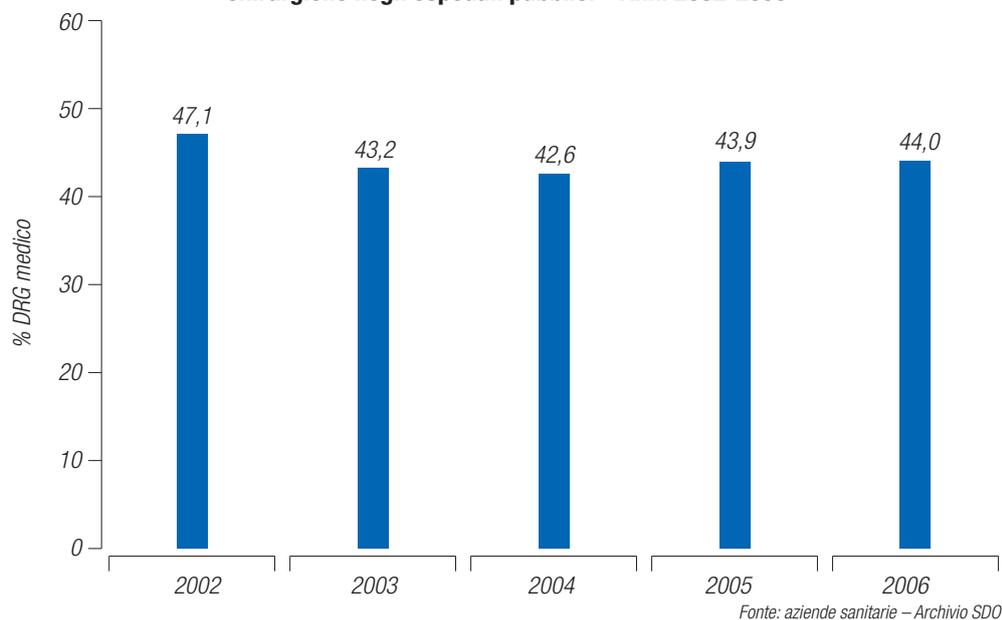
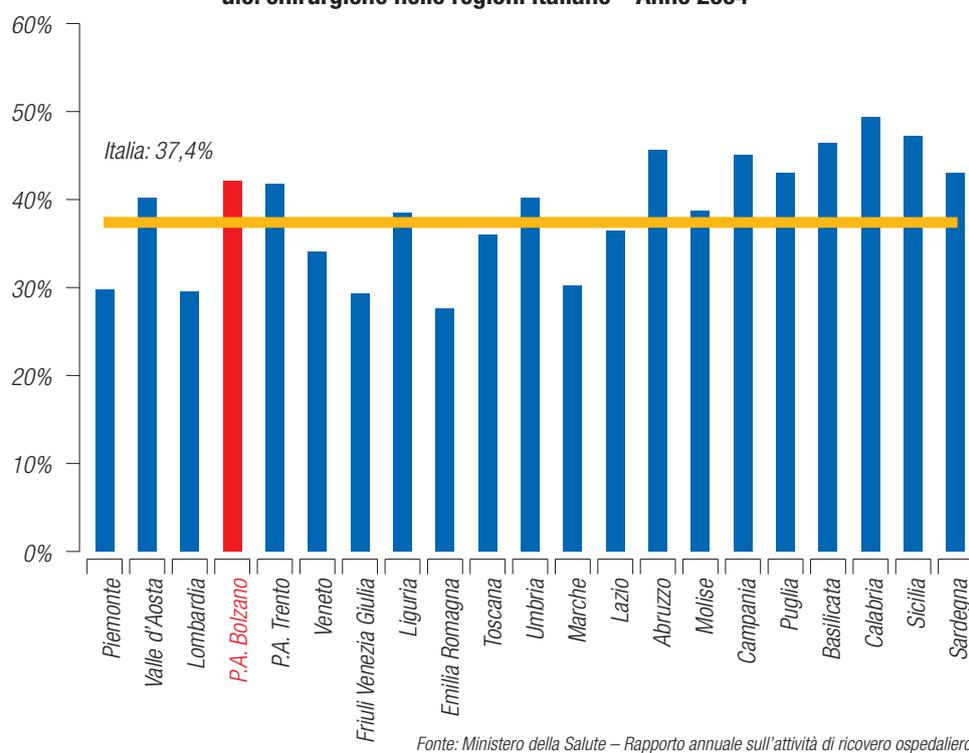


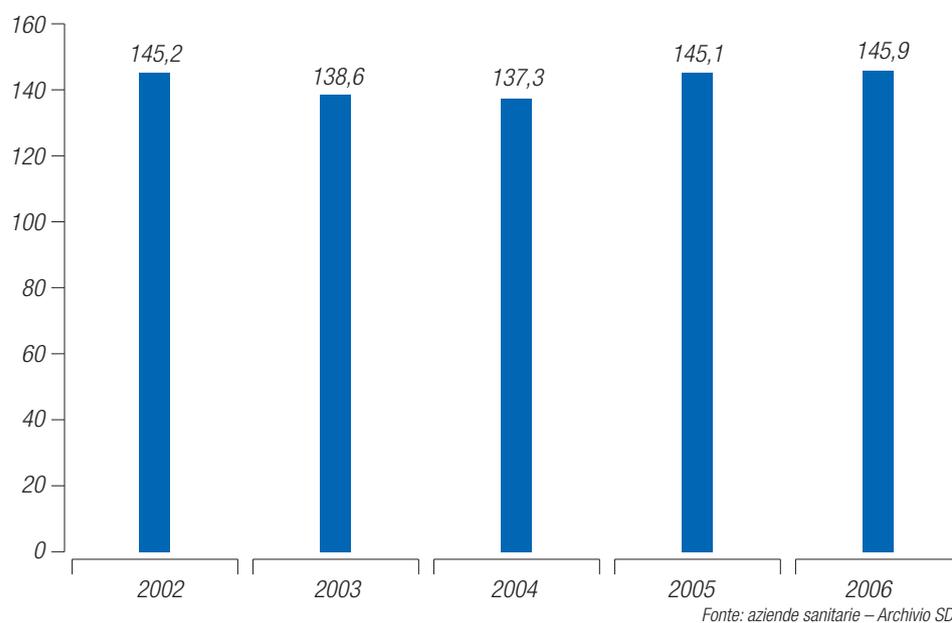
Figura 22: Quota di dimissioni da u.o. chirurgiche con DRG medico sul totale dimissioni da u.o. chirurgiche nelle regioni italiane – Anno 2004



**TASSO DI
OSPEDALIZZAZIONE PER
DIABETE**

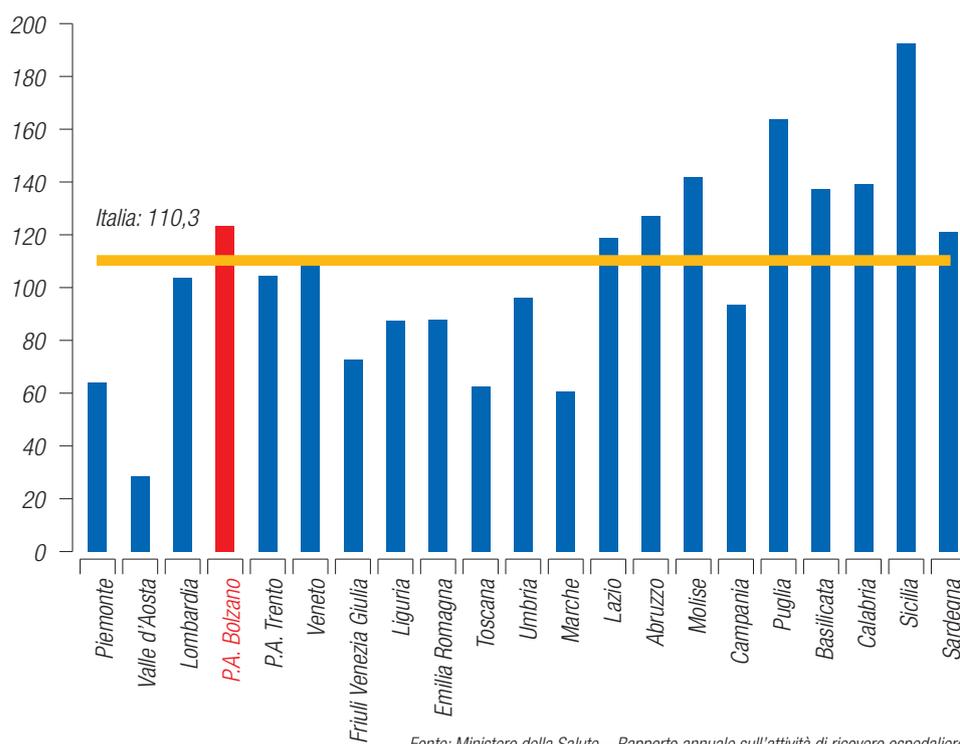
Nel 2006, il tasso di ospedalizzazione (ricoveri di altoatesini) per diabete nella provincia è stato pari a 145,9 ricoveri per 100mila abitanti.

Figura 23: Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100mila abitanti – Anni 2002-2006



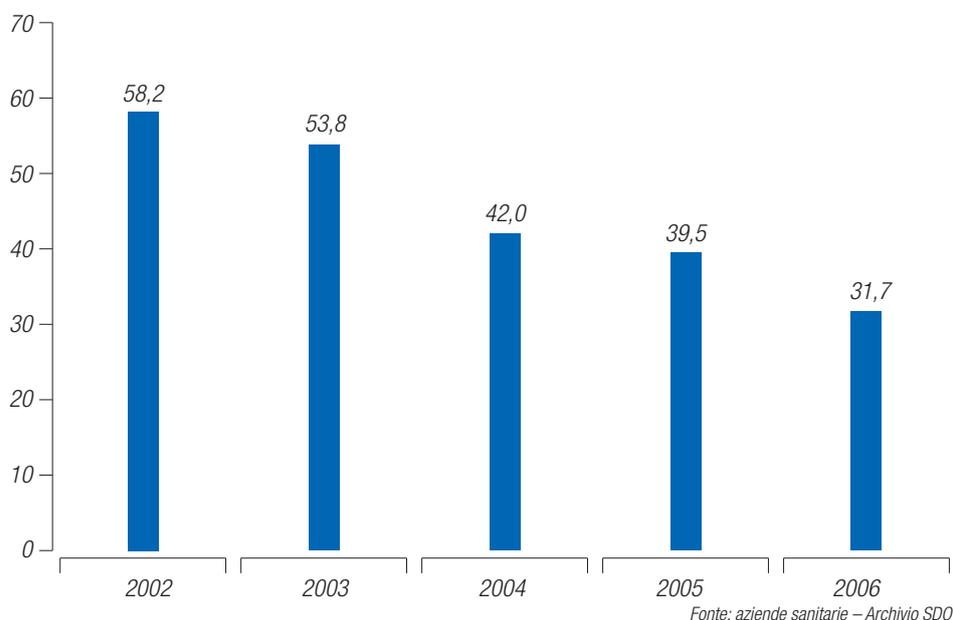
I ricoveri complessivi per diabete, considerando la produzione provinciale, invece, sono stati pari a 154,8 per 100mila abitanti evidenziando un aumento rispetto all'anno precedente e rimanendo sopra alla media nazionale del 2004 (Italia 110,3).

Figura 24: Ricoveri per diabete per 100mila abitanti nelle regioni italiane – Anno 2004



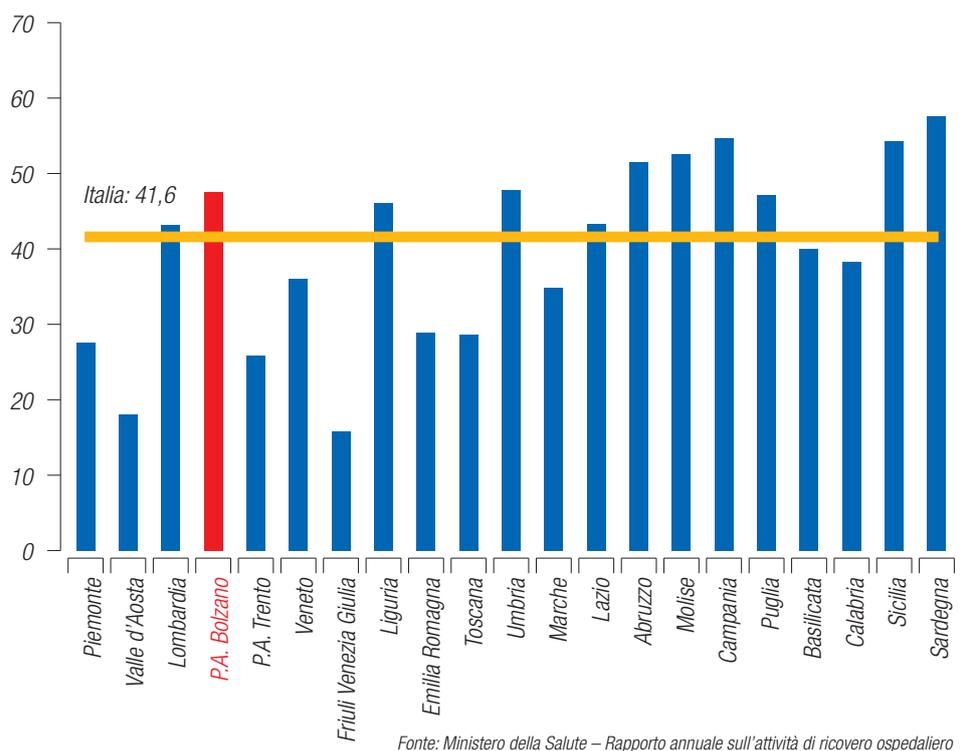
Il tasso di ospedalizzazione (ricoveri di altoatesini) per asma, nel 2006, è stato pari a 31,7 ricoveri per 100mila abitanti.

Figura 25: Tasso di ospedalizzazione per asma per 100mila abitanti – Anni 2002-2006



Il numero di ricoveri effettuati nelle strutture provinciali per asma, è risultato pari a 37,0 per 100mila abitanti mettendo in evidenza una diminuzione rispetto al 2005 e ponendosi ad un livello leggermente inferiore ai valori nazionali del 2004 (Italia 41,6).

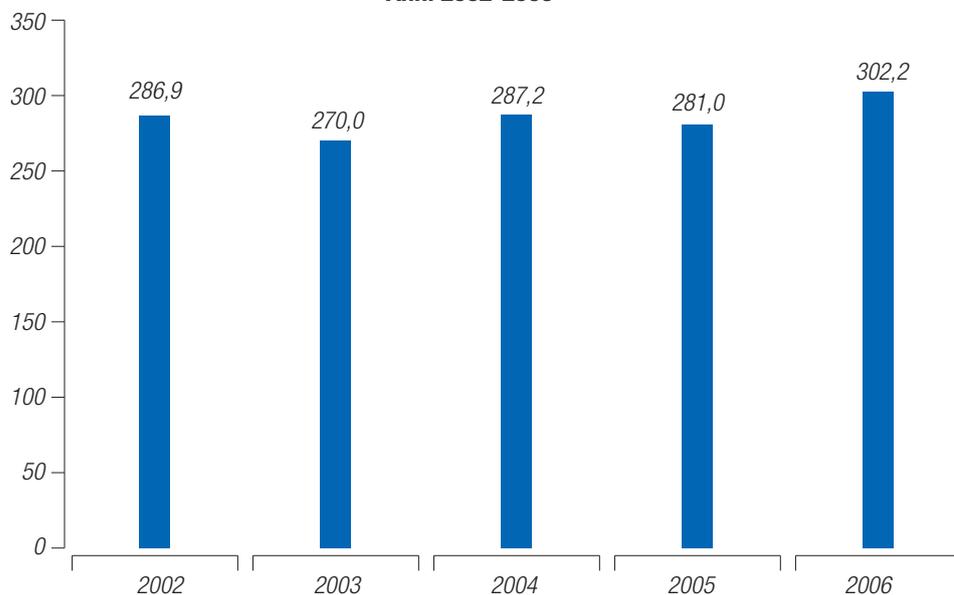
Figura 26: Ricoveri per asma per 100mila abitanti nelle regioni italiane – Anno 2004



**TASSO DI
OSPEDALIZZAZIONE PER
SCOMPENSO CARDIACO**

Il tasso di ospedalizzazione (ricoveri di altoatesini) per scompenso cardiaco è stato pari a 302,2 ricoveri per 100mila abitanti.

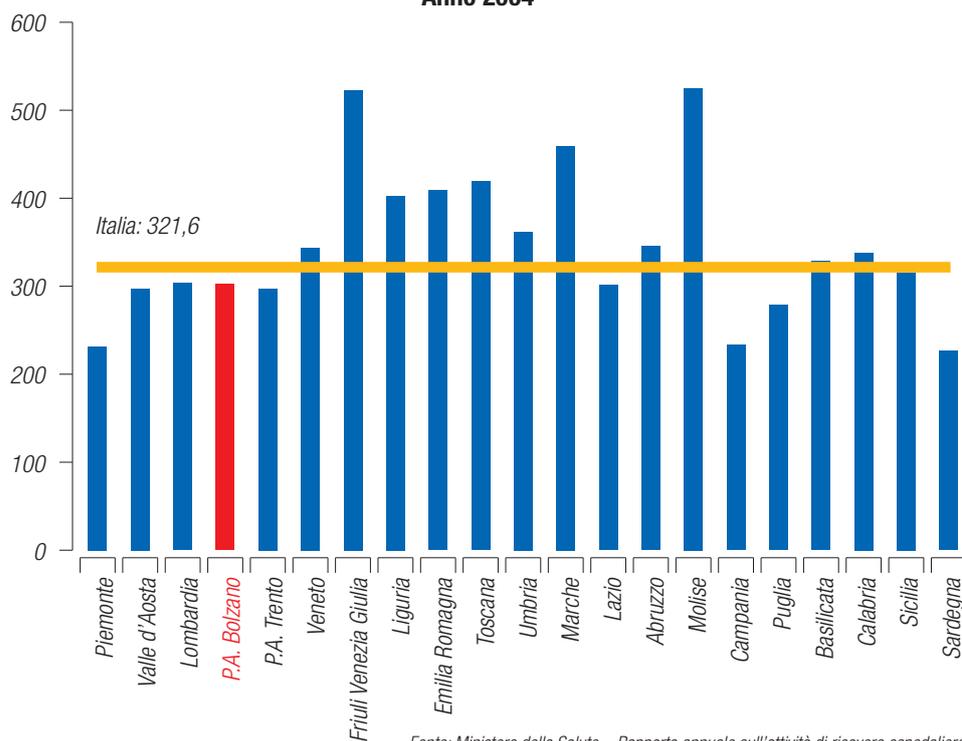
Figura 27: **Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100mila abitanti – Anni 2002-2006**



Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

La provincia si pone al di sotto dei livelli nazionali (Italia 321,6 nel 2004) per quanto riguarda i ricoveri effettuati nelle strutture provinciali per scompenso cardiaco per 100mila abitanti, per i quali si registra un valore pari a 319,4 nel 2006, in notevole aumento rispetto al 2005 (296,8).

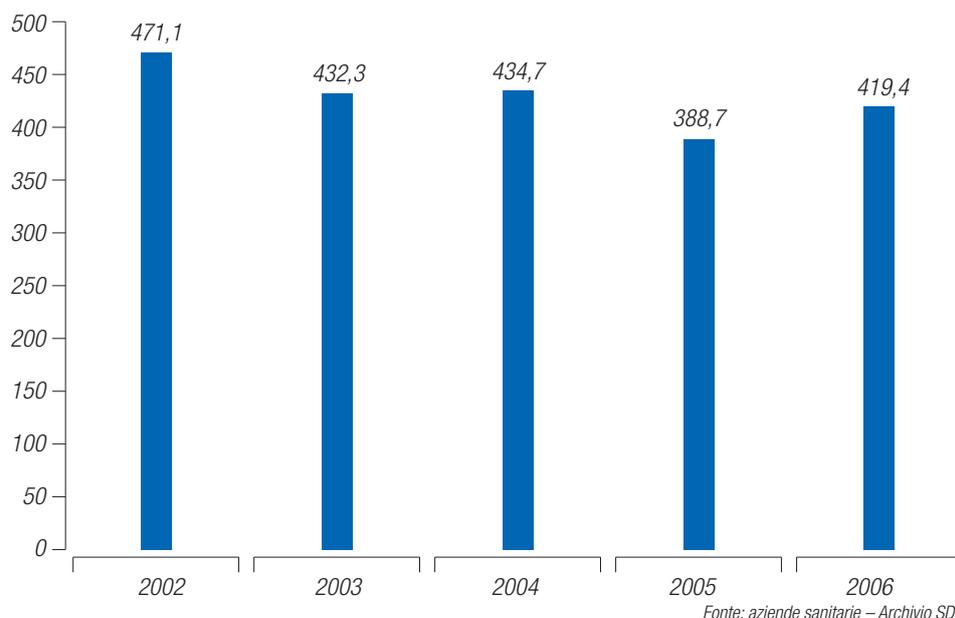
Figura 28: **Ricoveri per scompenso cardiaco per 100mila abitanti nelle regioni italiane – Anno 2004**



Fonte: Ministero della Salute – Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero

Nella Provincia Autonoma di Bolzano le prostatectomie associate a diagnosi di iperplasia sono complessivamente 327, di cui 296 (90,5%) effettuate per via transuretrale (turp) evidenziando un uso appropriato della tecnica turp rispetto a quella superata per via laparotomica.

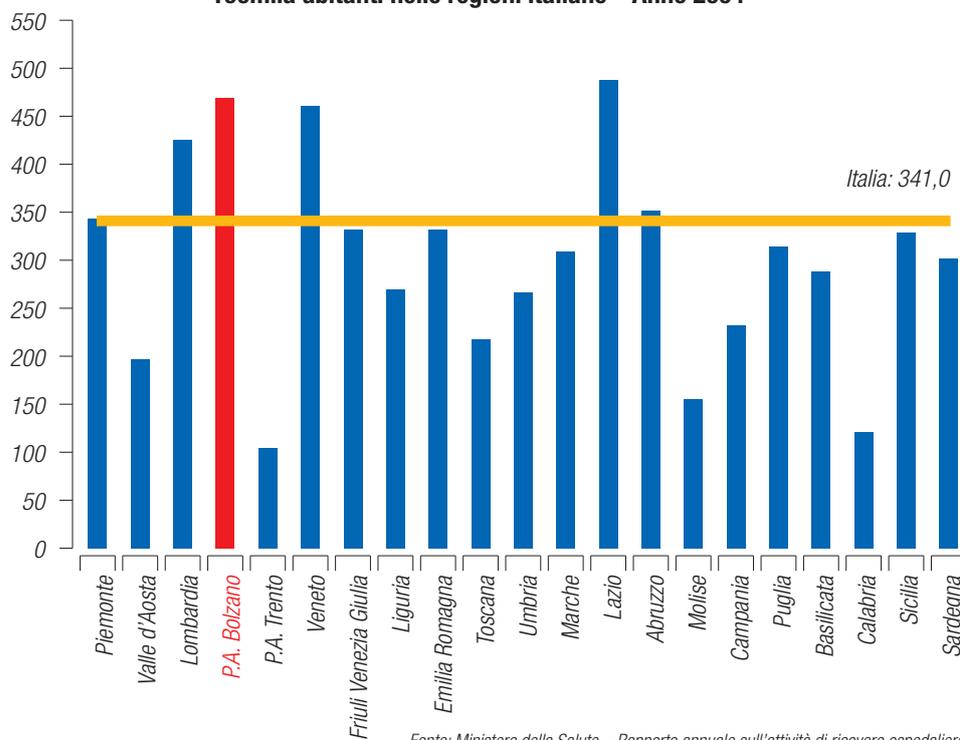
Figura 29: Tasso di ospedalizzazione per prostatectomia turp, maschi età >49 anni, per 100mila abitanti – Anni 2002-2006



Nel complesso delle diagnosi, nella Provincia Autonoma di Bolzano, il tasso di ospedalizzazione per prostatectomia turp, nei maschi di età superiore a 49 anni, è risultato pari a 419,4 ricoveri per 100.000 abitanti, mettendo in evidenza una ripresa rispetto al 2005 e rimanendo ad un livello superiore rispetto al valore nazionale del 2004, pari a 341,0.

**TASSO DI
OSPEDALIZZAZIONE PER
PROSTATECTOMIA TURP**

Figura 30: Tasso di ospedalizzazione per prostatectomia turp, maschi età >49 anni, per 100mila abitanti nelle regioni italiane – Anno 2004

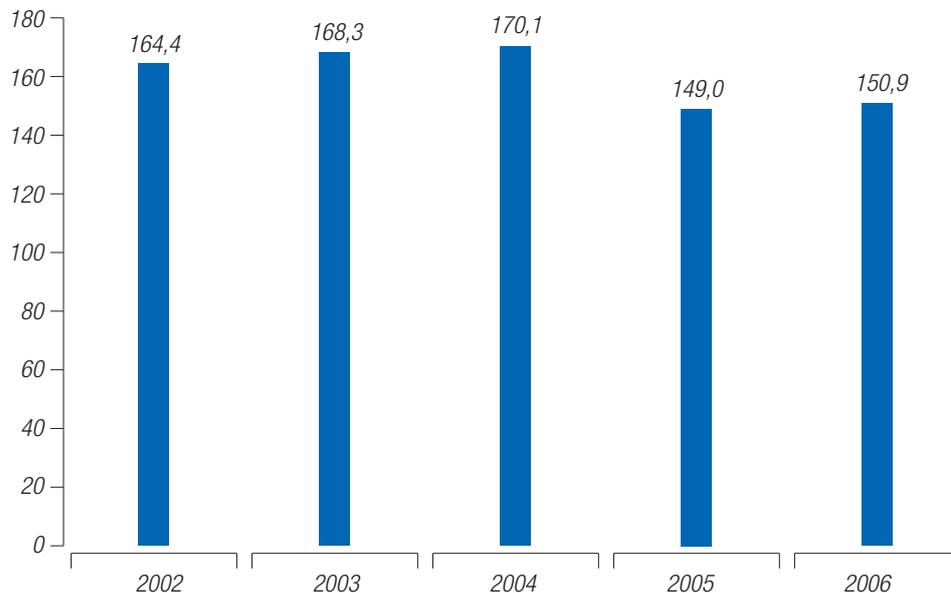


Fonte: Ministero della Salute – Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero

Al fine di verificare la limitazione del ricorso ad interventi chirurgici, quali intervento di appendicectomia, di isterectomia e di tonsillectomia, sono stati calcolati i relativi tassi di ospedalizzazione.

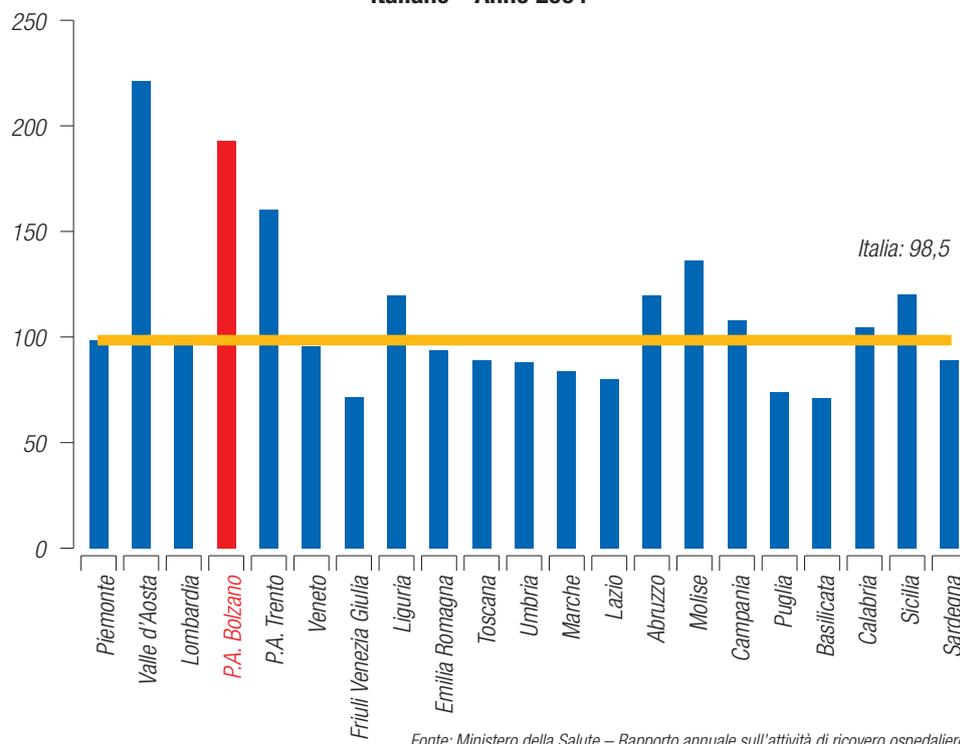
Il tasso di ospedalizzazione per appendicectomia è risultato pari a 150,9 ricoveri per 100mila abitanti e risulta anche nel 2006 superiore al livello nazionale del 2004 (Italia 98,5).

Figura 31: Tasso di ospedalizzazione per appendicectomia per 100mila abitanti – Anni 2002-2006



Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Figura 32: Tasso di ospedalizzazione per appendicectomia per 100mila abitanti nelle regioni italiane – Anno 2004

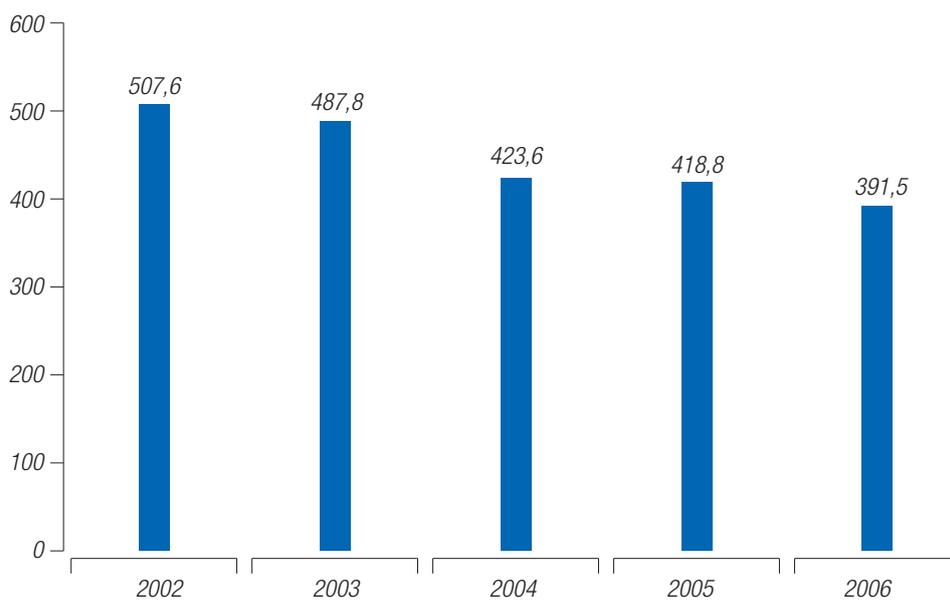


Fonte: Ministero della Salute – Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero

Il tasso di ospedalizzazione per isterectomia in donne con età superiore a 45 anni è risultato pari a 391,5 ricoveri per 100mila abitanti ed è diminuito rispetto a valore del 2005, ponendosi in linea con il livello nazionale del 2004 (Italia 373,8).

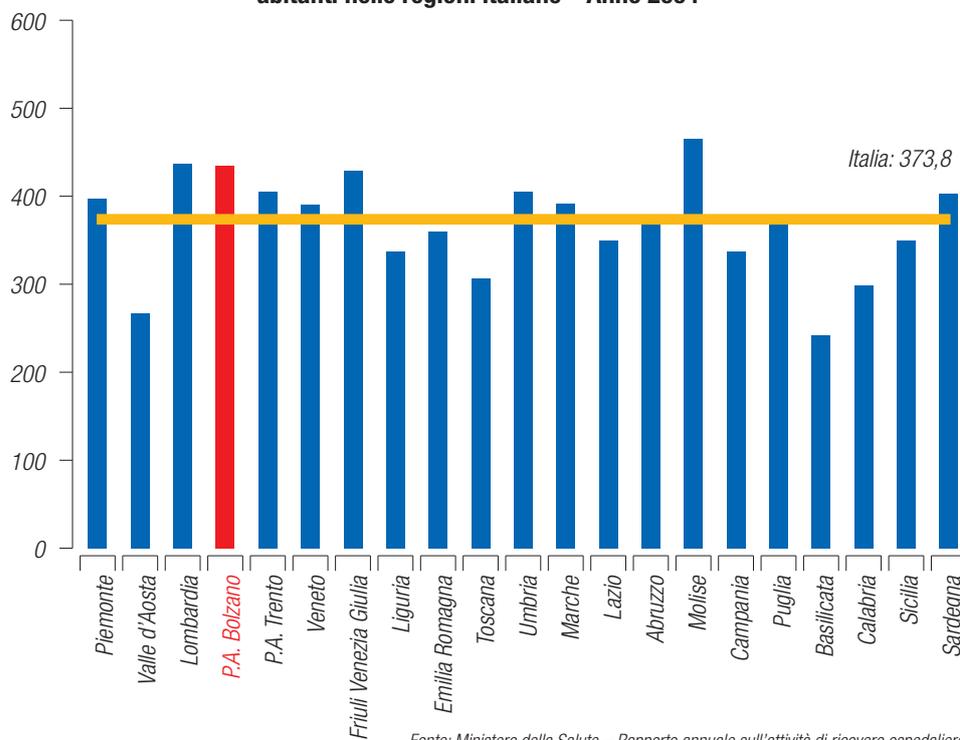
**TASSO DI
OSPEDALIZZAZIONE PER
ISTERECTOMIA**

Figura 33: Tasso di ospedalizzazione per isterectomia, femmine età >45 anni,, per 100mila abitanti – Anni 2002-2006



Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Figura 34: Tasso di ospedalizzazione per isterectomia, femmine età >45 anni, per 100mila abitanti nelle regioni italiane – Anno 2004

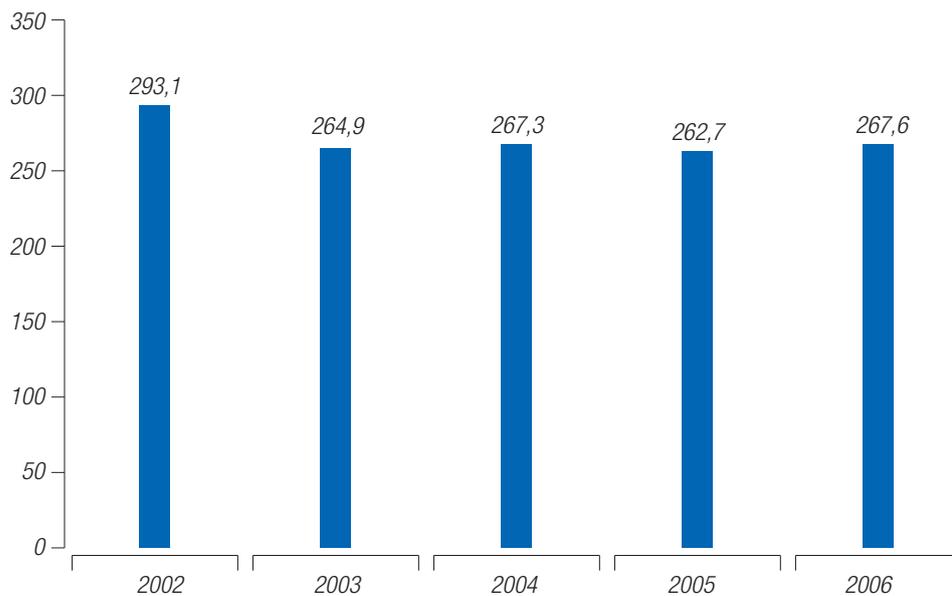


Fonte: Ministero della Salute – Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero

**TASSO DI
OSPEDALIZZAZIONE PER
TONSILLECTOMIA**

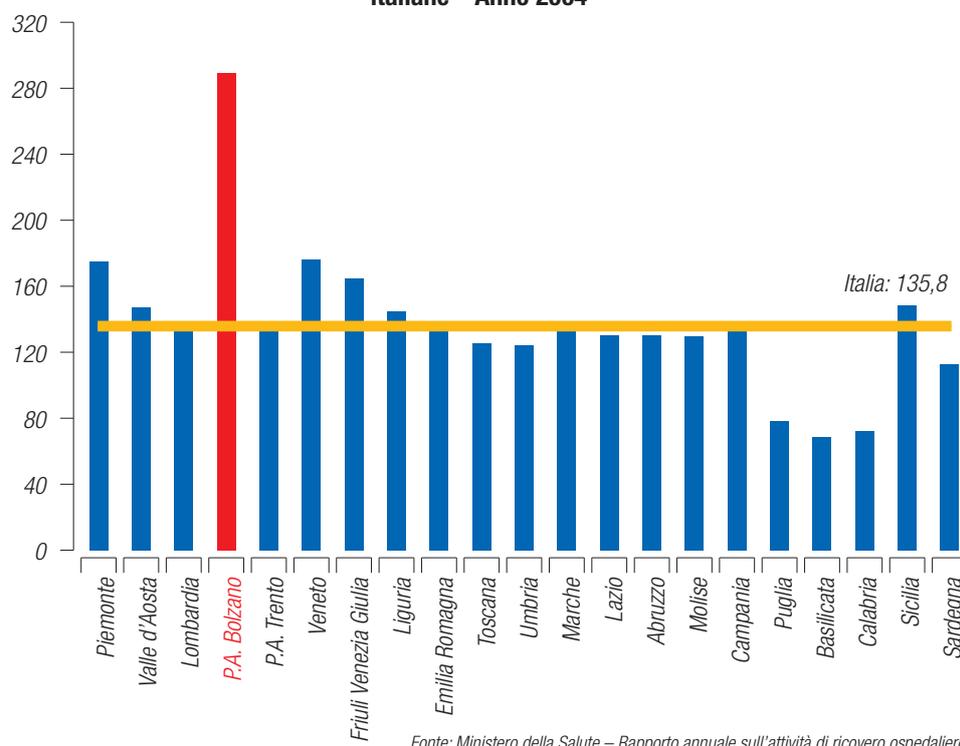
Il tasso di ospedalizzazione per tonsillectomia, nel 2006, pari a 267,6 ricoveri per 100mila abitanti, risulta ancora molto elevato e al di sopra del livello nazionale del 2004 (Italia 135,8).

Figura 35: Tasso di ospedalizzazione per tonsillectomia per 100mila abitanti – Anni 2002-2006



Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Figura 36: Tasso di ospedalizzazione per tonsillectomia per 100mila abitanti nelle regioni italiane – Anno 2004



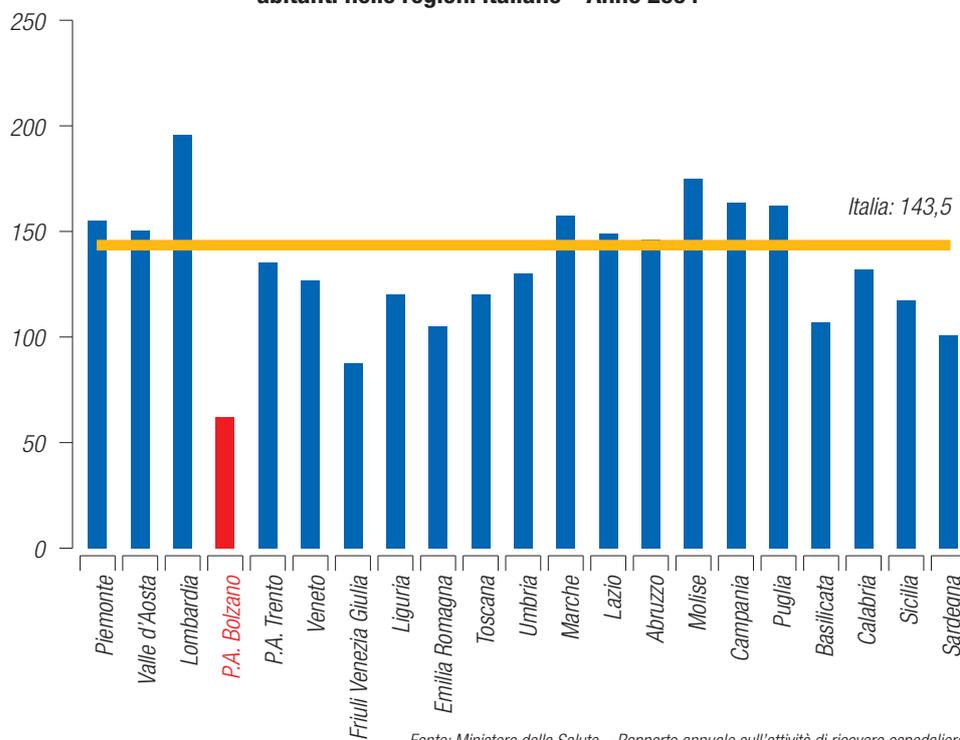
Fonte: Ministero della Salute – Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero

Considerando la banca dati ministeriale relativa alla mobilità passiva, nel 2004, il tasso di ospedalizzazione per bypass coronarico¹¹, nella popolazione di età superiore a 64 anni, risulta molto basso per la Provincia di Bolzano rispetto ai valori delle altre regioni italiane; va specificato che tale intervento non è erogabile in Provincia e, pertanto, è effettuabile solo in strutture presenti nel resto d'Italia o all'estero.

**TASSO DI
OSPEDALIZZAZIONE PER
BYPASS CORONARICO**

¹¹Intervento principale corrispondente al codice ICD9CM 36.1X

Figura 37: Tasso di ospedalizzazione per bypass coronarico, età >=65 anni, per 100mila abitanti nelle regioni italiane – Anno 2004



Fonte: Ministero della Salute – Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero

**TASSO DI
OSPEDALIZZAZIONE PER
ANGIOPLASTICA
CORONARICA**
**TASSO DI
OSPEDALIZZAZIONE PER
SOSTITUZIONE D'ANCA**

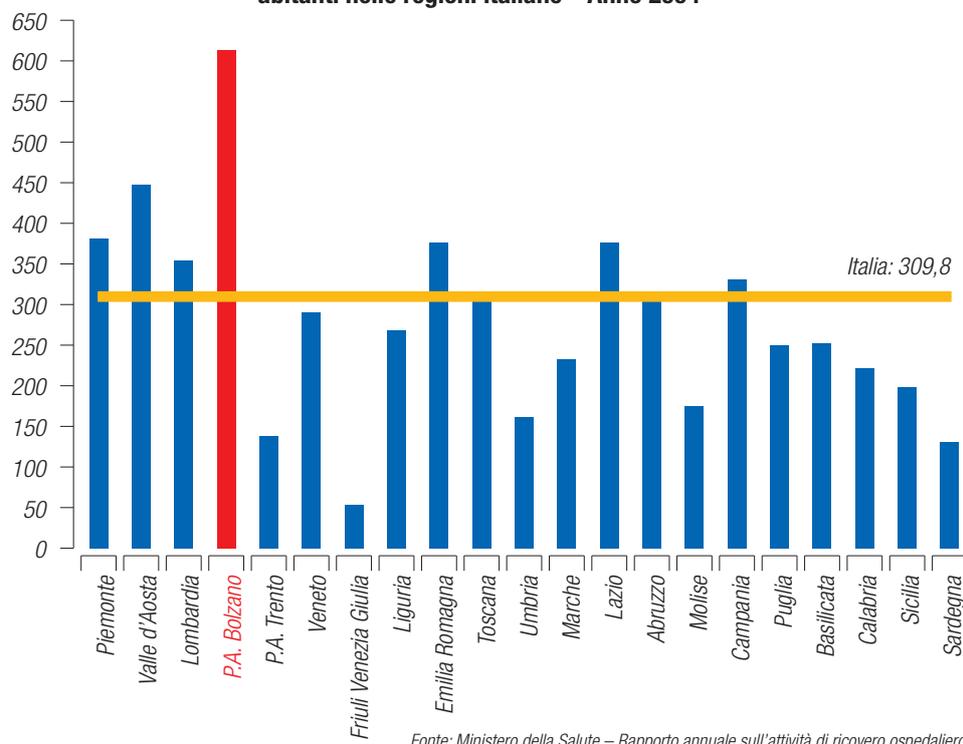
Nel 2006, il tasso di ospedalizzazione per angioplastica coronarica¹², nella popolazione di età superiore a 64 anni, è stato pari a 647,3 ricoveri per 100mila abitanti; tale indicatore risulta molto elevato per la Provincia di Bolzano rispetto ai valori delle altre regioni italiane (la media nazionale nel 2004 era pari a 309,8).

Anche il tasso di ospedalizzazione per sostituzione dell'anca¹³, nella popolazione di età superiore a 64 anni, pari a 929,0 ricoveri per 100mila abitanti, risulta molto elevato per la Provincia di Bolzano rispetto ai valori delle altre regioni italiane (la media nazionale nel 2004 era pari a 552,6). La Provincia Autonoma di Bolzano si colloca, quindi, per quest'ultima tipologia di intervento chirurgico, in linea con le regioni settentrionali dove si riscontrano generalmente i valori più elevati.

¹² Intervento principale corrispondente al codice ICD9CM 36.0X

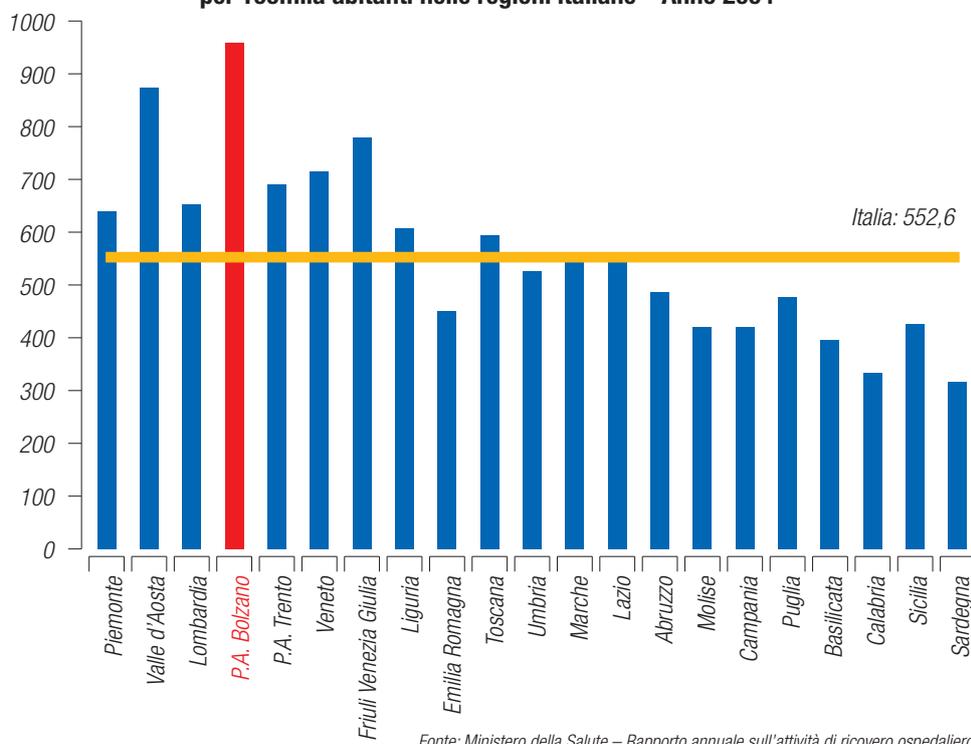
¹³ Intervento principale corrispondente ai codici ICD9CM 81.51, 81.52, 81.53

Figura 38: Tasso di ospedalizzazione per angioplastica coronarica, età ≥ 65 anni, per 100mila abitanti nelle regioni italiane – Anno 2004



Fonte: Ministero della Salute – Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero

Figura 39: Tasso di ospedalizzazione per intervento di sostituzione dell'anca, età ≥ 65 anni, per 100mila abitanti nelle regioni italiane – Anno 2004



Fonte: Ministero della Salute – Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero

Per quanto riguarda il ricorso al regime diurno rispetto all'ordinario si manifesta, per la Provincia Autonoma di Bolzano, una tendenza positiva relativamente agli interventi sul cristallino e legatura e stripping di vene.

**INTERVENTI SUL
CRISTALLINO E LEGATURA
E STRIPPING DI VENE**

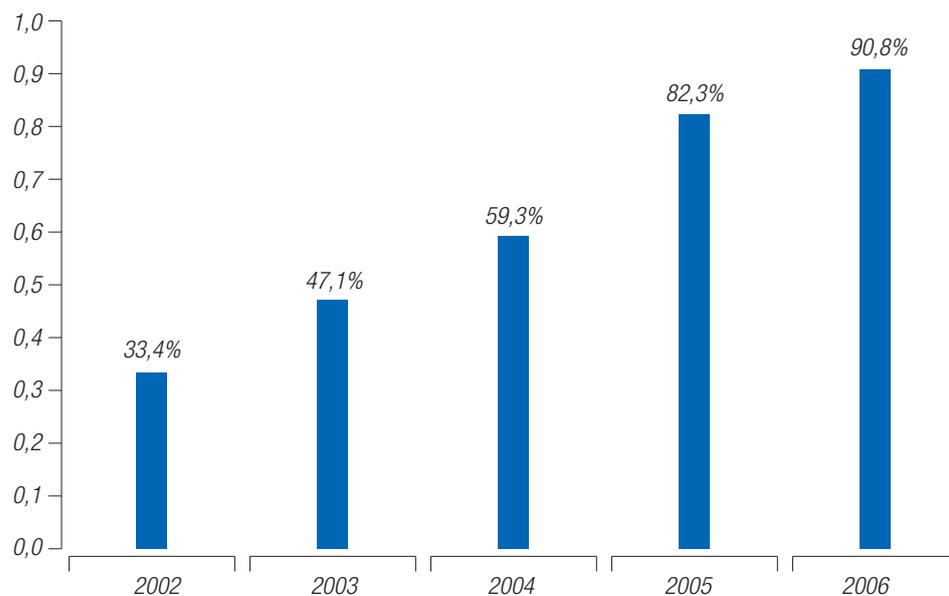
Per tali interventi, per i quali è riconosciuto molto più appropriato il trattamento in regime diurno rispetto a quello in regime ordinario, la percentuale di ricoveri in diurno sul totale degli interventi (ordinari e diurni) è pari a 91,7% per gli interventi sul cristallino e 84,3% per la legatura e stripping di vene. Entrambi i valori risultano superiori ai valori medi nazionali rispettivamente pari a 78,1% e 55,8%.

Tabella 34: Ricoveri ospedale con intervento sul cristallino o intervento di legatura e stripping di vene per istituto di cura provinciale – Anno 2006

Istituto di cura	Interventi sul cristallino (DRG 39)		Legatura e stripping di vene (DRG 119)	
	N. casi in regime diurno	% su totale interventi	N. casi in regime diurno	% su totale interventi
Ospedale di Bolzano	889	94,8	6	6,7
Ospedale di Merano	758	86,4	144	94,1
Ospedale di Bressanone	-	-	151	92,6
Ospedale di Brunico	1.214	90,8	150	89,3
Ospedale di Silandro	-	-	156	92,3
Ospedale di Vipiteno	-	-	92	95,8
Ospedale di San Candido	-	-	111	82,8
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	2.861	90,8	810	83,2
Casa di Cura S. Maria	414	99,0	216	90,0
Casa di Cura Villa S. Anna	-	-	60	78,9
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-	-
Infermeria di Sarentino	-	-	-	-
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	414	99,0	276	87,3
TOTALE ISTITUTI DI CURA	3.275	91,7	1.086	84,3

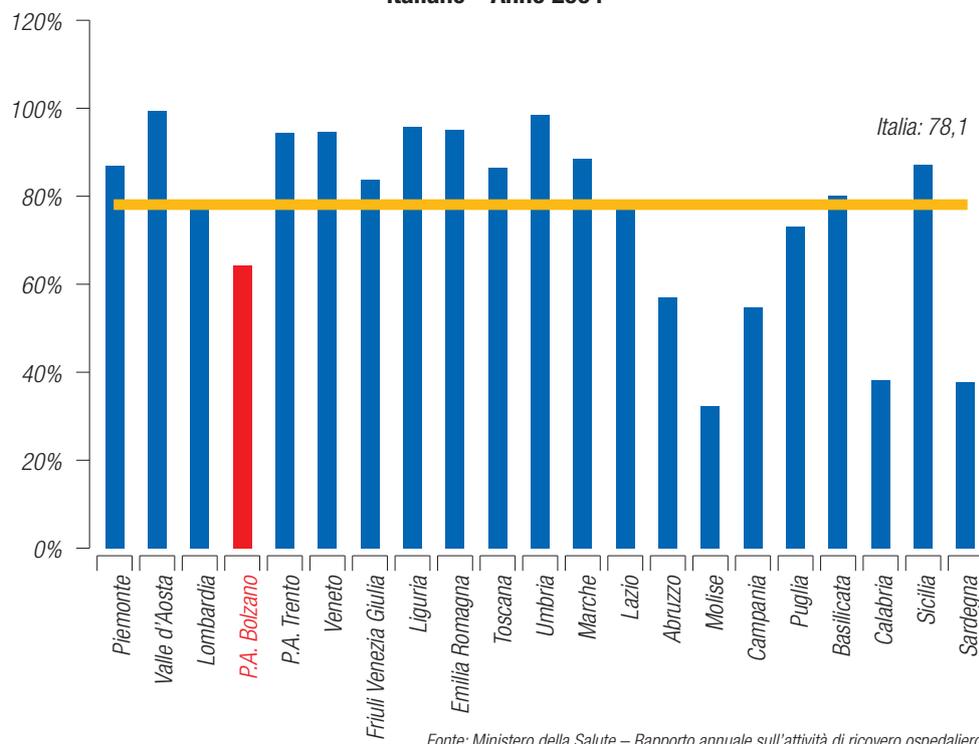
Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Figura 40: Quota di interventi sul cristallino (DRG 39) in day hospital negli ospedali pubblici – Anni 2002-2006



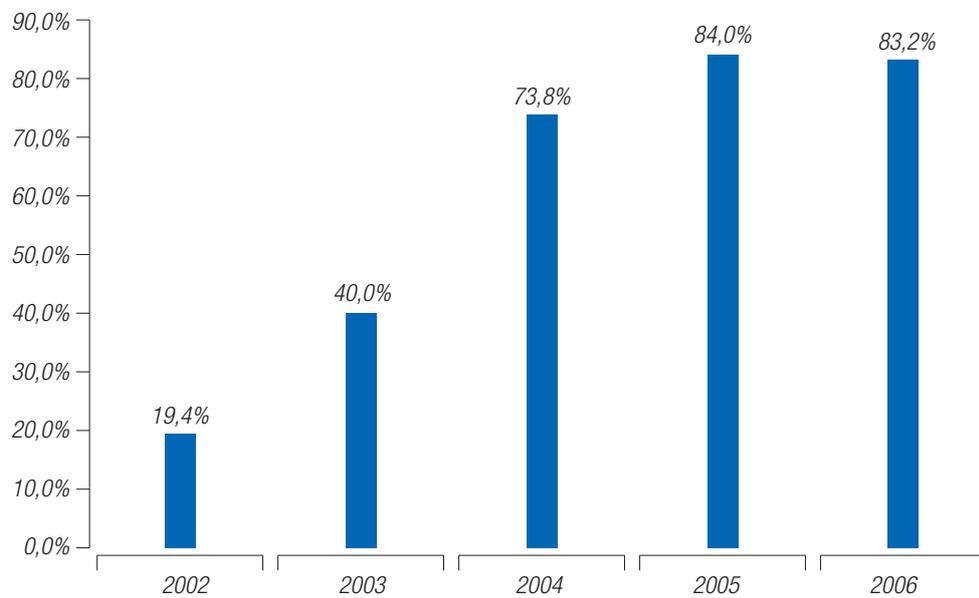
Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Figura 41: Percentuale di interventi sul cristallino (DRG 39) in day hospital nelle regioni italiane – Anno 2004



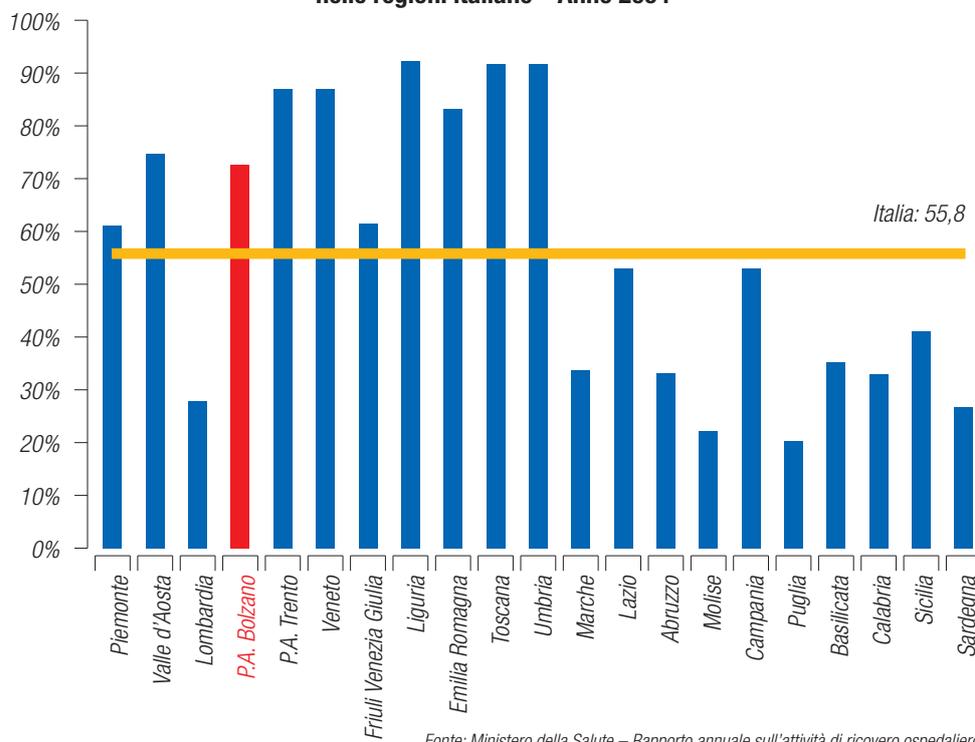
Fonte: Ministero della Salute – Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero

Figura 42: Quota di interventi di legatura e stripping di vene (DRG 119) in day hospital negli ospedali pubblici – Anni 2002-2006



Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Figura 43: Percentuale di interventi di legatura e stripping di vene (DRG 119) in day hospital nelle regioni italiane – Anno 2004



Fonte: Ministero della Salute – Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero

DECESSI IN OSPEDALE

I pazienti deceduti in ospedale sono stati complessivamente 1.596 (pari al 2,1% del totale dei ricoveri ospedale) e in 1.447 casi il decesso è avvenuto entro 30 giorni dalla data del ricovero, pari al 90,7% dei deceduti, quota che risulta costante negli ospedali pubblici.

Tabella 35: Ricoveri ospedale con decesso del paziente, complessivamente ed entro 30 giorni dal ricovero per istituto di cura provinciale – Anno 2006

Istituto di cura	Decessi	Decessi entro 30 giorni dal ricovero	% di decessi entro 30 giorni sul totale dei decessi
Ospedale di Bolzano	841	757	90,0
Ospedale di Merano	255	235	92,2
Ospedale di Bressanone	119	114	95,8
Ospedale di Brunico	180	157	87,2
Ospedale di Silandro	52	48	92,3
Ospedale di Vipiteno	33	30	90,9
Ospedale di San Candido	41	40	97,6
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	1.521	1.381	90,8
Casa di Cura S. Maria	38	36	94,7
Casa di Cura Villa S. Anna	23	19	82,6
Casa di Cura Fonte S. Martino	1	-	-
Infermeria di Sarentino	13	11	84,6
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	75	66	88,0
TOTALE ISTITUTI DI CURA	1.596	1.447	90,7

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

INFARTO MIOCARDICO ACUTO

I ricoveri ospedale per infarto miocardico acuto sono stati complessivamente 928, ed in 118 casi (pari al 12,7%) si è verificato il decesso del paziente; per 40 pazienti il decesso

è avvenuto entro due giorni dalla data di ricovero. I decessi per infarto miocardico acuto rappresentano il 7,4% dei decessi in ospedale.

Tabella 36: **Decessi per infarto miocardico acuto complessivi ed entro 2 giorni dal ricovero e ricoveri ospedale per infarto per istituto di cura provinciale – Anno 2006**

Istituto di cura	Decessi complessivi per infarto	Decessi per infarto entro 2 giorni dal ricovero	Ricoveri ospedale complessivi per infarto
Ospedale di Bolzano	73	24	482
Ospedale di Merano	19	6	175
Ospedale di Bressanone	11	6	90
Ospedale di Brunico	10	1	102
Ospedale di Silandro	1	1	37
Ospedale di Vipiteno	1	1	13
Ospedale di San Candido	1	-	22
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	116	39	921
Casa di Cura S. Maria	2	1	5
Casa di Cura Villa S. Anna	-	-	1
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-
Infermeria di Sarentino	-	-	1
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	2	1	7
TOTALE ISTITUTI DI CURA	118	40	928

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

I ricoveri ospedale per colecistectomia¹⁴ sono stati complessivamente 719, ed in 562 casi (pari al 78,2%) è stata effettuata una colecistectomia per via laparoscopica.

Tabella 37: **Quota di colecistectomie per via laparoscopica sul totale colecistectomie per istituto di cura provinciale – Anno 2006**

Istituto di cura	Colecistectomie per via laparoscopica	% colecistectomie per via laparoscopica sul totale
Ospedale di Bolzano	204	71,1
Ospedale di Merano	91	75,8
Ospedale di Bressanone	74	89,2
Ospedale di Brunico	56	78,9
Ospedale di Silandro	45	81,8
Ospedale di Vipiteno	39	88,6
Ospedale di San Candido	24	100,0
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	533	77,9
Casa di Cura S. Maria	27	81,8
Casa di Cura Villa S. Anna	2	100,0
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-
Infermeria di Sarentino	-	-
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	29	82,9
TOTALE ISTITUTI DI CURA	562	78,2

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

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 DRGs per i quali si ritiene che il ricorso al ricovero sia da considerarsi "potenzialmente inappropriato". Si tratta di ricoveri per i quali il problema cli-

¹⁴ Almeno un codice di intervento ICD9CM 51.21, 51.22, 51.23, 51.24, negli spazi riservati agli interventi/procedure; gli ultimi due codici si riferiscono alle colecistectomie per via laparoscopica

nico potrebbe essere trattato con la stessa efficacia ad un livello di assistenza meno intensivo con un conseguente minor impegno di risorse.

Risulta, pertanto, importante che la provincia effettui un costante monitoraggio dei ricoveri “a rischio” verificando che la quota vada progressivamente diminuendo, fino ad attestarsi su valori compatibili con la presenza di condizioni eccezionali che li giustificano. Va tenuto presente, infatti, che non per tutti i ricoveri classificati nei DRGs “a rischio” sarà possibile attuare forme diverse di assistenza per tutti i ricoveri.

Il miglioramento di efficienza, a parità di efficacia, deve essere perseguito nel trattamento della casistica a gravità minima di durata maggiore di 1 giorno. Quote di ricoveri ordinari con durata della degenza maggiore di 1 giorno potranno essere “tollerate” in relazione alla particolare gravità delle condizioni cliniche e 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, successivamente aggiornata con la deliberazione della G.P. n. 4053 del 06/11/2006, ha definito le soglie di ammissibilità per l'erogazione in regime di ricovero ordinario nelle strutture di ricovero pubbliche e private dei 43 DRGs a rischio di inappropriata secondo l'Allegato 2C del d.P.C.M. n. 26 del 29/11/2001.

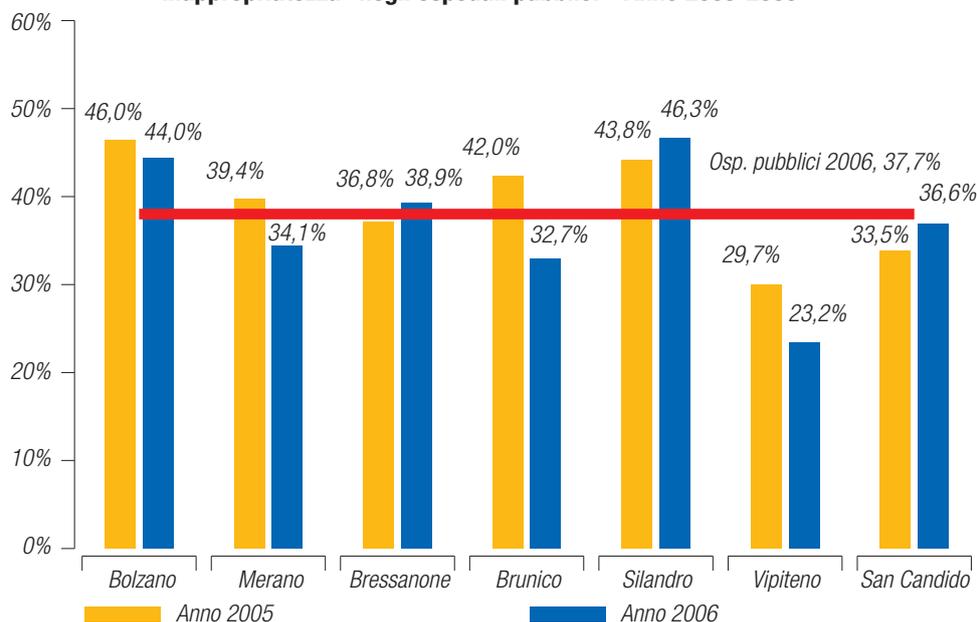
I dati riportati di seguito costituiscono, quindi, il risultato dell'analisi sulle “aree a rischio di inappropriata” con selezione della casistica secondo i criteri del d.P.C.M. 29/11/01 e hanno lo scopo di segnalare le zone di maggiore criticità in relazione alle soglie provinciali e anche alla situazione nel resto d'Italia. Tale analisi ha l'obiettivo di promuovere localmente la valutazione della performance in termini di appropriatezza utile a contenere il 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 2006, i ricoveri di residenti in regime ordinario e in day hospital appartenenti ai 43 DRGs considerati “aree a rischio” sono stati 18.344 e rappresentano il 17,8% dei ricoveri ospedale totali. Di questi il 62,1% è stato trattato in regime diurno.

Quote elevate di ricoveri “a rischio di inappropriata” di residenti trattati in regime ordinario negli ospedali pubblici sono state registrate per l'Ospedale di Silandro (46,3%) e per l'Ospedale di Bolzano (44,0%), mentre il valore più basso è stato riscontrato per l'Ospedale di Vipiteno (23,2%).

Nell'interpretazione dei risultati bisognerebbe tener conto anche della quota parte di attività erogata a livello ambulatoriale, soprattutto per alcuni DRGs quali ad esempio “Decompressione del tunnel carpale”, “Legatura e stripping di vene”, “Interventi sul cristallino”, dati attualmente non disponibili.

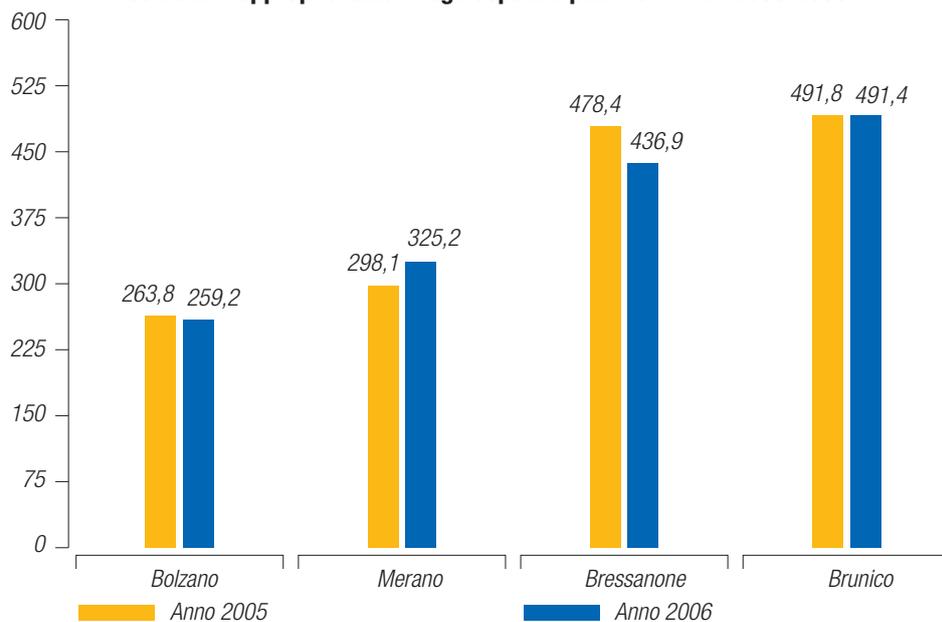
Figura 44: Percentuale di ricoveri di residenti in regime ordinario attribuiti a DRGs a "rischio di inappropriatelyzza" negli ospedali pubblici – Anno 2005-2006



Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Il tasso di ospedalizzazione calcolato relativamente ai ricoveri negli ospedali pubblici rispetto ai 43 DRGs "a rischio" è stato nel complesso nel 2006 pari a 336,8 in linea con il valore del 2005 (337,9); 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 2005 (-41,5).

Figura 45: Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri per 10mila residenti attribuiti a DRGs a "rischio di inappropriatelyzza" negli ospedali pubblici – Anni 2005-2006



Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

A livello provinciale, negli ospedali pubblici, il valore della percentuale dei ricoveri ordinari oltre le soglie di ammissibilità è risultata pari nel 2006 a 12,1%; in modo particolare si osserva che gli ospedali di Merano, Bressanone e Silandro hanno registrato un valore superiore alla media degli ospedali pubblici.

Tabella 38: **Ricoveri di residenti relativi a DRGs a “rischio di inappropriatezza” negli ospedali pubblici – Anno 2006**

Istituto di cura	Regime ordinario	Regime diurno	% ricoveri ordinari	% ricoveri oltre soglia sul totale ordinari**		var. della % ricoveri oltre soglia rispetto 2005*
				soglie 2003	soglie 2006	
Ospedale di Bolzano	2.465	3.143	0,4	4,2	7,9	-2,2
Ospedale di Merano	1.146	2.213	0,3	14,0	17,2	-0,5
Ospedale di Bressanone	767	1.206	0,4	12,5	17,7	2,3
Ospedale di Brunico	1.013	2.084	0,3	10,0	12,7	-0,6
Ospedale di Silandro	352	409	0,5	17,0	18,8	-3,3
Ospedale di Vipiteno	246	815	0,2	4,9	6,1	-3,6
Ospedale di San Candido	185	321	0,4	5,9	6,5	-2,9
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	6.174	10.191	0,4	8,8	12,1	-1,1

* Il calcolo è stato ottenuto applicando le soglie del 2006 anche all'anno 2005

** Deliberazione della G.P. n. 4434 del 09/12/2003 e deliberazione della G.P. n. 4053 del 06/11/2006 Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

In riferimento ai ricoveri di residenti in regime ordinario e in day hospital appartenenti ai 43 DRGs considerati “area a rischio”, è possibile consultare i dati relativi ai singoli istituti di cura provinciali nel CD Rom allegato alla seguente pubblicazione.

Si presenta, infine, un altro indicatore calcolabile dai dati contenuti nella SDO, costituito dalla quota parte dei DRGs atipici e anomali sul totale dei ricoveri che, sebbene fornisca indicazioni più sulla qualità delle informazioni che sulla qualità delle prestazioni, rappresenta comunque un indicatore che deve essere monitorato.

Tabella 39: **DRGs atipici e anomali (regime ordinario e diurno) per istituto di cura provinciale – Anno 2006**

Istituto di cura	DRGs atipici (DRGs 468, 476, 477)		DRGs anomali (DRGs 469, 470)	
	ricoveri	% ricoveri	ricoveri	% ricoveri
Ospedale di Bolzano	21	0,06	-	-
Ospedale di Merano	17	0,09	-	-
Ospedale di Bressanone	59	0,46	2	0,02
Ospedale di Brunico	7	0,05	-	-
Ospedale di Silandro	2	0,04	-	-
Ospedale di Vipiteno	19	0,42	2	0,04
Ospedale di San Candido	3	0,08	3	0,08
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	128	0,13	7	0,01
CCasa di Cura S. Maria	13	0,33	-	-
Casa di Cura Villa S. Anna	2	0,13	-	-
Casa di Cura Fonte S. Martino	-	-	-	-
Infermeria di Sarentino	-	-	-	-
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	15	0,27	-	-
TOTALE ISTITUTI DI CURA	143	0,14	7	0,01

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Dei DRGs atipici fanno parte il DRG 468 “Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale”, il DRG 476 “Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale” e il DRG 477 “Intervento chirurgico non esteso, non correlato con la diagnosi principale”, degli anomali, invece, il DRG 469 “Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione” e il DRG 470 “Non attribuibile ad altro DRG”.

I ricoveri classificati in DRGs atipici e DRGs anomali sono pari complessivamente a circa 0,15% (150 casi) dei ricoveri ordinari e diurni negli istituti di cura provinciali, valore più basso rispetto a quello nazionale del 2004 (Italia 0,28).

Quote relativamente più elevate, comunque contenute nei valori assoluti, di DRGs atipici e anomali rispetto al totale dei ricoveri ordinari e diurni si registrano a nell’Ospedale di Bressanone e nell’Ospedale di Vipiteno.

3.2.6. Mobilità ospedaliera

I dati sull’assistenza ospedaliera per acuti in strutture extra provinciali qui riportati fanno riferimento ai ricoveri di residenti nel resto d’Italia, rispetto ai quali viene effettuata la compensazione della mobilità interregionale, ed ai ricoveri in strutture convenzionate austriache. Sia per la mobilità interregionale che per l’Austria viene illustrata la situazione dell’anno 2006.

3.2.6.1. Ricoveri per acuti in strutture nazionali

Nell’anno 2006 i ricoveri acuti, in regime ordinario e diurno, effettuati da altoatesini in strutture nazionali extra provinciali sono stati 4.348, in diminuzione rispetto all’anno precedente (4.402 ricoveri), tra cui 69 ricoveri con DRG 391 “Neonato sano”. In particolare, i ricoveri in regime ordinario sono stati 3.184 (6,6 ogni 1.000 abitanti), per un consumo complessivo di 20.522 giornate di degenza e una degenza media pari a 6,4 giorni. I ricoveri in regime diurno sono stati 1.164, per un numero di accessi pari a 2.203.

Tabella 40: **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 2006**

Azienda sanitaria di residenza	Ricoveri	Giornate di degenza	Degenza media/ Accessi medi	Tariffa media (Euro)	Importo totale (Euro)
Regime ordinario					
Bolzano	2.180	13.764	6,3	4.705,33	10.257.613,63
Merano	627	4.302	6,9	4.553,15	2.854.826,49
Bressanone	201	1.209	6,0	4.530,58	910.645,58
Brunico	176	1.247	7,1	4.634,27	815.630,81
TOTALE IN REGIME ORDINARIO	3.184	20.522	6,4	4.660,40	14.838.716,51
Regime diurno					
Bolzano	891	1.666	1,9	1.440,65	1.283.623,42
Merano	155	269	1,7	1.152,90	178.699,93
Bressanone	57	127	2,2	1.317,91	75.120,91
Brunico	61	141	2,3	1.239,56	75.613,25
TOTALE IN REGIME DIURNO	1.164	2.203	1,9	1.385,79	1.613.057,51
TOTALE RICOVERI STRUTTURE NAZIONALI	4.348			3.783,76	16.451.774,02

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

**SPESA PER I RICOVERI
NEL RESTO D'ITALIA**

L'azienda sanitaria di provenienza del paziente è stata nel 70,6% dei casi quella di Bolzano e nel 18,0% quella Merano. Più limitato è stato il ricorso a strutture nazionali dei pazienti delle altre due aziende sanitarie: 5,9% per Bressanone e 5,5% per Brunico.

Nel 2006, l'importo complessivo per ricoveri, in regime ordinario e diurno, in altre regioni italiane è stato pari a 16,452 milioni di Euro, il 70,2% dei quali per residenti nell'Azienda Sanitaria di Bolzano, il 18,4% per residenti nell'Azienda Sanitaria di Merano, il 6,0% per quella di Bressanone ed il 5,4% per quella di Brunico.

Il Veneto (34,7%) e la Provincia Autonoma di Trento (26,8%) sono le destinazioni più frequenti. Rispetto all'anno 2005, c'è stata una lieve diminuzione dei ricoveri in regime ordinario (-41 ricoveri), mentre i ricoveri in regime diurno sono rimasti pressoché costanti.

Il motivo principale per il quale i residenti della Provincia Autonoma di Bolzano si rivolgono presso le strutture presenti nel resto d'Italia per i ricoveri ordinari è rappresentato da malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo (22,4%) e da malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (18,4%).

In particolare si osserva che il 3,7% dei pazienti viene dimesso con DRG 209 "Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori", il 3,2% con il DRG 105 "Interventi sulle valvole cardiache" e il 2,2% con il DRG 109 "Bypass coronario senza cateterismo cardiaco".

Tabella 41: **Ricoveri in regime ordinario e diurno di residenti in Provincia di Bolzano e ricoveri ordinari di 2 o 3 giorni con modalità di dimissione effettuati in istituti di cura del resto d'Italia per regione di ricovero - Anno 2006**

Regioni di ricovero	Regime ordinario	Regime diurno	Totale			Ricoveri brevi	
			ricoveri	variazione	%	Domicilio	Altra dimissione
Piemonte	22	17	39	8	0,90	5	1
Valle d'Aosta	1	-	1	1	0,02	1	-
Lombardia	414	134	548	24	12,60	162	6
Trento	682	485	1.167	-86	26,84	246	15
Veneto	1.231	276	1.507	-71	34,66	402	8
Friuli Venezia Giulia	46	21	67	-3	1,54	11	1
Liguria	26	12	38	-	0,87	10	1
Emilia Romagna	360	104	464	60	10,67	124	4
Toscana	54	37	91	2	2,09	13	1
Umbria	7	5	12	-3	0,28	1	-
Marche	19	3	22	-7	0,51	6	2
Lazio	102	21	123	24	2,83	32	4
Ospedale Bambin Gesù	3	9	12	1	0,28	2	-
Abruzzo	20	2	22	-6	0,51	7	1
Molise	4	-	4	-	0,09	1	-
Campania	60	12	72	29	1,66	24	-
Puglia	54	6	60	-10	1,38	25	4
Basilicata	1	1	2	-4	0,05	1	-
Calabria	28	10	38	-9	0,87	11	-
Sicilia	29	7	36	2	0,83	19	1
Sardegna	21	2	23	-6	0,53	6	-
TOTALE	3.184	1.164	4.348	-54	100,00	1.109	49

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

Figura 46: **Importo totale (milioni di Euro) per ricoveri (ordinari e diurni) di altoatesini in strutture nazionali per azienda sanitaria di residenza – Anni 2005-2006**

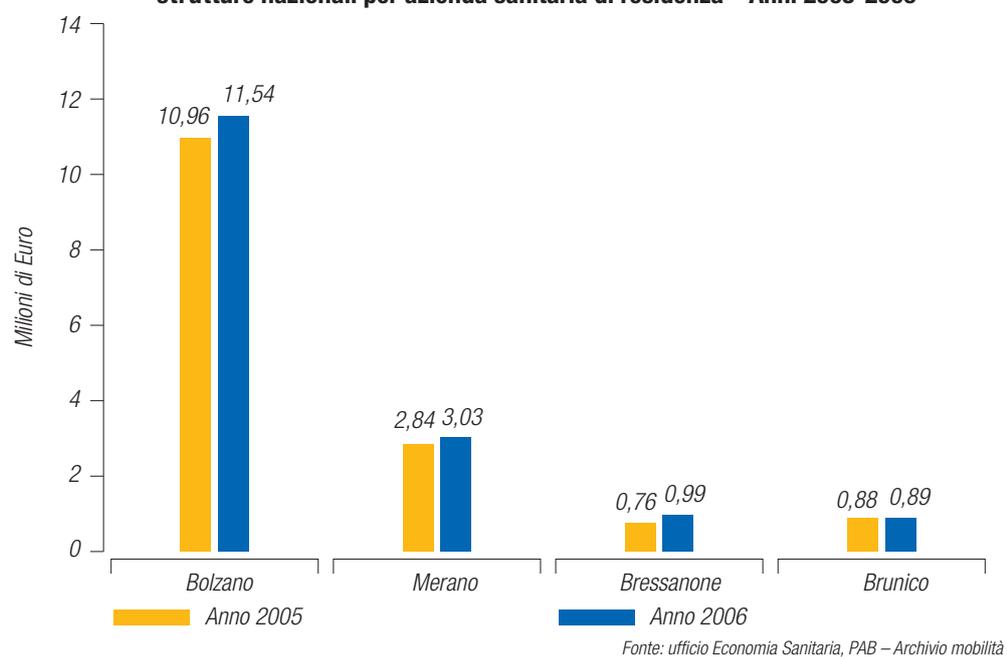


Tabella 42: Ricoveri in regime ordinario di residenti in Provincia di Bolzano effettuati in istituti di cura del resto d'Italia per MDC e relativo importo (Euro) – Anno 2006

MDC	Descrizione MDC	N. ricoveri	% ricoveri	Importo (Euro)
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	714	22,4	3.062.168,48
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	587	18,4	5.189.541,30
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	215	6,8	908.600,20
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	172	5,4	394.616,37
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	163	5,1	785.674,46
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	147	4,6	453.371,15
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	146	4,6	586.301,29
14	Gravidanza, parto e puerperio	146	4,6	242.884,05
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	102	3,2	251.863,83
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	94	3,0	169.837,00
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	90	2,8	267.016,85
19	Malattie e disturbi mentali	82	2,6	204.467,99
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	80	2,5	282.384,27
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	79	2,5	195.047,94
2	Malattie e disturbi dell'occhio	78	2,4	166.442,32
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	77	2,4	320.806,49
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	51	1,6	193.641,92
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	34	1,1	91.800,30
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai Servizi sanitari	30	0,9	42.582,32
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	19	0,6	71.688,24
18	Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	19	0,6	80.672,88
24	Traumatismi multipli rilevanti	13	0,4	109.646,25
22	Ustioni	7	0,2	29.255,76
20	Abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	6	0,2	16.598,24
25	Infezioni da H.I.V.	5	0,2	25.073,98
-	Altri DRGs	28	0,9	696.732,63
TOTALE RICOVERI ORDINARI		3.184	100,0	14.838.716,51

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

Tabella 43: **Ricoveri in regime ordinario di residenti in Provincia di Bolzano effettuati in istituti di cura del resto d'Italia per DRGs più frequenti e relativo importo (Euro) – Anno 2006**

DRG	Descrizione DRGs più frequenti	N. ricoveri	% cum.	Importo totale (Euro)
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	119	3,7	1.109.274,73
105	Interventi sulle valvole cardiache ed altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	100	6,9	1.884.415,62
109	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco	70	9,1	1.076.211,42
231	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore	69	11,2	165.310,53
391	Neonato sano	69	13,4	34.932,28
503	Interventi su ginocchio senza diagnosi principale di infezione	61	15,3	114.608,58
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	59	17,2	85.513,78
500	Interventi su dorso e collo eccetto artrodesi vertebrale senza cc	57	19,0	201.243,85
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	47	20,4	118.849,39
63	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	46	21,9	163.680,81
225	Interventi sul piede	43	23,2	92.079,22
127	Insufficienza cardiaca e shock	41	24,5	122.942,60
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	40	25,8	223.902,34
408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	39	27,0	202.882,61
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	39	28,2	74.246,41
430	Psicosi	39	29,5	108.263,00
227	Interventi sui tessuti molli senza cc	38	30,7	71.220,74
223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con cc	35	31,8	83.916,41
297	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 senza cc	35	32,9	88.945,88
371	Parto cesareo senza cc	35	34,0	80.151,68
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza cc	34	35,0	68.972,54
409	Radioterapia	32	36,0	166.608,53
125	Malattie cardiovascolari eccetto IMA, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	28	36,9	55.070,61
36	Interventi sulla retina	27	37,8	73.001,01
14	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	26	38,6	87.574,47
183	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 senza cc	25	39,4	26.415,27
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza cc	25	40,1	291.732,40
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza cc	23	40,9	39.313,14
428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	23	41,6	53.568,34
55	Miscelanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	22	42,3	39.104,73
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età >17 senza cc	22	43,0	63.087,65
241	Malattie del tessuto connettivo, senza cc	22	43,7	56.870,05
138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, con cc	21	44,3	60.719,90
1	Craniotomia età > 17, eccetto per traumatismo	20	44,9	233.076,77
119	Legatura e stripping di vene	20	45,6	33.256,63
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età >17 senza cc	19	46,2	84.853,67
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	19	46,8	12.605,97
184	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18	18	47,3	15.861,58
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza cc	18	47,9	50.987,56
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	17	48,4	46.598,24
108	Altri interventi sul sistema cardiotoracico	17	49,0	249.620,51
26	Convulsioni e cefalea età < 18	16	49,5	21.895,66
124	Malattie cardiovascolari eccetto IMA, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	16	50,0	65.224,28
243	Affezioni mediche del dorso	16	50,5	21.454,58
288	Interventi per obesità	16	51,0	78.564,04
TOTALE RICOVERI ORDINARI		3.184		14.838.716,51

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

**RICOVERI BREVI NEL
RESTO D'ITALIA**

In 1.158 ricoveri ordinari di altoatesini fuori provincia, effettuati nel 2006, la durata della degenza è risultata di 2 o 3 giorni (ad esclusione dei ricoveri nei reparti di Riabilitazione, Lungodegenza e Psichiatria), pari al 36,4% dei ricoveri ordinari per acuti effettuati in strutture nazionali fuori provincia. I ricoveri brevi con modalità di dimissione a domicilio del paziente sono stati 1.109, quelli con un'altra modalità di dimissione 49.

Il 36,2% dei ricoveri brevi con dimissione a domicilio sono stati effettuati in istituti di cura del Veneto, il 22,2% in istituti di cura della Provincia Autonoma di Trento.

I ricoveri con DRG medico di durata 2 o 3 giorni con dimissione a domicilio effettuati da residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano negli istituti di cura del resto d'Italia sono pari a 457, in aumento rispetto al 2005. Il DRG più frequente è rappresentato dal DRG 373 "Parto vaginale senza diagnosi complicanti" che raccoglie 36 ricoveri, seguito dal DRG 297 "Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 senza cc" con 30 ricoveri.

Nel 2006, l'importo complessivo dei ricoveri di 2 o 3 giorni con dimissione a domicilio e DRG medico effettuati da residenti nel resto d'Italia è stato di 1.012.771,40 Euro.

Tabella 44: **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 DRGs più frequenti e relativo importo – Anno 2006**

DRG	Descrizione DRG più frequenti	N. ricoveri	% cum.	Importo (Euro)
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	36	7,9	49.169,26
297	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 senza cc	30	14,4	76.774,44
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	23	19,5	45.359,02
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	20	23,9	40.956,90
241	Malattie del tessuto connettivo, senza cc	17	27,6	44.129,14
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza cc	16	31,1	31.295,57
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18	12	33,7	12.965,18
409	Radioterapia	12	36,3	46.301,52
138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, con cc	11	38,7	36.679,58
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche, senza cc	10	40,9	17.263,61
26	Convulsioni e cefalea età < 18	9	42,9	13.619,97
124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	8	44,6	32.527,03
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 senza cc	8	46,4	9.847,75
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18	8	48,1	16.449,02
492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	8	49,9	57.187,04
70	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18	7	51,4	8.318,35
243	Affezioni mediche del dorso	7	53,0	8.881,81
17	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza cc	5	54,0	11.478,75
284	Malattie minori della pelle senza cc	5	55,1	5.681,66
298	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18	5	56,2	7.574,16
TOTALE RICOVERI ORDINARI BREVI		457		1.012.771,40

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

3.2.6.2. Ricoveri per acuti in Austria

Ai fini di assicurare una completa assistenza ai residenti in provincia, nel rispetto delle loro caratteristiche etnico linguistiche, la Provincia Autonoma di Bolzano è convenzionata con cliniche universitarie e strutture sanitarie pubbliche o private austriache per i servizi sanitari ospedalieri per acuti e post-acuti che non possono essere garantiti dal servizio locale.

Le strutture convenzionate che erogano assistenza ospedaliera per acuti sono:

- a) Clinica universitaria di Innsbruck, per tutti gli interventi diagnostici e terapeutici in casi clinici che, per il loro alto contenuto scientifico tecnologico e/o per la loro complessità, richiedano la competenza di una struttura universitaria. Nei casi in cui la Clinica universitaria di Innsbruck non è in grado di fornire prestazioni di altissima specializzazione, è autorizzata a trasferire i pazienti nelle strutture universitarie situate a Vienna e Graz. In questi casi le spese di trasporto e le rette di degenza sono a carico dell'amministrazione provinciale, che provvede al pagamento diretto;
- b) Istituti di cura regionali di Salisburgo, per trattamenti di forme morbose renali, per interventi cardiocirurgici e per interventi di palatoschisi;
- c) "Landeskrankenhaus Natters", per cure tisiopneumologiche;
- d) "Magistrat der Stadt Wien – AKH", per la cura dei pazienti più gravi trasferiti dalla Clinica universitaria di Innsbruck.

Si precisa che i dati riportati in questo paragrafo devono essere interpretati con cautela in quanto i risultati risentono della qualità del dato trasmesso dalle strutture austriache e della conseguente correttezza/completezza della banca dati provinciale.

Nel corso dell'anno 2006 i ricoveri di pazienti altoatesini presso strutture convenzionate in Austria sono stati complessivamente 2.467, in lieve aumento rispetto al 2005, con un consumo di 20.251 giornate di degenza.

Distinguendo per tipologia di ricovero, i ricoveri in regime ordinario di altoatesini in strutture austriache sono stati 2.387, con un consumo complessivo di giornate di degenza pari a 19.979, per una degenza media di 8,4 giorni e un importo medio di 5.933,05 Euro. I cicli di ricovero di 1 giorno, invece, sono stati 80, anche in questo caso si verifica un lieve aumento rispetto al 2005; il consumo complessivo di giornate è stato di 272 giorni, con un numero medio di accessi di 3,4 giorni e un importo medio di 2.466,50 Euro.

L'azienda sanitaria di assistenza dei pazienti che si ricoverano in Austria è nel 27,5% dei casi quella di Merano; seguono Bolzano (25,1%), Bressanone (24,3%) e Brunico (23,1%).

RICOVERI IN AUSTRIA

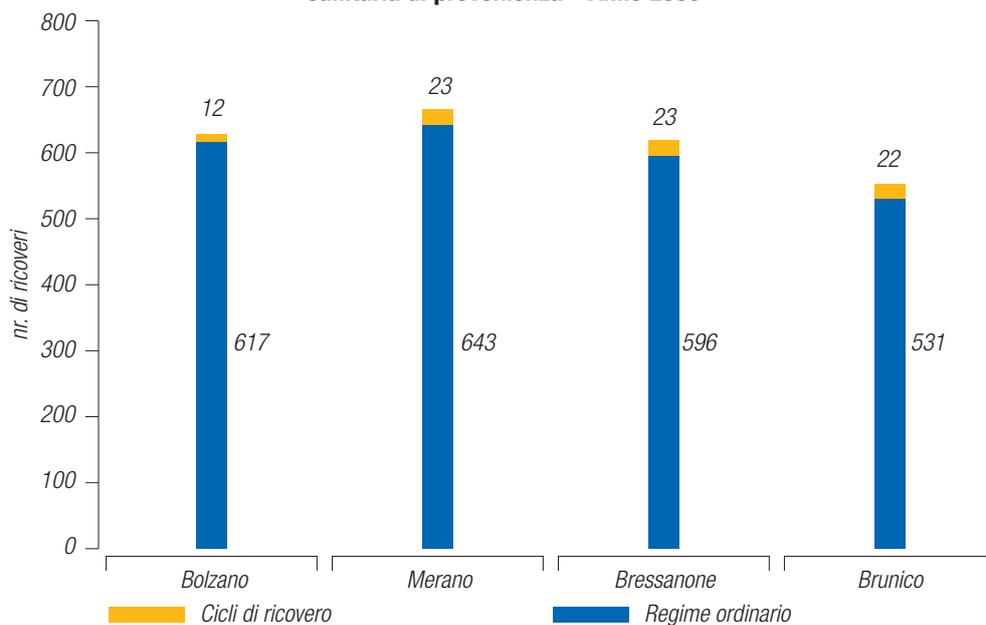
AZIENDA SANITARIA DI PROVENIENZA

Tabella 45: Ricoveri ordinari e cicli di ricovero, giornate di degenza, degenza media, numero medio di accessi, importo totale (Euro) e tariffa media (Euro) in strutture austriache per acuti da parte di residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano – Anno 2006

Strutture	Ricoveri	Pazienti	Giornate di degenza	Degenza Accessi medi	Importo totale (Euro)	Tariffa media (Euro)
Regime ordinario						
Universitätsklinik Innsbruck	2.316	1.432	19.546	8,4	13.941.604,96	6.019,69
Landeskrankenhaus Natters	57	24	330	5,8	158.896,00	2.787,65
Landeskrankenhaus Salzburg	14	11	103	7,4	61.697,00	4.406,93
TOTALE RICOVERI ORDINARI	2.387	1.467	19.979	8,4	14.162.197,96	5.933,05
Cicli di ricoveri di 1 giorno						
Universitätsklinik Innsbruck	66	66	214	3,2	177.675,75	2.692,06
Landeskrankenhaus Natters	14	14	58	4,1	19.644,64	1.403,19
TOTALE CICLI DI RICOVERO	80	80	272	3,4	197.320,39	2.466,50
TOTALE RICOVERI IN STRUTTURE AUSTRIACHE	2.467	1.547	20.251		14.359.518,35	8.399,56

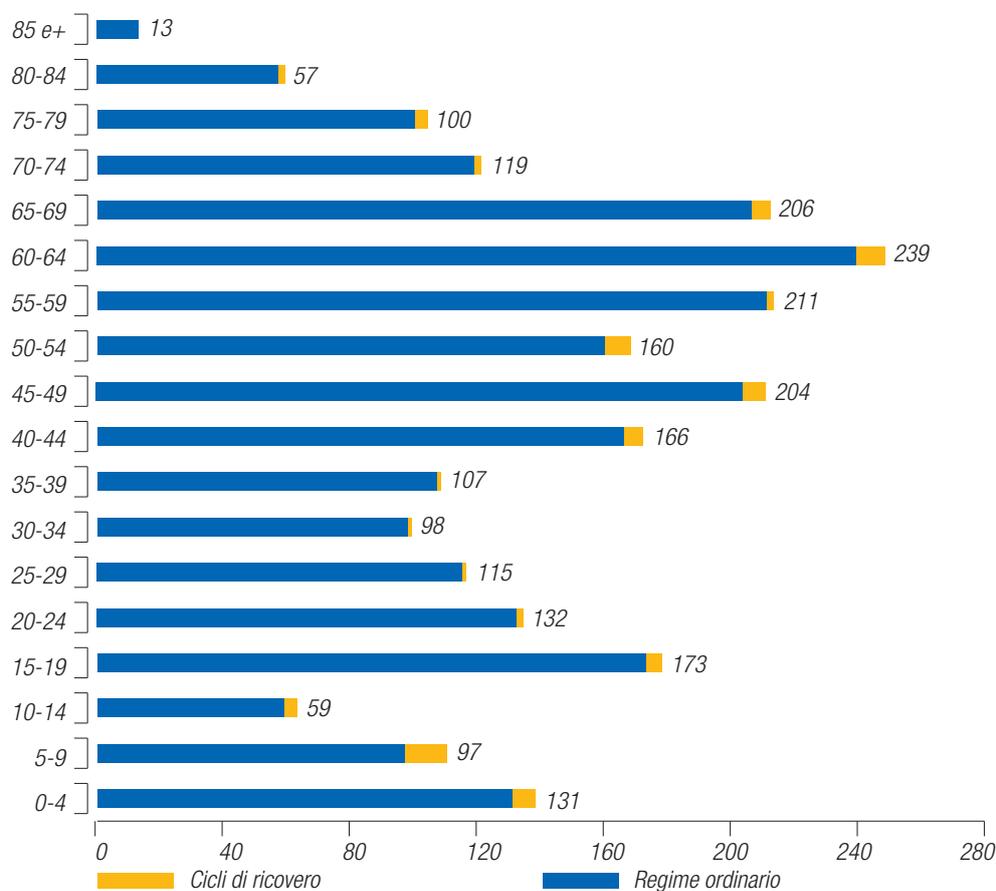
Fonte: aziende sanitarie – Archivio ricoveri in Austria

Figura 47: Ricoveri per acuti di altoatesini in Austria per tipologia di ricovero e azienda sanitaria di provenienza – Anno 2006



Fonte: aziende sanitarie – Archivio ricoveri in Austria

Figura 48: Ricoveri per acuti di altoatesini in Austria per tipologia di ricovero e classi d'età – Anno 2006



Nel complesso dei ricoveri, le classi di età con maggiore frequenza di ricoveri in Austria sono quelle dei 60-64 anni con il 10,1% dei ricoveri e con l'8,6% le classi d'età dei 45-49 anni, 55-59 anni e 65-69 anni.

Tra le categorie di diagnosi di dimissione più frequenti, relativamente ai ricoveri ordinari, si trovano "Tumori maligni di altre e non specificate sedi" con l'8,3% dei ricoveri e con il 5,7% la categoria "Tumori maligni dell'apparato digerente e del peritoneo"; relativamente, invece, ai cicli di ricovero, le categorie di diagnosi di dimissione più frequenti sono "Tumori maligni degli organi genitourinari" con il 29,5% dei ricoveri e con il 19,2% la categoria "Tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico".

**CATEGORIE DI DIAGNOSI
PIU' FREQUENTI**

Tabella 46: **Categorie di diagnosi principale di dimissione più frequenti per pazienti altoatesini ricoverati in regime ordinario in strutture austriache per acuti – Anno 2006**

ICD9CM	Descrizione categoria di diagnosi più frequenti	N. ricoveri	% cumulata
190-199	Tumori maligni di altre e non specificate sedi	196	8,3
150-159	Tumori maligni dell'apparato digerente e del peritoneo	135	14,0
170-176	Tumori maligni delle ossa, del tessuto connettivo, della cute e della mammella	117	18,9
720-724	Dorsopatie	112	23,7
300-316	Disturbi nevrotici e della personalità e altri disturbi psichici non psicotici	108	28,2
179-189	Tumori maligni degli organi genitourinari	107	32,8
520-529	Malattie della cavità orale, delle ghiandole salivari e delle mascelle	105	37,2
420-429	Altre malattie del cuore	95	41,2
740-759	Malformazioni congenite	87	44,9
200-208	Tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico	85	48,5
360-379	Malattie dell'occhio e degli annessi	72	51,5
570-579	Altre malattie dell'apparato digerente	71	54,5
905-909	Postumi di traumatismi, avvelenamenti, effetti tossici ed altre cause esterne	55	56,9
730-739	Osteopatie, condropatie e deformità acquisite del sistema muscoloscheletrico	52	59,1
210-229	Tumori benigni	49	61,1
340-349	Altri disturbi del sistema nervoso centrale	48	63,2
410-414	Malattie ischemiche del cuore	47	65,2
996-999	Complicazioni di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove	45	67,1
780-789	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	44	68,9
160-165	Tumori maligni dell'apparato respiratorio e degli organi intratoracici	41	70,7
TOTALE RICOVERI ORDINARI		2.365	

Fonte: aziende sanitarie – Archivio ricoveri in Austria

Tabella 47: **Categorie di diagnosi principale di dimissione più frequenti per pazienti altoatesini nei cicli di ricovero in strutture austriache per acuti – Anno 2006**

ICD9CM	Descrizione categoria di diagnosi più frequenti	N. ricoveri	% cumulata
179-189	Tumori maligni degli organi genitourinari	23	29,5
200-208	Tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico	15	48,7
510-519	Altre malattie del sistema respiratorio	8	59,0
190-199	Tumori maligni di altre e non specificate sedi	4	64,1
280-289	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	4	69,2
170-176	Tumori maligni delle ossa, del tessuto connettivo, della cute e della mammella	3	73,1
TOTALE CICLI DI RICOVERO		78	

Fonte: aziende sanitarie - Archivio ricoveri in Austria

**CLINICA UNIVERSITARIA
DI INNSBRUCK**

La Clinica universitaria di Innsbruck, nel 2006, ha accolto il 97,0% dei ricoveri ordinari di altoatesini in strutture convenzionate austriache, e le unità operative più frequentate sono state quelle di Chirurgia, Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia plastica, Neurochirurgia e Pediatria. I cicli di ricovero di 1 giorno vengono invece prevalentemente effettuati in Pediatria, Ostetricia e Ginecologia e Urologia.

Tabella 48: **Ricoveri in regime ordinario per unità operativa nella Clinica universitaria di Innsbruck – Anno 2006**

Unità operativa di ricovero	Numero di ricoveri	% ricoveri	Giornate di degenza	% giornate
Anestesia e rianimazione	14	0,60	268	1,37
Cardiochirurgia	123	5,31	1.207	6,18
Cardiologia	37	1,60	153	0,78
Chirurgia	198	8,55	2.456	12,57
Chirurgia pediatrica	14	0,60	131	0,67
Chirurgia plastica	192	8,29	1.613	8,25
Chirurgia vascolare	29	1,25	359	1,84
Dermatologia	25	1,08	301	1,54
Ematologia	10	0,43	100	0,51
Gastroenterologia	102	4,40	649	3,32
Grandi ustioni pediatriche	1	0,04	1	0,01
Medicina generale	84	3,63	498	2,55
Medicina nucleare	130	5,61	741	3,79
Nefrologia	9	0,39	182	0,93
Neonatologia	1	0,04	64	0,33
Neurochirurgia	156	6,74	1.312	6,71
Neurologia	103	4,45	786	4,02
Neuropsichiatria infantile	63	2,72	635	3,25
Oculistica	82	3,54	398	2,04
Odontoiatria e Stomatologia	139	6,00	849	4,34
Oncologia	1	0,04	1	0,01
Ortopedia e Traumatologia	235	10,15	2.160	11,05
Ostetricia e Ginecologia	86	3,71	949	4,86
Otorinolaringoiatria	50	2,16	319	1,63
Pediatria	165	7,12	1.213	6,21
Pneumologia	2	0,09	4	0,02
Psichiatria	57	2,46	715	3,66
Radioterapia	91	3,93	677	3,46
Radioterapia oncologica	1	0,04	1	0,01
Terapia intensiva	16	0,69	260	1,33
Terapia intensiva neonatale	4	0,17	103	0,53
Urologia	63	2,72	287	1,47
Urologia pediatrica	33	1,42	154	0,79
TOTALE RICOVERI ORDINARI	2.316	100,0	19.546	100,0

Fonte: aziende sanitarie – Archivio ricoveri in Austria

MEDICI PRESCRITTORI

MOBILITÀ OSPEDALIERA
COMPLESSIVA

Tabella 49: Cicli di ricovero per unità operativa nella Clinica universitaria di Innsbruck – Anno 2006

Unità operativa di ricovero	Numero di ricoveri	% ricoveri	Giornate di degenza	% giornate
Chirurgia plastica	1	1,52	2	0,93
Dermatologia	1	1,52	4	1,87
Ematologia	1	1,52	2	0,93
Gastroenterologia	3	4,55	11	5,14
Medicina nucleare	2	3,03	4	1,87
Neurologia	1	1,52	2	0,93
Oculistica	2	-	4	-
Ostetricia e Ginecologia	13	19,70	45	21,03
Pediatria	23	34,85	83	38,79
Radiologia	1	-	4	-
Radioterapia	2	3,03	11	5,14
Radioterapia oncologica	2	3,03	6	2,80
Terapia intensiva neonatale	1	-	1	-
Urologia	10	15,15	28	13,08
Urologia pediatrica	3	4,55	7	3,27
TOTALE	66	100,00	214	100,00

Fonte: aziende sanitarie – Archivio ricoveri in Austria

I ricoveri in Austria sono stati prescritti complessivamente da 182 medici: 72 medici (39,6%) appartengono all'Azienda Sanitaria di Bolzano e hanno proposto circa il 25,1% dei ricoveri, 43 medici (23,6%) sono dell'Azienda Sanitaria di Merano, che hanno inviato il 21,4% dei ricoveri; 37 medici (20,3%) dell'Azienda Sanitaria di Bressanone hanno invece proposto il 31,0% dei ricoveri e infine 30 medici dell'Azienda Sanitaria di Brunico (16,5%) hanno inviato il 22,6% dei ricoveri.

Considerando il complesso dei ricoveri di residenti altoatesini, il ricorso alle strutture austriache è avvenuto per il 2,7% del totale dei ricoveri: per il 6,1% dei ricoveri a Bressanone, per il 3,9% a Brunico, per il 2,2% a Merano e per l'1,5% a Bolzano.

Tabella 50: 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 2006

Azienda sanitaria	Totale ricoveri in Austria per azienda sanitaria del medico prescrittore	N. medio di ricoveri in Austria per medico	% ricoveri in Austria su ricoveri di residenti	N. ricoveri di residenti per azienda sanitaria di residenza del paziente
Bolzano	618	8,6	1,5	40.524
Merano	528	12,3	2,2	24.213
Bressanone	764	20,6	6,1	12.426
Brunico	557	18,6	3,9	14.467
TOTALE	2.467	13,6	2,7	91.630

Fonte: aziende sanitarie – Archivio ricoveri in Austria

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.

Per quanto riguarda la mobilità ospedaliera internazionale, nella presente pubblicazione verranno presi in considerazione i dati relativi all'anno 2004, aggiornati al 06/07/2007; considerato che negli ultimi anni il trend della mobilità internazionale è rimasto pressoché costante, si suppone che i dati considerati possano riflettere la situazione dell'anno 2006. Per quanto riguarda la mobilità di assistiti tra le unità operative delle aziende sanitarie di Bressanone e Brunico in riferimento ad Oculistica, Dermatologia, Otorinolaringoiatria e Urologia, si rileva che, poiché le unità operative non sono presenti in entrambe le aziende, esiste una convenzione per cui le unità operative di Oculistica e di Dermatologia dell'Ospedale di Brunico erogano prestazioni anche ai residenti nel territorio della Azienda Sanitaria di Bressanone, mentre le unità operative di Otorinolaringoiatria e Urologia dell'Ospedale di Bressanone erogano prestazioni anche ai residenti nel territorio della Azienda Sanitaria di Brunico.

Di seguito vengono presentati i dati relativi alla mobilità complessiva; analisi dettagliate sulla mobilità provinciale sono riportate nel CD allegato alla presente pubblicazione.

Le strutture provinciali hanno prodotto nel corso dell'anno 76.543 ricoveri in regime ordinario. I residenti hanno consumato nell'identico periodo complessivamente 74.058 ricoveri in regime ordinario, 67.733 in strutture provinciali, 3.184 in quelle del resto d'Italia, 2.387 in quelle austriache e 754 in istituti di cura presenti in altre nazioni (dato riferito all'anno 2004).

Tabella 51: **Ricoveri ospedale in regime ordinario negli istituti di cura presenti nel territorio delle aziende sanitarie e fuori provincia per residenza del paziente – Anno 2006**

Azienda sanitaria di ricovero	Azienda sanitaria di residenza					Extra-prov.	Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale residenti		
Bolzano	25.629	1.449	600	421	28.099	3.399°	31.498
Merano	1.616	16.367	62	44	18.089	1.281°°	19.370
Bressanone	2.373	231	7.789	840**	11.233	1.667	12.900
Brunico	356	92	459*	9.405	10.312	2.463	12.775
RICOVERI IN PROVINCIA	29.974	18.139	8.910	10.710	67.733	8.810	76.543
Resto Italia	2.180	627	201	176	3.184		
Austria	617	643	596	531	2.387		
Altre Nazioni (anno 2004)	281	216	104	153	754		
TOT. RICOVERI RESIDENTI	33.052	19.625	9.811	11.570	74.058		

* Inclusi 162 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Brunico per residenti nell'Azienda Sanitaria di Bressanone

** Inclusi 557 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Bressanone per residenti nell'Azienda Sanitaria di Brunico

° Inclusi 33 ricoveri non convenzionati, effettuati dalla Casa di Cura S. Maria di pazienti non residenti

°° Inclusi 69 ricoveri non convenzionati, effettuati nel reparto di Chirurgia generale della Casa di Cura Villa S. Anna di pazienti non residenti e 3 ricoveri non convenzionati, effettuati dalla Casa di Cura Fonte San Martino di pazienti non residenti

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Osservando la mobilità interna, si nota che l'azienda sanitaria che esercita la maggior attrazione è quella di Bressanone con 2.887 ricoveri di altoatesini residenti in altra azienda sanitaria provinciale, pari al 25,7% della produzione dell'Azienda Sanitaria di Bressanone di ricoveri di altoatesini.

**MOBILITÀ PROVINCIALE
PER SINGOLO ISTITUTO DI
CURA**

Tabella 52: **Indici percentuali di mobilità attiva per azienda sanitaria. Regime ordinario – Anno 2006**

Azienda sanitaria di ricovero	Azienda sanitaria di residenza					Extra-prov.	Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale residenti		
Bolzano	81,4	4,6	1,9	1,3	89,2	10,8	100,0
Merano	8,3	84,5	0,3	0,2	93,4	6,6	100,0
Bressanone	18,4	1,8	60,4	6,5	87,1	12,9	100,0
Brunico	2,8	0,7	3,6	73,6	80,7	19,3	100,0
TOTALE	39,2	23,7	11,6	14,0	88,5	11,5	100,0

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

L'azienda sanitaria con il maggior numero di ricoveri ordinari consumati da residenti in provincia è quella di Merano, con il 93,4%, di cui 84,5% relativa a residenti nella stessa azienda.

L'azienda sanitaria con una maggior produzione di ricoveri in regime ordinario consumata da parte di residenti fuori provincia è quella di Brunico, nella quale l'attrazione è stata del 19,3%.

Tabella 53: **Indici percentuali di mobilità passiva per azienda sanitaria. Regime ordinario – Anno 2006**

Azienda sanitaria di ricovero	Azienda sanitaria di residenza				
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Bolzano	77,5	7,4	6,1	3,6	37,9
Merano	4,9	83,4	0,6	0,4	24,4
Bressanone	7,2	1,2	79,4	7,3	15,2
Brunico	1,1	0,5	4,7	81,3	13,9
RICOVERI IN PROVINCIA	90,7	92,4	90,8	92,6	91,5
Resto Italia	6,6	3,2	2,0	1,5	4,3
Austria	1,9	3,3	6,1	4,6	3,2
Altre Nazioni (anno 2004)	0,9	1,1	1,1	1,3	1,0
TOT. RICOVERI RESIDENTI	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

I ricoveri in regime ordinario dei residenti in provincia sono stati effettuati nel 91,5% dei casi in strutture provinciali. L'azienda sanitaria con il maggior consumo di ricoveri ordinari da parte di residenti in strutture provinciali è quella di Brunico (92,6%), mentre l'Azienda Sanitaria di Bolzano ha il 6,6% di ricoveri ordinari di residenti effettuato in strutture nazionali extra provinciali e quella di Bressanone il 6,1% effettuato in strutture austriache. I ricoveri ordinari effettuati da parte di residenti in strutture presenti in altre nazioni, invece, coprono una percentuale piuttosto ridotta (1,0%) dei ricoveri totali effettuati da residenti in provincia, per tutte le aziende sanitarie.

Nel 2006 nella Provincia Autonoma di Bolzano sono stati prodotti anche 26.333 ricoveri in regime diurno. Il 90,7% di tali ricoveri è stato effettuato da residenti nella provincia, mentre il 9,3% è stato effettuato da residenti fuori provincia; tra questi il 45,9% 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 azienda sanitaria provinciale è quella di Bressanone con 1.517 ricoveri di altoatesini, pari al 36,9% della produzione di ricoveri per residenti dell'azienda stessa.

Tabella 54: **Ricoveri ospedale in regime diurno negli istituti di cura presenti nel territorio delle aziende sanitarie e fuori provincia per residenza del paziente – Anno 2006**

Azienda sanitaria di ricovero	Azienda sanitaria di residenza					Extra-prov.	Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale residenti		
Bolzano	8.199	852	343	227	9.621	1.117°	10.738
Merano	631	4.864	20	18	5.533	195°°	5.728
Bressanone	1.218	163	2.407	322**	4.110	247	4.357
Brunico	502	195	746*	3.190	4.633	877	5.510
RICOVERI IN PROVINCIA	10.550	6.074	3.516	3.757	23.897	2.436	26.333
Resto Italia	891	155	57	61	1.164		
Austria	12	23	23	22	80		
TOT. RICOVERI RESIDENTI	11.453	6.252	3.596	3.840	25.141		

* Inclusi 580 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Brunico per residenti nell'Azienda Sanitaria di Bressanone

** Inclusi 186 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Bressanone per residenti nell'Azienda Sanitaria di Brunico

° Inclusi 12 ricoveri non convenzionati, effettuati dalla Casa di Cura S. Maria di pazienti non residenti

°° Inclusi 10 ricoveri in convenzione, effettuati nel reparto di Chirurgia generale della Casa di Cura Villa S. Anna di pazienti non residenti

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

L'azienda sanitaria con il maggior numero di ricoveri diurni consumati da residenti in provincia è quella di Merano, con il 96,6% della produzione consumata da residenti in provincia, nella quale l'84,9% 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 quella di Brunico, nella quale l'attrazione è stata del 15,9%.

Tabella 55: **Indici percentuali di mobilità attiva per azienda sanitaria. Regime diurno – Anno 2006**

Azienda sanitaria di ricovero	Azienda sanitaria di residenza					Extra-prov.	Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale residenti		
Bolzano	76,4	7,9	3,2	2,1	89,6	10,4	100,0
Merano	11,0	84,9	0,3	0,3	96,6	3,4	100,0
Bressanone	28,0	3,7	55,2	7,4	94,3	5,7	100,0
Brunico	9,1	3,5	13,5	57,9	84,1	15,9	100,0
TOTALE	40,1	23,1	13,4	14,3	90,7	9,3	100,0

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

I ricoveri in regime diurno dei residenti in provincia sono stati effettuati nel 95,1% dei casi in strutture provinciali. Le aziende sanitarie di Merano, Bressanone e Brunico hanno avuto un consumo di ricoveri diurni da parte di residenti in strutture provinciali pari a circa il 98%, mentre l'Azienda Sanitaria di Bolzano ha il 7,8% di ricoveri diurni di residenti effettuato in strutture nazionali extra provinciali. I cicli di ricovero diurno effettuati da parte di residenti in strutture austriache coprono una percentuale piuttosto ridotta (0,3%) dei ricoveri totali effettuati da altoatesini.

Tabella 56: **Indici percentuali di mobilità passiva per azienda sanitaria. Regime diurno – Anno 2006**

Azienda sanitaria di ricovero	Azienda sanitaria di residenza				
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Bolzano	71,6	13,6	9,5	5,9	38,3
Merano	5,5	77,8	0,6	0,5	22,0
Bressanone	10,6	2,6	66,9	8,4	16,3
Brunico	4,4	3,1	20,7	83,1	18,4
RICOVERI IN PROVINCIA	92,1	97,2	97,8	97,8	95,1
Resto Italia	7,8	2,5	1,6	1,6	4,6
Austria	0,1	0,4	0,6	0,6	0,3
TOT. RICOVERI RESIDENTI	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

**MOBILITÀ ATTIVA IN ALTO
ADIGE – REGIME
ORDINARIO E DIURNO**

Riepilogando, nel 2006, le strutture ubicate sul territorio provinciale hanno prodotto 102.876 ricoveri per acuti, in regime ordinario e diurno, di cui 11.246 per residenti fuori provincia (compresi 127 ricoveri effettuati in unità operative non convenzionate).

I ricoveri effettuati da altoatesini in strutture provinciali ubicati in territorio diverso da quello dell'azienda di residenza sono stati 13.780 (compresi 1.485 ricoveri effettuati in convenzione tra le aziende di Brunico e Bressanone).

L'indice di attrazione per i ricoveri per acuti, al netto dei ricoveri effettuati in strutture non convenzionate e dei ricoveri in convenzione, in regime ordinario e diurno, è stato pari a 10,8% per la mobilità attiva extraprovinciale. La percentuale di ricoveri ordinari e diurni di altoatesini non effettuati nell'azienda sanitaria di residenza è stata del 12,0% rispetto al totale dei ricoveri prodotti.

Tabella 57: **Riepilogo degli indicatori assoluti e percentuali di mobilità attiva in regime ordinario e diurno per azienda sanitaria – Anno 2006**

Mobilità attiva (su produzione)	Azienda sanitaria di ricovero				
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
	Valori assoluti				
Da altre azienda sanitarie	3.892	2.391	4.404**	1.608*	12.295
Da fuori Provincia	4.471°	1.394°°	1.914	3.340	11.119
TOTALE	8.363	3.785	6.318	4.948	23.414
TOTALE RICOVERI PRODOTTI	42.236	25.098	17.257	18.285	102.876
	Valori percentuali				
Da altre azienda sanitarie	9,2	9,5	25,5**	8,8*	12,0
Da fuori Provincia	10,6°	5,6°°	11,1	18,3	10,8
TOTALE	19,8	15,1	36,6	27,1	22,8

* Esclusi 742 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Brunico per residenti nell'Azienda Sanitaria di Bressanone

** Esclusi 743 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Bressanone per residenti nell'Azienda Sanitaria di Brunico

° Esclusi 45 ricoveri non convenzionati, effettuati dalla Casa di Cura S. Maria di pazienti non residenti

°° Esclusi 79 ricoveri non convenzionati, effettuati nel reparto di Chirurgia generale della Casa di Cura Villa S. Anna di pazienti non residenti e 3 ricoveri non convenzionati, effettuati dalla Casa di Cura Fonte San Martino di pazienti non residenti

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Nel 2006, gli indici di attrazione per singola azienda sanitaria hanno assunto i valori indicati in tabella: la percentuale di attrazione (intra ed extra provinciale) rispetto alla produzione complessiva di ricoveri ordinari risulta molto variabile tra le aziende sanitarie: dal 15,1% dell'Azienda Sanitaria di Merano al 36,6% dell'Azienda Sanitaria di Bressanone.

Nella tabella riportata di seguito è presentato un profilo sintetico della mobilità passiva ordinaria in Alto Adige, per azienda sanitaria, con riferimento all'anno 2006.

Dei 99.199 ricoveri per acuti, in regime ordinario e diurno, di residenti in provincia, 7.569

**MOBILITÀ PASSIVA IN
ALTO ADIGE – REGIME
ORDINARIO E DIURNO**

sono stati effettuati in strutture ospedaliere fuori provincia (7,7% di fuga extraprovinciale di cui 4,4% verso il resto d'Italia, 2,5% verso l'Austria e 0,8% verso altre nazioni); altri 13.780 (compresi 1.485 ricoveri effettuati in convenzione tra le aziende di Brunico e Bressanone) sono stati i ricoveri effettuati da altoatesini in strutture ubicate in territori diversi da quello della azienda di residenza; l'indice di mobilità passiva intra provinciale per i ricoveri per acuti, al netto dei ricoveri in convenzione, in regime ordinario e diurno, è stato pari a 12,4%.

Va segnalata in particolare la forte mobilità passiva intra provinciale 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 2006 del 15,0% dei ricoveri dei residenti, mentre la fuga verso il resto d'Italia del 6,9%.

Tabella 58: **Riepilogo degli 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 2006**

Mobilità passiva (su consumo ricoveri di residenti)	Azienda sanitaria di residenza				
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
	Valori assoluti				
Verso altre aziende sanitarie	6.696	2.982	1.488*	1.129**	12.295
Verso resto Italia	3.071	782	258	237	4.348
Verso Austria	629	666	619	553	2.467
Verso altre nazioni (anno 2004)	281	216	104	153	754
TOTALE	10.677	4.646	2.469	2.072	19.864
TOTALE RICOVERI CONSUMATI	44.505	25.877	13.407	15.410	99.199
	Valori percentuali				
Verso altre aziende sanitarie	15,0	11,5	11,1*	7,3**	12,4
Verso resto Italia	6,9	3,0	1,9	1,5	4,4
Verso Austria	1,4	2,6	4,6	3,6	2,5
Verso altre nazioni (anno 2004)	0,6	0,8	0,8	1,0	0,8
TOTALE	24,0	18,0	18,4	13,4	20,0
RICOVERI PRODOTTI SU RICOVERI CONSUMATI (X 100)	94,9	97,0	128,7	118,7	103,7

* Esclusi 742 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Brunico per residenti nell'Azienda Sanitaria di Bressanone

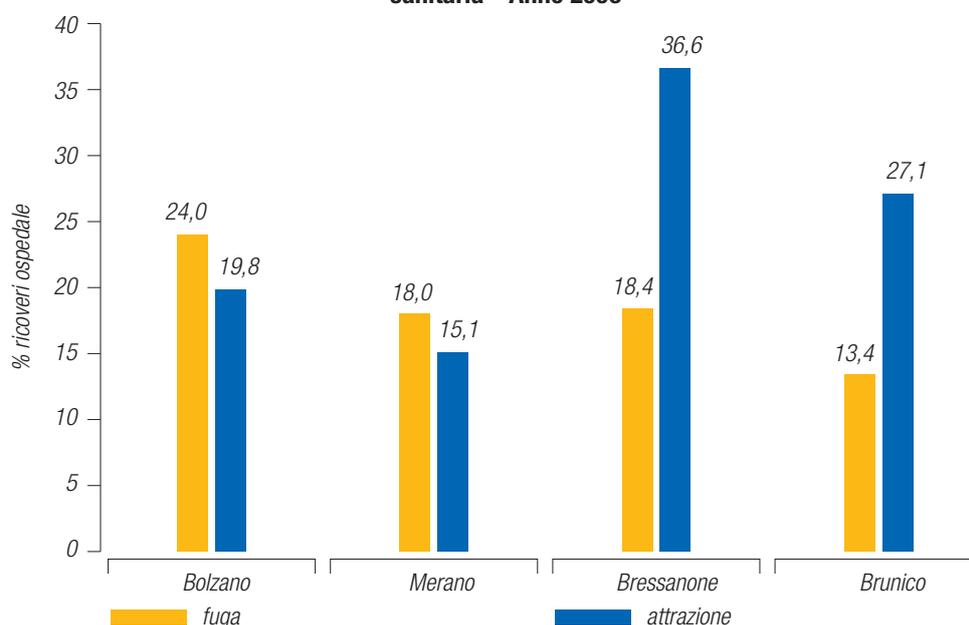
** Esclusi 743 ricoveri in convenzione, effettuati dall'Ospedale di Bressanone per residenti nell'Azienda Sanitaria di Brunico

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Nel complesso, l'azienda sanitaria con maggiore attrazione di ricoveri di non residenti è quella di Bressanone dove il 36,6% dei ricoverati risiede al di fuori del territorio dell'azienda, mentre l'attrazione minore si rileva nell'Azienda Sanitaria di Merano (15,1%).

**INDICI DI ATTRAZIONE E
FUGA**

Figura 49: Indici di attrazione e fuga complessivi, in regime ordinario e diurno, per azienda sanitaria – Anno 2006



Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

La minor mobilità passiva si registra per l'Azienda Sanitaria di Brunico con il 13,4% 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 (24,0% di ricoveri di residenti consumati in strutture extra aziendali).

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%).

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 2006 il saldo della mobilità extraprovinciale è stato positivo in quanto i ricoveri prodotti (102.876) hanno superato di 3.677 unità quelli complessivamente consumati dai residenti in Provincia (99.199).

Nel 2006, nelle singole aziende il rapporto tra ricoveri ordinari prodotti e ricoveri ordinari consumati dai residenti è stato superiore all'unità (saldo positivo) per le aziende di Bressanone (128,7%) e di Brunico (118,7%), mentre è risultato inferiore per le aziende di Merano (97,0%) e di Bolzano (94,9%).

L'analisi della capacità di attrazione e fuga in riferimento a particolari patologie quali la neoplasia della mammella, la neoplasia di utero, ovaio o annessi uterini, l'intervento di sostituzione d'anca e l'intervento di cataratta può fornire informazioni indirette sulla qualità del sistema provinciale in risposta ai bisogni di salute dei residenti e sulle situazioni di difficoltà di accesso alle prestazioni, in termini di rapporto con le strutture sanitarie austriache.

che e nazionali. Nel prospetto riportato di seguito vengono presentati i valori assunti relativamente al 2006.

Tabella 59: **Indici di attrazione di non residenti in provincia e di fuga verso strutture extraprovinciali per particolari patologie per azienda sanitaria – Anno 2006**

	Azienda sanitaria								Totale	
	Bolzano		Merano		Bressanone		Brunico		%	ass
Mobilità attiva (su produzione)	%	ass	%	ass	%	ass	%	ass	%	ass
Neoplasia della mammella	2,3	5	4,1	5	2,0	1	13,3	6	4,0	17
Neoplasia di utero, ovaio e annessi uterini	1,6	1	2,4	1	2,9	1	22,2	4	4,4	7
Interventi per sostituzione d'anca	6,0	18	7,8	24	12,8	45	9,2	14	9,1	101
Interventi per cataratta (DRG 39)	6,3	85	10,1	89	-	-	4,6	61	6,6	235
Mobilità passiva (su consumo ricoveri di residenti)	%	ass	%	ass	%	ass	%	ass	%	ass
Neoplasia della mammella	15,1	41	11,8	14	30,2	16	26,9	14	17,1	85
Neoplasia di utero, ovaio e annessi uterini	7,4	6	17,8	8	-	-	11,8	2	9,5	16
Interventi per sostituzione d'anca	9,7	47	3,4	10	1,3	2	2,9	4	5,8	63
Interventi per cataratta (DRG 39)	10,1	168	1,5	11	1,3	7	1,3	8	6,4	194

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

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.

Nel 2006 gli altoatesini hanno effettuato 99.199 ricoveri, di cui 74.058 in regime ordinario e 25.141 in regime diurno, pari a 204,0 ricoveri per 1.000 abitanti residenti: 152,3 per i ricoveri in regime ordinario e 51,7 per il diurno. Dei 99.199 ricoveri di altoatesini, 91.630 sono stati effettuati in strutture ospedaliere pubbliche e private ubicate in Provincia (92,4%), di cui 67.733 in regime ordinario e 23.897 in regime diurno.

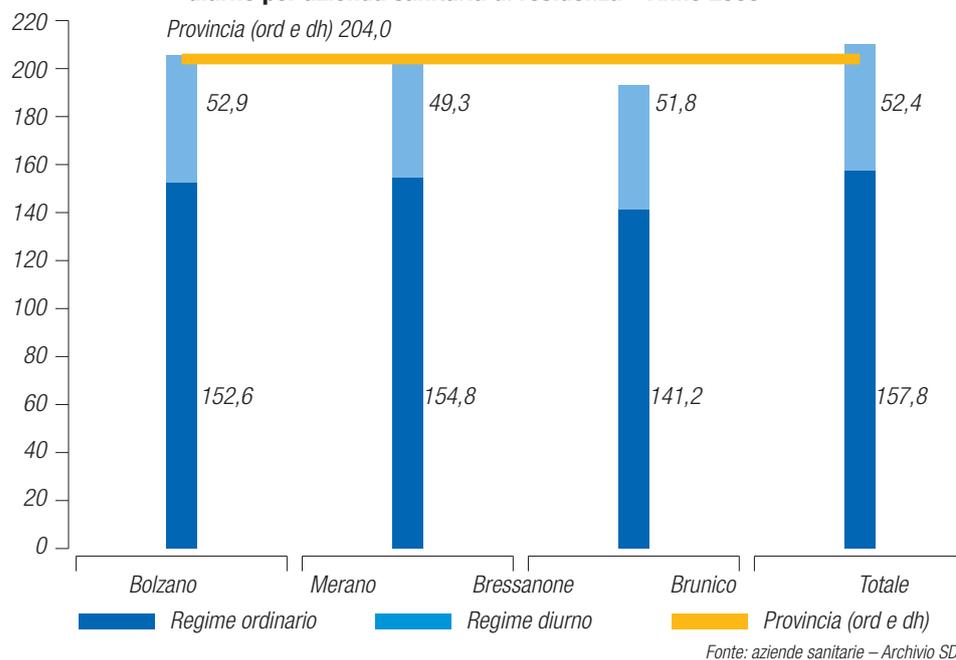
Il tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti, in regime ordinario e diurno, dell'Azienda Sanitaria di Bolzano è stato pari a 205,5, dell'Azienda Sanitaria di Merano a 204,1, quello di Bressanone a 193,0 e quello di Brunico a 210,1. Rispetto al 2005, si è verificata a livello provinciale una riduzione di 2,6 punti per 1.000 abitanti: 4,9 punti a Brunico, 3,3 punti a Merano, 2,5 punti a Bolzano, invece, per l'Azienda Sanitaria di Bressanone rimane pressoché costante.

TASSO DI
OSPEDALIZZAZIONE DEI
RESIDENTI

323

L'OSPEDALIZZAZIONE
NELLE AZIENDE

Figura 50: Tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti dei ricoveri in regime ordinario e diurno per azienda sanitaria di residenza – Anno 2006



Negli anni 1998-2006 il tasso di ospedalizzazione complessivo ha subito una diminuzione di 6,5 punti, evidenziando, inoltre, un passaggio di ricoveri dal regime ordinario al regime diurno. Nel 2006 l'indicatore rimane comunque ancora elevato rispetto allo standard di 180 previsto a livello nazionale e come traguardo dal PSP 2000-2002 (144 per il regime ordinario e 36 per il regime diurno).

Tabella 60: Tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti in regime ordinario e diurno nel complesso – Anni 1998-2006

	1998	1999	2000	2001	2002	2003*	2004*	2005*	2006*
Regime ordinario	206,1	215,1	202,6	193,5	188,9	170,7	161,9	155,6	152,3
Regime diurno	4,4	7,9	15,6	21,2	31,1	40,8	47,4	51,0	51,7
TOTALE	210,5	223,0	218,2	214,7	220,0	211,5	209,3	206,6	204,0

* Dal 2003 non sono inclusi i neonati sani

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

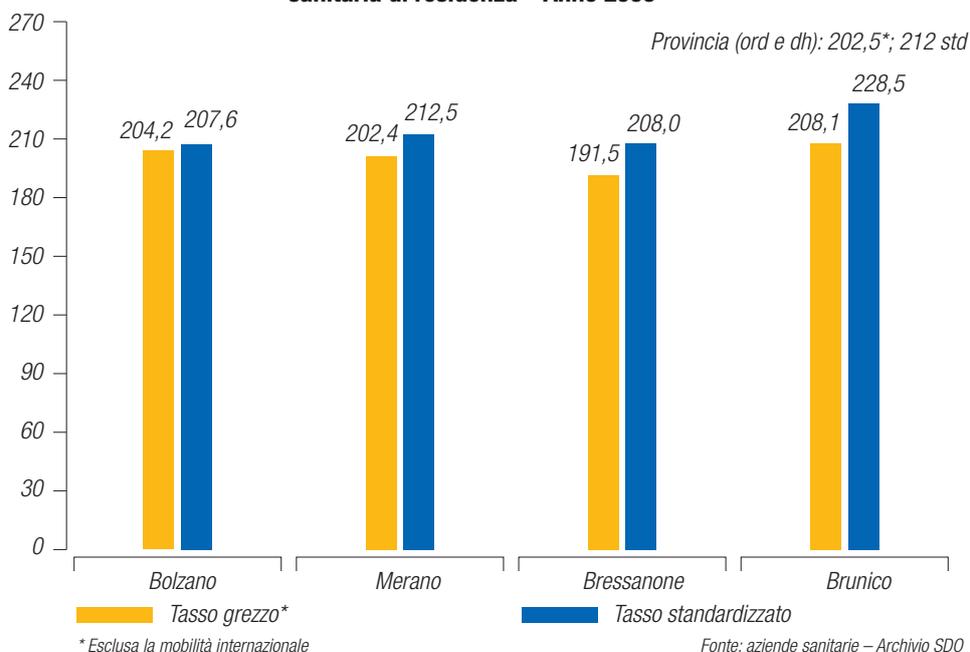
Il tasso di ospedalizzazione in Italia nel 2004 è per il regime ordinario di 141,5 e per il regime diurno di 65,4, per un totale di 206,9 ricoveri per 1.000 abitanti.

Per quanto riguarda l'attività di ricovero diurno, la Provincia di Bolzano si colloca al di sopra dello standard previsto a livello nazionale pari a 36 ricoveri per 1.000 abitanti: nel 2006 rimane in linea con il valore dell'anno precedente. Si osserva, comunque, che la situazione provinciale è simile a quella rilevata mediamente nelle altre regioni italiane. Emerge, infatti, che l'attività di ricovero diurno, se confrontata con la produzione dei ricoveri complessiva, dovrebbe essere incentivata maggiormente come attività aggiuntiva e sostitutiva dei ricoveri ordinari, mentre andrebbe limitato il ricorso non appropriato del setting assistenziale intensivo se non necessario.

Il tasso di ospedalizzazione della Provincia di Bolzano standardizzato per età, rispetto alla popolazione nazionale del 2004, risulta pari a 212,3 per 1.000 abitanti: anche nel 2006, il ricorso al ricovero ospedaliero da parte dei residenti in Provincia Autonoma di Bolzano ri-

sulta più elevato rispetto alla media nazionale, nonostante la popolazione residente nella Provincia di Bolzano sia nettamente più giovane rispetto alla popolazione nazionale, in modo particolare tale affermazione vale per le aziende sanitarie di Bressanone e di Brunico.

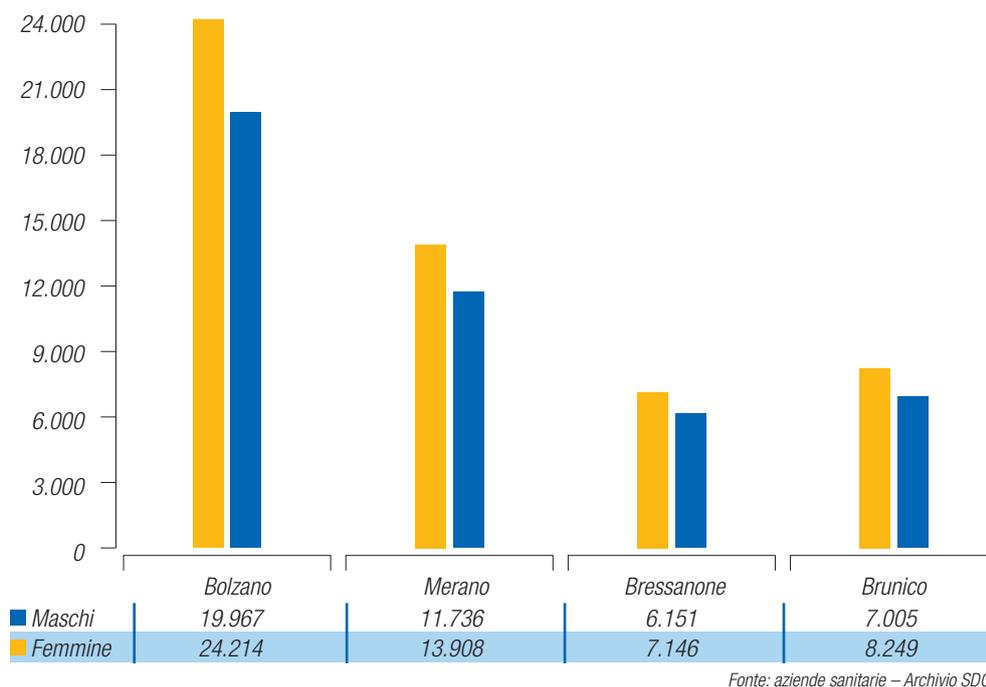
Figura 51: **Tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti grezzo e standardizzato per azienda sanitaria di residenza – Anno 2006**



Il 54,4% dei ricoveri in regime ordinario e diurno di residenti è di pazienti di sesso femminile; tale andamento si presenta omogeneo nelle aziende sanitarie.

RICOVERI DI RESIDENTI PER SESSO

Figura 52: **Ricoveri in regime ordinario e diurno di residenti ricoverati nelle strutture provinciali ed extraprovinciali per sesso ed azienda sanitaria di residenza – Anno 2006**



**RICOVERI DI RESIDENTI
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 65-69.

Tabella 61: **Ricoveri in regime ordinario e diurno di residenti per azienda sanitaria di residenza e classi d'età negli istituti provinciali ed extraprovinciali – Anno 2006**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale	Tasso di ospedalizzazione specifico per classi d'età (x100 residenti)
0-4	2.138	1.696	1.061	1.158	6.053	22,5
5-9	1.044	782	434	469	2.729	9,7
10-14	967	690	307	357	2.321	8,5
15-19	1.031	715	439	419	2.604	9,8
20-24	1.088	826	493	566	2.973	11,0
25-29	1.632	1.110	699	780	4.221	14,0
30-34	2.735	1.470	870	1.025	6.100	16,7
35-39	2.662	1.562	881	1.027	6.132	14,5
40-44	2.215	1.439	768	857	5.279	12,5
45-49	2.138	1.168	666	724	4.696	13,4
50-54	2.060	1.289	645	730	4.724	16,7
55-59	2.548	1.414	704	842	5.508	20,6
60-64	3.161	1.710	887	964	6.722	25,5
65-69	3.721	1.932	946	1.182	7.781	31,5
70-74	3.886	2.041	984	1.236	8.147	41,9
75-79	4.307	2.260	1.105	1.236	8.908	53,3
80-84	3.855	1.976	856	977	7.664	60,5
85-89	1.826	974	350	460	3.610	64,8*
90-94	940	499	163	183	1.785	
95 e +	227	91	39	62	419	
TOTALE	43.959	25.553	13.258	15.195	98.376	20,2

* Tasso calcolato considerando globalmente le ultime tre classi d'età

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

3.2.8. Valutazioni conclusive sul sistema dei ricoveri ospedalieri per acuti

3.2.8.1. Motivazioni e criteri valutativi

A conclusione della parte sull'assistenza ospedaliera per acuti nella Provincia Autonoma di Bolzano viene proposta una sintesi valutativa. Motivazioni e criteri di riferimento della valutazione sono:

- l'assistenza ospedaliera rappresenta circa il 50% della produzione sanitaria e del consumo di risorse del Servizio Sanitario Provinciale;
- i processi produttivi e la produzione ospedaliera hanno raggiunto standard consolidati e condivisi, per cui è relativamente più facile che per altri livelli assistenziali effettuare confronti interni alla provincia e con situazioni esterne, nazionali e internazionali;
- l'applicazione del sistema DRG di classificazione dei ricoveri facilita la valorizzazione della produzione e le valutazioni di efficienza produttiva;
- il Piano Sanitario Provinciale 2000-2002 contiene precise prescrizioni di tendenza e di traguardo per la produzione ospedaliera delle strutture provinciali e per il ricorso all'ospedale da parte dei residenti nel territorio provinciale;
- è possibile ricostruire per alcuni fenomeni ospedalieri serie storiche con dati relativamente confrontabili nel tempo, per cui la valutazione della situazione del 2006 può essere ricondotta alle tendenze evolutive in atto in Alto Adige;
- il PSP 2000-2002 prescrive che tra i contenuti della relazione sanitaria provinciale deb-

PERCHE' VALUTARE

bano figurare anche informazioni sul processo attuativo del Piano Sanitario Provinciale. Tenendo conto anche delle prescrizioni del PSP 2000-2002 conviene suddividere i fenomeni ospedalieri da valutare in tre ambiti:

- 1) variabili della produzione ospedaliera effettuata dalle strutture ubicate nel territorio provinciale, in particolare quelle pubbliche (sette ospedali 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

Complessivamente nel 2006 erano presenti nella Provincia Autonoma di Bolzano 2.443 posti letto per acuti e post-acuti: 1.904 sono stati destinati al regime ordinario per acuti (comprese 84 culle), 194 posti letto al regime diurno e 345 letti alla riabilitazione e lungodegenza post-acuzie (di cui 8 posti letto in regime diurno). Gli istituti di cura provinciali, pubblici e privati accreditati e non, avevano a disposizione 2.359 posti letto (escluse le 84 culle del nido), pari a 4,85 per 1.000 abitanti, di cui 4,15 per acuti e 0,71 per post-acuti. Considerando solo i posti letto pubblici e privati accreditati (2.213 posti letto), il valore scende a 4,55 posti letto per 1.000 abitanti, di cui 3,87 per acuti e 0,68 per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie. Nel 1996 i posti letto erano 2.827 (6,2 per 1.000 abitanti), in dieci anni, quindi, i posti letto per acuti e post-acuti sono diminuiti di 1,35 punti per 1.000 abitanti.

Lo standard dei posti letto di produzione ospedaliera per 1.000 abitanti nel territorio per una provincia di 485.841 abitanti, molto aperta ai movimenti con l'esterno, non è direttamente confrontabile con i valori standard fissati a livello nazionale, essendo più appropriato il confronto con i posti letto equivalenti ai ricoveri effettivamente effettuati ovunque dai residenti. La dotazione strutturale rimane comunque a livelli lievemente superiori rispetto allo standard nazionale di 3,5 posti letto per 1.000 abitanti a cui va aggiunto 1 posto letto per 1.000 abitanti riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie. Rimane ancora un limitato squilibrio tra posti letto per acuti e post-acuti, a favore dei primi (0,68 riservati alla post-acuzie invece di 1,0 per 1.000 abitanti).

Il numero dei ricoveri per acuti in regime ordinario prodotti negli ultimi dieci anni è diminuito: dai 93.538 ricoveri del 1996 ai 76.543 del 2006. È invece aumentata la quota di ricoveri ordinari prodotta dalle strutture pubbliche: da 93,0% a 94,7%, che risulta comunque stabile negli ultimi anni.

In questi dieci anni il tasso di ospedalizzazione è diminuito di 6,5 punti per 1.000 abitanti, rimanendo tuttavia ancora molto elevato (pari 204,0 nel 2006) rispetto allo standard dei 180 ricoveri per 1000 abitanti.

Nel 2006, le strutture pubbliche e private provinciali hanno prodotto 107.226 ricoveri di cui 102.876 per acuti. I ricoveri per acuti a favore di residenti fuori provincia sono stati 11.246 (compresi 127 ricoveri effettuati in unità operative non convenzionate). L'indice di attrazione extraprovinciale nel 2006 è stato pari a 10,8%, che risulta in linea con il valore dell'anno precedente.

Dieci anni prima, nel 1996, la situazione era molto simile: l'attrazione extraprovinciale era di 10,5%.

Nel 2006 i ricoveri per acuti consumati da altoatesini in strutture esterne al territorio pro-

COSA VALUTARE

**DIMENSIONE DELLA
PRODUZIONE
OSPEDALIERA**

vinciale sono stati 7.569 determinando una fuga del 7,7% dei ricoveri dei residenti in Alto-Adige, di poco inferiore all'indice percentuale di fuga registrato dieci anni prima, nel 1996, pari a 7,8%.

Tabella 62: **Indicatori sintetici provinciali di qualità ed efficienza della produzione di ricoveri ospedalieri, in regime ordinario e diurno – Anni 1996 e 2006**

Indicatori	Provincia Autonoma di Bolzano	
	1996	2006
Dotazione dei posti letto per acuti (escluse culle nido)	2.653	2.014
Dotazione dei posti letto per post-acuti	174	345
Quota percentuale dei posti letto pubblici (acuti+post-acuti)	82,6%	82,6%
Dotazione dei posti letto x 1.000 abitanti (acuti+post-acuti)	6,22	4,85
Dotazione dei posti letto x 1.000 abitanti (post-acuti)	0,38	0,71
Tasso di utilizzo dei posti letto per acuti x 100 (ospedali pubblici)	73,7	79,4
Degenza media per unità DRG equivalente di ricovero (giorni) (ospedali pubblici)	8,1	5,9
Ricoveri per acuti e post-acuti negli istituti di cura pubblici e privati	95.143	107.226**
Ricoveri per acuti in regime ordinario negli istituti di cura pubblici e privati	93.538	76.543**
Quota percentuale di ricoveri per acuti negli ospedali pubblici	93,0%	94,7%
Peso medio DRG dei ricoveri per acuti in regime ordinario negli ospedali pubblici	0,88	1,12
Tasso di ospedalizzazione dei residenti in regime ordinario (ricoveri per acuti)	203,0	152,3
Tasso di ospedalizzazione dei residenti in regime diurno (ricoveri per acuti)	4,4*	51,8
Indice di attrazione extraprovinciale (ricoveri per acuti)	10,5	10,8
Indice di fuga extraprovinciale (ricoveri per acuti)	7,8	7,7

* Dato del 1998

** Esclusi 4.493 neonati sani

Fonte: aziende sanitarie

Sono stati scelti dieci indicatori di efficienza, efficacia ed appropriatezza, al fine di rappresentare alcuni importanti fenomeni della produzione ospedaliera pubblica di ricoveri ordinari per acuti nella Provincia Autonoma di Bolzano, quelli per i quali il PSN prescrive traguardi specifici o tendenze evolutive da perseguire.

I primi due indicatori della Tabella 63 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 63: **Indicatori di qualità ed efficienza della produzione di ricoveri per acuti, in regime ordinario e diurno, per singolo ospedale pubblico – Anno 2006**

	Bolzano	Merano	Silandro	Bressa- none	Vipiteno	Brunico	San Candido
1. Tasso di utilizzo dei posti letto	78,8%	82,6%	76,4%	79,8%	69,4%	82,4%	73,4%
2. Degenza media per unità DRG equivalente di ricovero (giorni)	6,0	6,1	6,6	5,4	5,5	5,7	5,9
3. Peso medio DRG dei ricoveri	1,22	1,13	0,99	1,11	0,89	1,02	0,89
4. Percentuale di parti cesarei sul totale dei parti	22,1%	25,6%	23,4%	22,8%	21,3%	29,5%	25,5%
5. Percentuale di ricoveri ordinari medici di 1 giorno (comprese urgenze)	6,4%	4,2%	6,4%	6,3%	10,3%	7,8%	8,5%
6. Percentuale di ricoveri diurni appropriati sul totale dei ricoveri diurni	56,9%	77,8%	84,8%	83,9%	62,8%	83,5%	70,5%
7. Percentuale di ricoveri diurni medici non appropriati sul totale dei ricoveri diurni medici (DPG n. 4053 del 6/11/2006)	64,8%	47,4%	43,2%	33,2%	77,5%	36,7%	65,3%
8. Percentuale di ricoveri oltre soglia ammissibilità provinciale per i 43 DRGs a rischio sul totale di ricoveri ordinari e diurni (DPG n. 4053 del 6/11/2006)	3,5%	5,9%	8,7%	6,9%	1,4%	4,2%	2,4%
9. Percentuale di ricoveri ordinari di residenti trasferibili in diurno sul totale dei ricoveri ordinari di residenti (DPG n. 4053 del 6/11/2006)	3,7%	3,5%	2,1%	4,0%	3,4%	2,6%	1,5%
10. Indice di attrazione complessivo (al netto delle convenzioni)	19,9%	16,7%	7,0%	36,8%	36,0%	25,5%	33,3%

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) relativi a questo aspetto. Tali indicatori, utili per il monitoraggio e il controllo sulla qualità dell'assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese e per il confronto tra ospedali, sono definiti secondo le indicazioni previste dalla recente deliberazione provinciale n. 2464 del 3/7/2006 "Controlli interni ed esterni di tipo sanitario sui ricoveri ospedalieri della Provincia Autonoma di Bolzano".

Si precisa che:

a) l'indicatore "5. Percentuale di ricoveri ordinari medici di 1 giorno (comprese urgenze)" è stato calcolato:

• escludendo:

- i ricoveri di pazienti deceduti, autodimessi, trasferiti ad altro istituto,
- i ricoveri di pazienti con età inferiore a 6 anni o maggiore a 75 anni,
- i ricoveri di pazienti non sottoposti ad intervento chirurgico per decisione del paziente o per sopraggiunta complicanza,
- i ricoveri effettuati nelle unità operative di Psichiatria,
- i ricoveri per chemioterapia o radioterapia,

- i ricoveri per minaccia d'aborto o falso travaglio,
- i ricoveri erogabili in regime diurno.

b) l'indicatore "9. Percentuale di ricoveri ordinari trasferibili in diurno sul totale dei ricoveri ordinari (escluse le urgenze) (secondo DGP n. 4053 del 6/11/2006)" è stato calcolato, a differenza del 2005,

- considerando:

- i ricoveri che contengono l'indicazione di un solo intervento, appartenente alla lista del ricovero diurno,

- escludendo:

- i ricoveri di non residenti,
- i ricoveri urgenti,
- i ricoveri di pazienti deceduti, autodimessi, trasferiti ad altro istituto,
- i ricoveri di pazienti con età inferiore a 6 anni o maggiore a 75 anni,
- i ricoveri di pazienti non sottoposti ad intervento chirurgico per decisione del paziente,
- i ricoveri afferenti a DRGs psichiatriche,
- i ricoveri per chemioterapia o radioterapia.

Nel modello valutativo è stato inoltre inserito un indicatore che misura la capacità attrattiva degli ospedali, che rileva indirettamente la qualità percepita dei cittadini.

Al fine di consentire una valutazione sintetica delle performance espresse dagli ospedali pubblici della Provincia Autonoma di Bolzano, nella Tabella 64 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 ordinari effettuati.

I punteggi medi per ospedale assumono valori che vanno da 48 (Ospedale di Vipiteno) a

69 (Ospedale di Bressanone). I valori dei punteggi medi aziendali variano tra P=58 dell'Azienda Sanitaria di Bolzano e P=63 delle aziende sanitarie di Bressanone e di Brunico.

Tabella 64: **Indicatori P (25 ≤ P ≤ 100) di qualità ed efficienza degli ospedali pubblici, ricoveri per acuti, in regime ordinario e diurno – Anno 2006**

	Valori target		Bolzano	Merano	Silandro	Bressanone	Vipiteno	Brunico	San Candido
	Peggiora (P=25)	Migliore (P=100)	P 2006	P 2006	P 2006	P 2006	P 2006	P 2006	P 2006
1. Tasso di utilizzo dei posti letto	75,0%	80,0%	82	100	46	97	25	100	25
2. Degenza media per unità DRG equivalente di ricovero (giorni)	7,5	6,0	100	96	68	100	100	100	100
3. Peso medio DRG dei ricoveri	0,9	1,3	85	69	41	64	25	47	25
4. Percentuale di parti cesarei sul totale dei parti	22,0%	15,0%	25	25	25	25	33	25	25
5. Percentuale di ricoveri ordinari medici di 1 giorno (comprese urgenze)	10,0%	5,0%	79	100	79	81	25	58	48
6. Percentuale di ricoveri diurni appropriati sul totale dei ricoveri diurni	50,0%	100,0%	35	67	77	76	44	75	56
7. Percentuale di ricoveri diurni medici non appropriati sul totale dei ricoveri diurni medici (DPG n. 4053 del 6/11/2006)	70,0%	30,0%	35	67	75	94	25	88	34
8. Percentuale di ricoveri oltre soglia ammissibilità provinciale per i 43 DRGs a rischio sul totale di ricoveri ordinari e diurni (DPG n. 4053 del 6/11/2006)	5,0%	0,0%	48	25	25	25	79	38	64
9. Percentuale di ricoveri ordinari di residenti trasferibili in diurno sul totale dei ricoveri ordinari di residenti (DPG n. 4053 del 6/11/2006)	3,0%	1,0%	25	25	58	25	25	40	83
10. Indice di attrazione complessivo (al netto delle convenzioni)	10,0%	30,0%	62	50	25	100	100	83	100
VALORI MEDI DI P PER OSPEDALE			58	62	52	69	48	65	56
VALORI MEDI DI P PER AZIENDA SANITARIA			58	60		63		63	

Fonte: aziende sanitarie

La media provinciale del punteggio di qualità e di efficienza della produzione pubblica ospedaliera di ricoveri ordinari per acuti risulta pari a P=59. Rispetto al campo di variabilità di P, da 25 a 100, il valore medio provinciale si colloca a circa il 50% del percorso verso la situazione di eccellenza prefigurata dai valori target migliori dei 10 indicatori utilizzati.

3.3. ASSISTENZA OSPEDALIERA PER POST-ACUTI

Negli ultimi dieci anni i posti letto dedicati ai ricoveri post-acuti sono aumentati notevolmente passando da 174 posti letto del 1996 a 345 (di cui 15 non accreditati) del 2006. La dotazione dei posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, pari a 0,7 per mille abitanti, rimane ancora al di sotto del parametro nazionale del 1 per mille abitanti.

Nel 2006 sono stati effettuati, nelle strutture pubbliche e private provinciali, 2.032 ricoveri nelle unità operative di Lungodegenza post-acuzie e 2.318 in quelle di Recupero e Riabilitazione funzionale.

Altri 15 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 2006 sono stati effettuati 360 ricoveri altoatesini fuori provincia di cui 288 in strutture italiane (di cui 3 nell'Unità spinale e 14 in Neuro-riabilitazione) e 72 in strutture austriache (di cui 47 in Neuro-riabilitazione).

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 345 posti letto per post-acuti, il 35,4% dei quali sono in strutture pubbliche. I posti letto per post-acuti in strutture private sono complessivamente 223, pari al 64,6% del totale, e dislocati esclusivamente nelle aziende sanitarie di Bolzano e Merano.

Per la riabilitazione ospedaliera post-acuzie sono riservati 169 posti letto pari a 0,34 per 1.000 abitanti; per la lungodegenza ospedaliera post-acuzie i posti letto riservati sono 176, pari a 0,36 per 1.000 abitanti.

**POSTI LETTO DI
RIABILITAZIONE E
LUNGODEGENZA
POST-ACUZIE**

Tabella 65: **Posti letto di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie negli istituti di cura – Anno 2006**

Istituto di cura	Posti letto di riabilitazione post-acuzie (codice 56.00)		Posti letto di lungodegenza post-acuzie (codice 60.00)	Totale
	ordinario	diurno		
Ospedale di Bolzano	10	3	-	13
Ospedale di Merano	19	1	10	30
Ospedale di Bressanone	11	4	12	27
Ospedale di Brunico	8	-	19	27
Ospedale di Silandro*	-	-	9	9
Ospedale di Vipiteno	4	-	7	11
Ospedale di San Candido**	-	-	5	5
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	52	8	62	122
Casa di Cura S. Maria	-	-	15	15
Casa di Cura Fonte S. Martino°	21	-	32	53
Casa di Cura Bonvicini	44	-	42	86
Casa di Cura Villa Melitta	44	-	25	69
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	109	-	114	223
TOTALE ISTITUTI DI CURA	161	8	176	345

*Distribuiti nei reparti per acuti: 2 Chirurgia generale, 6 Medicina generale, 1 Ostetricia e Ginecologia

** Distribuiti nei reparti per acuti: 2 Chirurgia generale, 2 Medicina generale, 1 Ostetricia e Ginecologia; dal 01/09/06 in Chirurgia generale 1 posto letto

° Esclusi 8 posti letto nel reparto palliativo

Fonte: Istituti di cura – Direzione Sanitaria

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 2007; le schede SDO inviate successivamente a tale data non state considerate.

Nel 2006 sono stati effettuati complessivamente 2.318 ricoveri, di cui 76 in regime diurno. Dei 2.242 ricoveri in regime ordinario registrati nel 2006 il 68,7% sono stati effettuati nelle strutture private della provincia.

Tabella 66: **Ricoveri in regime ordinario, giornate di degenza e degenza media nelle unità operative di riabilitazione post-acuzie delle strutture provinciali – Anno 2006**

Istituto di cura	N. ricoveri	% sul totale	Giornate di degenza*	Degenza media
Ospedale di Bolzano	96	4,3	3.319	34,6
Ospedale di Merano	261	11,6	6.125	23,5
Ospedale di Bressanone	195	8,7	3.475	17,8
Ospedale di Brunico	94	4,2	2.532	26,9
Ospedale di Vipiteno	56	2,5	984	17,6
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	702	31,3	16.435	23,4
Casa di cura Bonvicini	536	23,9	14.961	27,9
Casa di cura Villa Melitta	650	29,0	17.195	26,5
Casa di cura Fonte S. Martino	354	15,8	7.319	20,7
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	1.540	68,7	39.475	25,6
TOTALE ISTITUTI DI CURA	2.242	100,0	55.910	24,9

* Sono stati detratti i giorni di permesso

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO-FIM

Relativamente alla degenza media si osservano valori più elevati per gli ospedali di Bolzano e Brunico e per le due casa di cura Bonvicini, mentre gli ospedali di Vipiteno e Bressanone nonché la Casa di Cura privata Fonte San Martino dimettono il paziente mediamente dopo meno di 3 settimane circa.

**RICOVERI DIURNI IN
RIABILITAZIONE
POST-ACUZIE**
Tabella 67: Ricoveri in regime diurno, numero accessi e accessi medi nelle unità operative di riabilitazione post-acute delle strutture provinciali – Anno 2006

Istituto di cura	N. ricoveri	% sul totale	Giorni di accesso	Accessi medi
Ospedale di Bolzano	21	27,6	296	14,1
Ospedale di Bressanone	55	72,4	868	15,8
TOTALE ISTITUTI DI CURA	76	100,0	1.164	15,3

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO-FIM

Tabella 68: Importo tariffario complessivo e tariffa media dei ricoveri ordinari e diurni nelle unità operative di riabilitazione post-acute delle strutture provinciali – Anno 2006

Istituto di ricovero	N. ricoveri	Importo tariffario complessivo	Tariffa media
Ospedale di Bolzano	117	845.068,27	7.222,81
Ospedale di Merano	261	1.477.722,92	5.661,77
Ospedale di Bressanone	250	1.051.571,03	4.206,28
Ospedale di Brunico	94	634.596,70	6.751,03
Ospedale di Vipiteno	56	251.223,46	4.486,13
Casa di cura Bonvicini	536	3.191.838,02	5.954,92
Casa di cura Villa Melitta	650	3.853.163,92	5.927,94
Casa di cura Fonte S. Martino	354	1.610.512,89	4.549,47
TOTALE	2.318	12.915.697,21	5.571,91

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO-FIM

RICOVERI PER DRG

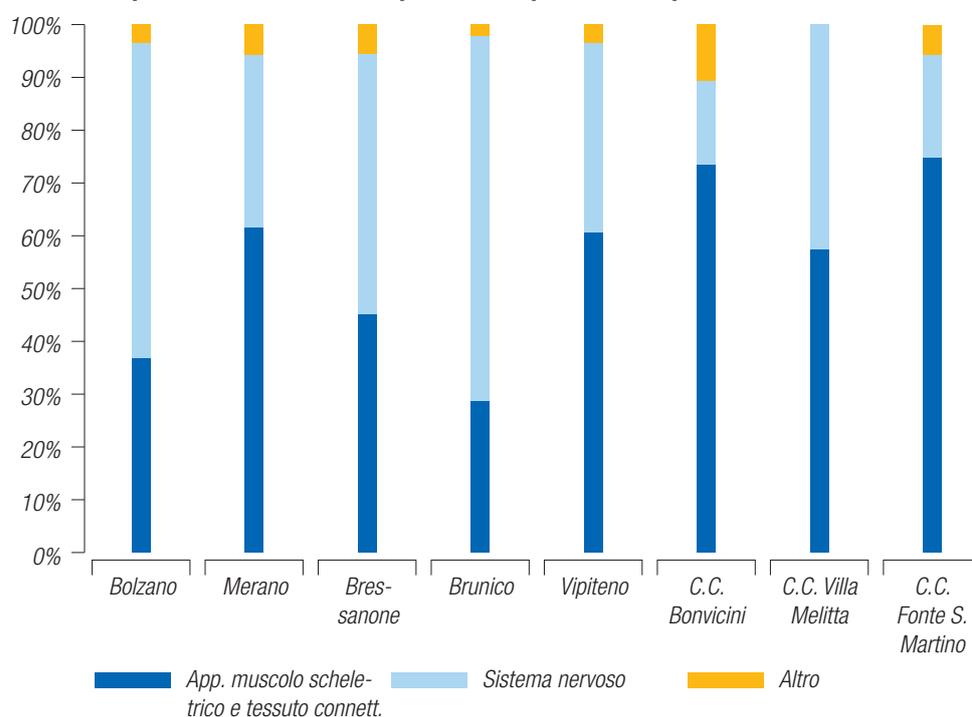
Nella Tabella 69 relativa ai ricoveri per DRG (Diagnosis Related Groups) si notano quote molto consistenti di ricoveri per trattamento riabilitativo di malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (DRG 256 e DRG 249) con quasi il 50% dei ricoveri totali. I pazienti con malattie degenerative nonché altre malattie del sistema nervoso (DRG 012, 034 e 035), che rappresentano circa il 25,3% dei ricoveri totali, sono trattati prevalentemente nella Casa di Cura Villa Melitta e negli ospedali di Bressanone, Bolzano e Brunico.

Tabella 69: **Ricoveri in regime ordinario e diurno per DRG nelle unità operative di riabilitazione post acuzie degli istituti provinciali – Anno 2006**

DRG	Descrizione DRG	Bol- zano	Mer- ano	Bres- sano- ne	Bru- nico	Vipiteno	C.C. Bonvi- cini	C.C. Villa Melitta	C.C. Fonte S. Mar- tino	Totale
256/ 249	Altre diagnosi e assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	40	144	92	12	32	286	293	251	1.150
12/ 34/ 35	Malattie degenerative e altre malattie del sistema nervoso (con e senza complicazioni)	52	66	94	48	12	42	219	54	587
243	Affezioni mediche del dorso	2	10	16	4	1	48	53	10	144
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	14	13	10	8	-	5	17	2	69
248	Tendinite, miosite e borsite	-	3	-	-	-	29	13	1	46
13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	2	5	10	2	1	2	14	5	41
18	Malattie dei nervi cranici e periferici con cc	1	-	2	3	1	7	19	2	35
19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza cc	-	1	1	2	-	18	8	1	31
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	-	6	9	-	1	5	-	8	29
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche, senza cc	1	2	1	7	-	10	1	-	22
14	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	1	-	2	-	4	5	-	1	13
239	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	-	-	-	-	1	5	5	-	11
244	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con cc	-	-	-	1	-	7	1	-	9
TOTALE PARZIALE		113	250	237	87	53	469	643	335	2.187
TOTALE		117	261	250	94	56	536	650	354	2.318

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO-FIM

Figura 53: **Distribuzione percentuale dei ricoveri ordinari e diurni per MDC nelle unità operative di riabilitazione post-acuzie per struttura provinciale – Anno 2006**



Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO-FIM

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 1.410 ricoveri (il 60,8% del totale) rientrano nella categoria MDC “Malattie e disturbi del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo” e 794 (34,3%) nella MDC 1 “Malattie e disturbi del sistema nervoso”.

In base alla valutazione clinica dei medici ogni ricovero di riabilitazione post-acuzie viene classificato in una delle 3 categorie così definite:

- **ricovero post-acuto:** ricoveri post-acuti di riabilitazione per patologie disabilitanti per le quali risulta facilmente identificabile l’evento acuto che ha determinato la necessità di intervento riabilitativo, quale ictus cerebrale, trauma, intervento chirurgico; tali ricoveri vengono effettuati nella fase dell’immediata post-acuzie della malattia, ossia entro 30 giorni dalla dimissione da reparti ospedalieri per acuti o da reparti ospedalieri di riabilitazione (di II e III livello).
- **ricovero di mantenimento:** ricovero per la fase di completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione o per la prevenzione della progressione della malattia. Esso non si pone in continuità con la fase dell’immediata post-acuzie della malattia. L’intervallo temporale trascorso dalla dimissione dall’ospedale per acuti supera i 30 giorni.
- **ricovero programmato di valutazione:** ricovero pianificato a scopo di valutazione, che richiede al massimo 10 giorni di degenza in cui vi è un elevato impegno diagnostico medico specialistico finalizzato alla predisposizione del progetto terapeutico e alla verifica della effettiva possibilità di realizzazione dei programmi riabilitativi.

Nel 2006 il 95,1% dei ricoveri di riabilitazione sono stati classificati in post-acuti, il 4,5 % in ricoveri di mantenimento, mentre quelli di valutazione hanno rappresentato solo lo 0,4% del totale.

Tabella 70: **Ricoveri ordinari di riabilitazione post-acuzie per tipo di ricovero di riabilitazione e per struttura provinciale – Anno 2006**

Istituti di cura	Post acuto	Mantenimento	Valutazione	Totale
<i>Ospedale di Bolzano</i>	83	12	1	96
<i>Ospedale di Merano</i>	247	14	-	261
<i>Ospedale di Bressanone</i>	165	26	4	195
<i>Ospedale di Brunico</i>	67	22	5	94
<i>Ospedale di Vipiteno</i>	53	3	-	56
<i>Casa di cura Bonvicini</i>	536	-	-	536
<i>Casa di cura Villa Melitta</i>	650	-	-	650
<i>Casa di cura Fonte S. Martino</i>	330	24	-	354
TOTALE	2.131	101	10	2.242

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO-FIM

Al fine di misurare in modo adeguato lo stato funzionale e le specificità cliniche (menomazioni) dei pazienti in trattamento riabilitativo viene analizzato il punteggio ottenuto dalla scala FIM (Functional Independence Measure). La scala FIM è composta complessivamente da 18 voci (raggruppate in 6 livelli), di cui le prime 13 descrivono il “dominio” funzionale motorio e riguardano la cura della persona, il controllo sfinterico, la mobilità e la locomozione, mentre gli ultimi cinque descrivono il “dominio” cognitivo e riguardano la comunicazione e le capacità relazionali/cognitive. La valutazione della funzionalità viene effettuata attribuendo ad ogni voce un punteggio che va da 1 a 7 dove 7 rappresenta l’autosufficienza completa e 1 l’assistenza totale e quindi la non autosufficienza completa.

Complessivamente si va da un punteggio minimo di 18 (assistenza totale) a un massimo di 126 (autosufficienza completa).

I pazienti devono essere valutati sia all’ammissione nell’unità operativa di riabilitazione che alla loro dimissione; in tal modo è possibile verificare se ci sia stato un miglioramento del paziente e se il trattamento riabilitativo sia stato efficace.

Nel sistema FIM è stata introdotta una classificazione di diagnosi (Rehabilitation Impairment Codes o RIC) che individua 14 macro-categorie definite in base all’organo o sistema coinvolto; una sotto-classificazione genera di fatto 69 entità nosologiche mutuamente esclusive. La Tabella 71 mostra le macro-categorie trattate a livello provinciale dalle quali si evidenzia che oltre la metà dei ricoveri (62,6%) sono relativi a patologie ortopediche (amputazioni, artropatie, algie, patologia ortopedico traumatologica).

Si precisa che nelle analisi relative alle valutazioni FIM sono stati esclusi i ricoveri di pazienti deceduti nonché i ricoveri con durata inferiore ai 7 giorni; infatti, poiché la valutazione FIM deve essere effettuata, una prima volta, entro 72 ore dal ricovero e, una seconda volta, nelle 72 ore precedenti la dimissione, nel caso che tali ricoveri non venissero esclusi, si potrebbero avere delle rilevazioni FIM troppo ravvicinate nel tempo e pertanto non significative.

Nel 2006 i ricoveri con degenza pari o superiori a 7 giorni (non brevi) nelle unità operative di riabilitazione post-acuta, esclusi anche i 6 ricoveri relativi a pazienti deceduti, sono stati complessivamente 2.155.

Tabella 71: Ricoveri ordinari di riabilitazione post-acuzie (non brevi ed esclusi i deceduti) per patologia secondo il sistema RIC-FIM – Anno 2006

Patologia RIC-FIM	Bol-zano	Me-rano	Bres-sano-ne	Bru-nico	Vipiteno	C.C. Bonvi-cini	C.C. Villa Melitta	C.C. Fonte S. Mar-tino	Totale
Patologia ortopedica	33	144	83	9	31	329	354	254	1.237
Ictus cerebrale	10	50	50	30	15	17	163	33	368
Malattia neurologica	16	14	17	14	1	14	79	11	166
Cerebropatia	21	9	16	16	3	27	15	20	127
Mielopatia	10	10	10	5	-	11	17	4	67
Artropatia	1	2	-	11	-	36	-	2	52
Algie	1	1	1	-	-	37	-	3	43
Cardiopatie	-	-	-	-	-	20	3	11	34
Altre menomaz. disab.	-	1	-	-	-	14	-	2	17
Amputazione di arto	2	6	1	4	-	2	1	-	16
Politrauma	1	-	5	-	-	-	9	1	16
Pneumopatie	1	-	-	-	1	8	-	1	11
Ustioni	-	-	1	-	-	-	-	-	1
TOTALE	96	237	184	89	51	515	641	342	2.155

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO-FIM

Tabella 72: Distribuzione dei ricoveri in regime ordinario secondo i sottogruppi di menomazione (sistema RIC-FIM) e la struttura ospedaliera – Anno 2006

Gruppo di menomazione*	Bol-zano	Me-rano	Bres-sano-ne	Bru-nico	Vipiteno	C.C. Bonvi-cini	C.C. Villa Melitta	C.C. Fonte S. Mar-tino	Totale	% sul totale
Neurologica	57	83	93	65	19	69	274	68	728	33,8
Ortopedica	37	153	85	24	31	404	355	259	1.348	62,6
Altro	2	1	6	-	1	42	12	15	79	3,7
TOTALE	96	237	184	89	51	515	641	342	2.155	100,0

* Neurologici: ictus, cerebropatie, neuropatie, mielopatie

Ortopedico: amputazioni, artropatie, algie, patologia ortopedico traumatologica

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO-FIM

PUNTEGGIO FIM

Il punteggio medio FIM totale all'ingresso è stato di 77,5 punti. Al di sotto della media si collocano l'Ospedale di Brunico (70,6 punti) e le case di cura Bonvicini (73,3 punti) e Villa Melitta (72,3 punti), mentre la Casa di Cura privata Fonte San Martino ha registrato il punteggio medio più alto pari a 86,6 punti.

Relativamente al punteggio medio alla dimissione, pari a 99,3 punti nel complesso delle strutture, si evidenziano differenze significative tra le diverse strutture: la Casa di Cura privata Fonte San Martino conferma con 110 punti di FIM alla dimissione il punteggio molto elevato dell'ingresso. La Casa di Cura privata Bonvicini evidenzia un punteggio medio FIM all'ingresso molto basso (73,3 punti) e alla dimissione molto alto (102,8), mentre l'Ospedale di Brunico ha il punteggio medio più basso sia all'ingresso che alla dimissione.

Tabella 73: **FIM complessiva all'ingresso ed alla dimissione: punteggi medi, mediana e deviazione standard – Anno 2006**

Istituto di cura	Ricoveri	Ingresso			Dimissione		
		Media	Mediana	Deviazione std.	Media	Mediana	Deviazione std.
Ospedale di Bolzano	96	77,2	83,5	30,6	98,4	114,5	32,7
Ospedale di Merano	237	84,2	91,0	23,2	102,9	110,0	20,4
Ospedale di Bressanone	184	83,8	93,0	26,0	98,1	108,0	24,7
Ospedale di Brunico	89	70,6	74,0	32,8	86,5	89,0	28,4
Ospedale di Vipiteno	51	82,9	95,0	28,7	93,9	106,0	27,8
Casa di cura Bonvicini	515	73,3	74,0	20,9	102,8	108,0	19,7
Casa di cura Villa Melitta	641	72,3	77,0	16,0	95,6	100,0	14,2
Casa di cura Fonte S. Martino	342	86,6	95,0	21,4	103,3	110,0	20,7
TOTALE	2.155	77,5	80,0	22,6	99,3	105,0	20,8

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO-FIM

Nella Tabella 74 e Tabella 75 il punteggio FIM all'ingresso e alla dimissione è esposto separatamente per la dimensione motoria e cognitiva.

Rapportando il guadagno in termini di punti FIM (differenza tra FIM totale all'ingresso e alla dimissione) con la durata della degenza (incremento giornaliero) si osserva nella Tabella 74 che valori medi più elevati si riscontrano per le case di cura private Bonvicini e Villa Melitta con rispettivamente 1,1 e 1,0 punti, nonché per l'Ospedale di Merano con 1,0 punti.

Tabella 74: **FIM all'ingresso ed alla dimissione, dimensione motoria: punteggi medi, mediana e deviazione standard – Anno 2006**

Istituto di cura	Ricoveri	Ingresso			Dimissione		
		Media	Mediana	Deviazione std.	Media	Mediana	Deviazione std.
Ospedale di Bolzano	96	50,2	54,5	23,0	69,5	81,5	25,0
Ospedale di Merano	237	54,4	59,0	17,7	71,8	77,0	16,2
Ospedale di Bressanone	184	56,0	62,0	20,0	68,8	77,0	19,5
Ospedale di Brunico	89	47,4	47,0	24,9	60,5	65,0	22,2
Ospedale di Vipiteno	51	54,7	64,0	21,3	64,9	75,0	21,3
Casa di cura Bonvicini	515	46,6	46,0	15,2	72,3	76,0	15,3
Casa di cura Villa Melitta	641	45,0	47,0	12,0	66,4	69,0	11,3
Casa di cura Fonte S. Martino	342	56,3	63,0	16,8	72,3	78,0	16,1
TOTALE	2.155	49,7	51,0	17,1	69,4	74,0	16,3

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO-FIM

Tabella 75: **FIM all'ingresso ed alla dimissione, dimensione cognitiva: punteggi medi, mediana e deviazione standard – Anno 2006**

Istituto di cura	Ricoveri	Ingresso			Dimissione		
		Media	Mediana	Deviazione std.	Media	Mediana	Deviazione std.
Ospedale di Bolzano	96	27,0	32,0	9,9	29,0	34,0	9,0
Ospedale di Merano	237	29,8	33,0	7,0	31,1	33,0	5,5
Ospedale di Bressanone	184	27,8	31,0	8,5	29,3	31,0	6,9
Ospedale di Brunico	89	23,2	26,0	9,7	26,0	29,0	8,0
Ospedale di Vipiteno	51	28,2	31,0	8,2	28,9	31,0	7,4
Casa di cura Bonvicini	515	26,7	28,0	7,3	30,5	32,0	5,5
Casa di cura Villa Melitta	641	27,3	29,0	5,7	29,3	30,0	4,3
Casa di cura Fonte S. Martino	342	30,3	32,0	5,9	31,0	32,0	5,5
TOTALE	2.155	27,8	30,0	7,2	29,9	31,0	5,8

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO-FIM

Tabella 76: **Incremento individuale giornaliero medio di punteggio FIM totale (efficienza) per struttura – Anno 2006**

<i>Istituto di cura</i>	<i>Ricoveri</i>	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>Deviazione std.</i>
<i>Ospedale di Bolzano</i>	96	0,8	0,7	1,1
<i>Ospedale di Merano</i>	237	1,0	0,9	0,7
<i>Ospedale di Bressanone</i>	184	0,9	0,9	0,7
<i>Ospedale di Brunico</i>	89	0,5	0,4	0,6
<i>Ospedale di Vipiteno</i>	51	0,8	0,7	0,5
<i>Casa di cura Bonvicini</i>	515	1,1	1,1	0,5
<i>Casa di cura Villa Melitta</i>	641	1,0	1,0	0,3
<i>Casa di cura Fonte S. Martino</i>	342	0,9	0,9	0,5
TOTALE	2.155	1,0	0,9	0,6

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO-FIM

3.3.2.1. Ricoveri in riabilitazione post-acuzie in strutture nazionali

In questo paragrafo vengono analizzati i ricoveri effettuati da pazienti altoatesini nelle unità operative di riabilitazione post-acuzie presenti nelle altre strutture nel resto d'Italia. Verrà accennato brevemente anche ai ricoveri nelle unità operative della neuro-riabilitazione (codice reparto 7500) e nelle unità spinali (codice reparto 2800) nel resto d'Italia. Per quanto riguarda i ricoveri di riabilitazione effettuati da pazienti altoatesini in strutture austriache si rimanda al capitolo successivo "Ricoveri in riabilitazione post-acuzie in Austria".

Il numero dei ricoveri di pazienti altoatesini nelle unità operative di riabilitazione post-acuzie (cod. 5600) di strutture italiane extraprovinciali nel 2006 è rimasto costante rispetto al 2005 con 271 ricoveri. Soltanto 40 di questi ricoveri sono stati effettuati in regime diurno. La degenza media per i ricoveri ordinari è stata di 18,3 giornate, i ricoveri in regime diurno presentano invece una media di accessi pari a 5,4 giornate.

Le regioni con una maggiore attrazione per i pazienti altoatesini sono la Regione Veneto e la Provincia autonoma di Trento.

Tabella 77: **Ricoveri (ordinari e diurni) di altoatesini nelle unità operative di riabilitazione (codice reparto 5600) di altre regioni italiane – Anno 2006**

<i>Regione addebitante</i>	<i>Bolzano</i>	<i>Merano</i>	<i>Bressanone</i>	<i>Brunico</i>	<i>Totale</i>
<i>Piemonte</i>	1	2	-	1	4
<i>Lombardia</i>	36	19	4	3	62
<i>Prov. Aut. di Trento</i>	61	11	4	4	80
<i>Veneto</i>	80	12	3	11	106
<i>Emilia Romagna</i>	6	4	1	2	13
<i>Toscana</i>	-	1	-	-	1
<i>Lazio</i>	-	-	1	-	1
<i>Vaticano</i>	1	-	-	-	1
<i>Abruzzo</i>	2	1	-	-	3
TOTALE	187	50	13	21	271

Fonte: : ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

Tabella 78: **Ricoveri ordinari, giornate di degenza e degenza media di altoatesini nelle unità operative di riabilitazione post acuzie (codice reparto 5600) di altre regioni italiane – Anno 2006**

Regione addebitante	Ricoveri	% sul totale	Giornate degenza	Degenza media
Piemonte	4	1,7	112	28,0
Lombardia	44	19,0	607	13,8
Prov. Aut. di Trento	67	29,0	1.266	18,9
Veneto	99	42,9	1.788	18,1
Emilia Romagna	12	5,2	344	28,7
Toscana	1	0,4	5	5,0
Lazio	1	0,4	44	44,0
Abruzzo	3	1,3	54	18,0
TOTALE	231	100,0	4.220	18,3

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

Tabella 79: **Ricoveri in regime diurno, giorni di accesso e accessi medi nelle unità operative di riabilitazione post-acuzie (codice reparto 5600) di altre regioni italiane – Anno 2006**

Regione addebitante	Ricoveri	% sul totale	Giorni di accesso	Accessi medi
Lombardia	18	45,0	18	1,0
Prov. Aut. di Trento	13	32,5	74	5,7
Veneto	7	17,5	108	15,4
Emilia Romagna	1	2,5	14	14,0
Vaticano	1	2,5	1	1,0
TOTALE	40	100,0	215	5,4

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

Considerando i DRG nei reparti con codice 5600, di cui alla Tabella 80, risulta che il DRG più frequente è il DRG 256 “Altre diagnosi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo” con una percentuale del 19,2% sul totale dei ricoveri.

**RICOVERI IN ALTRE
REGIONI PER DRG**

Tabella 80: **Diagnosi principali più frequenti dei ricoveri (ordinari e diurni) altoatesini nelle unità operative di riabilitazione post-acuzie (codice reparto 5600) di altre regioni italiane – Anno 2006**

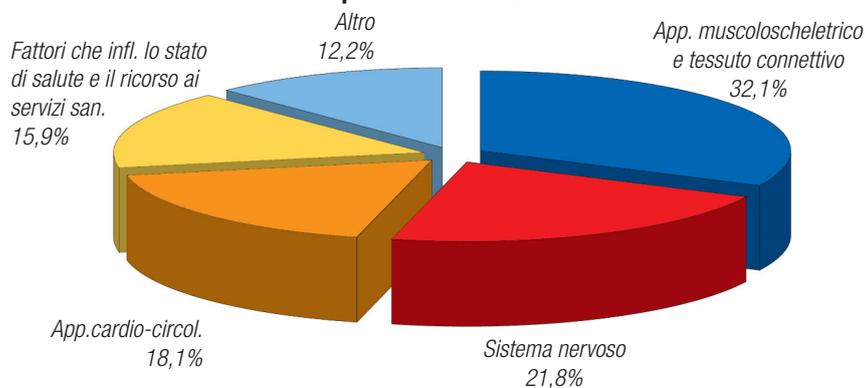
ICD-9 CM	Descrizione codice	N.	%	% cum
V4365	Sostituzione di articolazione del ginocchio	28	10,3	10,3
V4364	Sostituzione di articolazione dell'anca	22	8,1	18,5
4294	Disturbi funzionali conseguenti a chirurgia cardiaca	21	7,8	26,2
V571	Altra fisioterapia	20	7,4	33,6
3441	Paraplegia	17	6,3	39,9
V5889	Altro trattamento ulteriore specificato	13	4,8	44,7
3071	Anoressia nervosa	9	3,3	48,0
30390	Dipendenza da alcool, altra e non specificata, non specificata	8	3,0	50,9
V434	Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi	7	2,6	53,5
V5789	Cura che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione	7	2,6	56,1
34431	Monoplegia dell'arto inferiore dell'emisfero dominante	5	1,9	57,9
V433	Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi	5	1,9	59,8
340	Sclerosi multipla	4	1,5	61,3
71975	Zoppia per interessamento dell'anca	4	1,5	62,7
34211	Emiplegia spastica ed emiparesi dell'emisfero dominante	3	1,1	63,9
34212	Emiplegia spastica ed emiparesi dell'emisfero non dominante	3	1,1	65,0
34400	Quadriplegia, non specificata	3	1,1	66,1
34432	Monoplegia dell'arto inferiore dell'emisfero non dominante	3	1,1	67,2
49120	Bronchite cronica ostruttiva senza menzione di esacerbazione acuta	3	1,1	68,3
71515	Artrosi localizzata primaria, anca	3	1,1	69,4
71976	Zoppia per interessamento del ginocchio	3	1,1	70,5
TOTALE PARZIALE		191	70,5	
TOTALE		271	100,0	

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

RICOVERI IN ALTRE REGIONI PER MDC

Per quanto riguarda la distribuzione dei ricoveri per MDC si osserva una diminuzione dei ricoveri per la categoria “Sistema nervoso” che passa dal 24% del totale dei ricoveri del 2005 al 22% del 2006, e di ricoveri per la categoria “Apparato muscoloscheletrico e tessuto connettivo” che passa dal 37% del 2005 al 32% nel 2006.

Figura 54: **Ricoveri di riabilitazione post-acuzie (codice reparto 5600) per MDC, mobilità passiva – Anno 2006**



Fonte: ufficio Economia Sanitaria. PAB - Archivio mobilità

Tabella 81: **Numero, importo tariffario totale e importo tariffario medio dei ricoveri altoatesini nelle unità operative di riabilitazione post-acuzie (codice reparto 5600) di altre regioni italiane – Anno 2006**

Regione addebitante	N. ricoveri	Importo tariffario totale	Importo tariffario medio
Piemonte	4	22.918,56	5.729,64
Lombardia	62	150.933,77	2.434,42
Prov. Aut. di Trento	80	246.001,93	3.075,02
Veneto	106	440.895,85	4.159,39
Emilia Romagna	13	98.414,75	7.570,37
Toscana	1	1.288,49	1.288,49
Lazio	1	11.866,80	11.866,80
Vaticano	1	283,19	283,19
Abruzzo	3	14.062,92	4.687,64
TOTALE	271	986.666,26	3.640,83

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

Relativamente agli importi dei ricoveri effettuati da residenti altoatesini nel resto d'Italia si precisa che i dati analizzati sono quelli segnalati dalle singole regioni e province, e possono differire dagli importi effettivamente riconosciuti dalla Provincia Autonoma di Bolzano in sede di compensazione della mobilità sanitaria.

Per quanto riguarda i ricoveri avvenuti nelle unità operative di neuro-riabilitazione (codice reparto 7500) e nelle unità spinali (codice reparto 2800), si può notare che trattandosi di patologie più gravi la degenza media risulta essere molto più elevata rispetto a quella nelle unità operative di recupero e riabilitazione funzionale con codice 5600.

IMPORTI DEI RICOVERI IN ALTRE REGIONI

RICOVERI NELLE UNITÀ OPERATIVE 7500 E 2800

343

Tabella 82: **Ricoveri, giornate di degenza, degenza media, importo tariffario totale, importo tariffario medio nelle unità operative di neuro-riabilitazione (codice reparto 7500) e nelle unità spinali (codice reparto 2800) di altre regioni italiane – Anno 2006**

Regione addebitante	Ricoveri	Giornate degenza/Accessi	Degenza media	Importo tariffario totale	Importo tariffario medio
Veneto	2	20	10,0	7.870,60	3.935,30
Emilia Romagna	1	44	44,0	16.239,08	16.239,08
TOTALE	3	64	21,3	24.109,68	8.036,56
Neuro-riabilitazione (codice 7500)					
Lombardia	3	33	11,0	12.120,57	4.040,19
Prov. Aut. di Trento	1	34	34,0	7.433,76	7.433,76
Veneto	4	286	71,5	105.044,94	26.261,24
Emilia Romagna	6*	71**	19,0 (4,7***)	26.383,92	4.397,32
TOTALE	14	424	30,3	150.983,19	10.784,51

* di cui 3 ricoveri in DH

** di cui 14 accessi in DH

*** accessi medi dei ricoveri in DH

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

3.3.2.2. Ricoveri in riabilitazione post-acuzie in Austria

Ai fini di assicurare una completa assistenza ai residenti, la Provincia Autonoma di Bolzano è convenzionata con cliniche universitarie e strutture sanitarie pubbliche e private austriache per i servizi sanitari ospedalieri che non possono essere garantiti dal servizio locale. Le strutture convenzionate che erogano assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie sono tre:

1. "Rehabilitationszentrum Häring" per la riabilitazione fisica e neurologica;

**PAZIENTI RICOVERATI IN
AUSTRIA PER RESIDENZA**

2. "Krankenhaus orthopädische Chirurgie und Rehabilitation" di Rovinj per le cure estive dei pazienti che soggiornano a Häring;
3. "Landesnervenkrankenhaus Hochzirl" per la riabilitazione fisica.

I ricoveri di pazienti altoatesini presso strutture austriache di riabilitazione post-acuzie nell'anno 2006 sono stati 72, di cui 47 nei reparti di neuro-riabilitazione. Dopo una leggera diminuzione dei ricoveri nel 2005, nel 2006 si ha di nuovo un incremento pari al 18 % (da 61 a 72 ricoveri).

Tabella 83: Ricoveri, pazienti, giornate di degenza, degenza media, importo tariffario totale e importo tariffario medio relativi a pazienti altoatesini ricoverati in strutture austriache di riabilitazione post-acuzie – Anno 2006

Struttura austriaca	N. ricoveri	Giornate degenza	Degenza media	Importo tariffario totale	Importo tariffario medio	Pazienti
Riabilitazione fisica						
Häring	17	472	27,8	183.168,38	10.774,61	14
Rovinj	2	44	22,0	2.599,80	1.299,90	2
Hochzirl	6	187	31,2	66.884,75	11.147,46	5
TOTALE PARZIALE	25	703	28,1	252.652,93	10.106,12	21
Neuro-riabilitazione (codice 7500)						
Häring	27	1.021	37,8	401.537,55	14.871,76	23
Rovinj	5	112	22,4	6.499,50	1.299,90	5
Hochzirl	15	482	32,1	164.751,85	10.983,46	9
TOTALE PARZIALE	47	1.615	34,4	572.788,90	12.187,00	37
TOTALE	72	2.318	32,2	825.441,83	11.464,47	58

Fonte: aziende sanitarie – Archivio ricoveri in Austria

Relativamente all'azienda di provenienza dei pazienti, si precisa che 42 ricoveri sono stati inviati dall'Azienda sanitaria di Merano (0,33 ricoveri per 1.000 abitanti), le aziende di Bolzano e Bressanone hanno inviato intorno a 0,1 persone ogni 1.100 abitanti, mentre l'Azienda sanitaria di Brunico non ha inviato pazienti in Austria per la riabilitazione fisica o neuro-riabilitazione.

Tabella 84: Ricoveri di altoatesini nelle strutture austriache e numero pazienti per azienda sanitaria di residenza – Anno 2006

Struttura austriaca	Azienda sanitaria di residenza			
	Bolzano	Merano	Bressanone	Provincia
Häring	14	27	3	44
Rovinj	2	4	1	7
Hochzirl	5	11	5	21
TOTALE	21	42	9	72
Popolazione	216.375	126.701	69.450	485.841
RICOVERI X 1.000 RESIDENTI	0,10	0,33	0,13	0,15
Pazienti	26	53	14	93
N. MEDIO RICOVERI PER PAZIENTE	1,2	1,3	1,6	1,3

Fonte: aziende sanitarie – Archivio ricoveri in Austria

**RICOVERI IN AUSTRIA
PER DIAGNOSI
PRINCIPALE**

La diagnosi di dimissione più frequente nelle strutture austriache di riabilitazione post-acuzie è rappresentata dalla categoria "Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo" con il 37,5%, diagnosi che nel 2005 rappresentava solo il 18% dei ricoveri. La categoria "Postumi di traumatismi del sistema nervoso" che nel 2005 era

la più frequente con il 23% nel 2005 rappresenta solo il 6,9%. Si tenga comunque presente che per 14 ricoveri (19,4% sul totale) non è stata rilevata la diagnosi principale.

Tabella 85: **Ricoveri di altoatesini in strutture austriache di riabilitazione post-acuzie per diagnosi ICD9-CM principali raggruppate per categoria – Anno 2006**

ICD9-CM	Descrizione diagnosi	Häring	Hochzirl	Rovinj	Totale	%	% cum
905	Postumi e traumasmi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	27	-	-	27	37,5	37,5
344	Altre sindrome paralitiche	5	2	1	8	11,1	48,6
907	Postumi di traumasmi del sistema nervoso	2	-	3	5	6,9	55,6
897	Amputazione traumatica della gamba	4	-	-	4	5,6	61,1
854	Traumatismi intracranici di altra e non specificata natura	-	-	3	3	4,2	65,3
431	Emorragia cerebrale	-	-	2	2	2,8	68,1
434	Occlusione delle arterie cerebrali	-	-	2	2	2,8	70,8
336	Altre malattie del midollo spinale	-	-	1	1	1,4	72,2
348	Altre condizioni morbose dell'encefalo	-	-	1	1	1,4	73,6
430	Emorragia subaracnoidea	-	-	1	1	1,4	75,0
722	Patologie dei dischi intervertebrali	-	-	1	1	1,4	76,4
730	Osteomielite, periostite e altre infezioni ossee	1	-	-	1	1,4	77,8
741	Spina bifida	1	-	-	1	1,4	79,2
V521	Collocazione e sistemazione di gamba artificiale	1	-	-	1	1,4	80,6
	Diagnosi mancante	3	5	6	14	19,4	100,0
TOTALE		44	7	21	72	100,0	

Fonte: aziende sanitarie - Archivio ricoveri in Austria

3.3.3. Lungodegenza post-acuzie

Presso i reparti di lungodegenza post-acuzie della provincia sono stati registrati 2.032 ricoveri per un consumo complessivo di 52.043 giornate di degenza ed una degenza media di 25,6 giorni.

Nel 2006, sono stati effettuati altri 15 ricoveri di altoatesini di lungodegenza ospedaliera post-acuzie in strutture nazionali extra-provinciali, notevolmente diminuiti rispetto all'anno 2005.

Nel 2006 sono stati inoltre registrati 89 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 5.540, e 149 ricoveri nella Casa di Cura Fonte S. Martino per cure palliative (codice reparto 60.02), con 2.295 giornate di degenza. Le categorie diagnostiche principali più frequenti dei ricoveri di lungodegenza post-acuzie sono le "Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo" (32,1%) e le "Malattie e i disturbi del sistema nervoso" (19,8%).

**RICOVERI DI
LUNGODEGENZA
POST-ACUZIE**

Tabella 86: Ricoveri, giornate di degenza e degenza media nei reparti di lungodegenza post-acuzie per istituto di cura – Anno 2006

Istituti di cura	Ricoveri	Giornate di degenza	Degenza media
Ospedale di Merano	193	5.159	26,7
Ospedale di Bressanone	184	2.917	15,9
Ospedale di Brunico	9	108	12,0
Ospedale di Silandro	24	451	18,8
Ospedale di Vipiteno	119	1.693	14,2
Ospedale di San Candido	21	292	13,9
TOTALE OSPEDALI PUBBLICI	550	10.620	19,3
Casa di Cura S. Maria	300	6.019	20,1
Casa di Cura Fonte S. Martino	326	11.836	36,3
Casa di Cura Bonvicini	559	15.562	27,8
Casa di Cura Villa Melitta	297	8.006	27,0
TOTALE ISTITUTI PRIVATI	1.482	41.423	28,0
TOTALE ISTITUTI DI CURA	2.032	52.043	25,6

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Tabella 87: Ricoveri per categoria diagnostica principale (MDC) più frequente nei reparti di lungodegenza post-acuzie della Provincia Autonoma di Bolzano – Anno 2006

MDC	Descrizione MDC	Ricoveri	% cumulata
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	652	32,1
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	402	51,9
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai Servizi sanitari	245	63,9
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	176	72,6
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	119	78,4
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	108	83,8
19	Malattie e disturbi mentali	86	88,0
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	51	90,5
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	45	92,7
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	41	94,7
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	25	96,0
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	16	96,8
TOTALE RICOVERI DI LUNGODEGENZA POST-ACUZIE		2.032	

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Tabella 88: Ricoveri per diagnosi principale più frequente nei reparti di lungodegenza post-acuzie della Provincia Autonoma di Bolzano – Anno 2006

ICD9CM	Descrizione diagnosi	Ricoveri	% cumulata
V57	Cure riabilitative	159	7,8
438	Postumi delle malattie cerebrovascolari	133	14,4
905	Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	125	20,5
715	Artrosi	92	25,0
721	Spondilosi e disturbi associati	70	28,5
728	Patologie dei muscoli, dei legamenti e delle fasce	70	31,9
V58	Altri e non specificati procedimenti e trattamenti ulteriori	69	35,3
722	Patologie dei dischi intervertebrali	65	38,5
428	Insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco)	59	41,4
733	Altri disturbi delle ossa e delle cartilagini	52	44,0
332	Morbo di Parkinson	43	46,1
V43	Organo o tessuto sostituito con altri mezzi	41	48,1
V66	Convalescenza e cure palliative	41	50,1
TOTALE RICOVERI DI LUNGODEGENZA POST-ACUZIE		2.032	

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO



Parte Terza

Le risorse

Le risorse

1. IL PERSONALE DIPENDENTE DELLE AZIENDE SANITARIE

1.1. IL PERSONALE IN SERVIZIO

Al 31.12.2006 il personale dipendente delle aziende sanitarie della Provincia Autonoma di Bolzano risulta pari a 9.004 unità, corrispondente a 7.857,59 unità equivalenti.

Il 31,7% del totale personale dipendente è impiegato a part-time, pari a 2.855 unità.

Il 45,4% della spesa corrente totale (463,806 milioni di euro) sostenuta dalle aziende sanitarie, è destinata al personale.

L'azienda sanitaria con il maggior numero di personale dipendente in termini equivalenti risulta essere l'Azienda Sanitaria di Bolzano con 3.381,28 u. eq. (corrispondente al 43,0% del totale provinciale), seguita dall'Azienda Sanitaria di Merano (2.097,17 u. eq., corrispondente al 26,7%), da Brunico (1.195,75 pari a 15,2%) ed infine da quella di Bressanone (1.183,39 u. eq. pari a 15,1%).

In Provincia Autonoma di Bolzano il personale dipendente è prevalentemente impiegato nell'area ospedaliera (60,5%), mentre la figura professionale predominante è quella del personale infermieristico (32,6%).

In provincia vi sono 16,2 unità equivalenti di personale dipendente per 1.000 abitanti.

Il personale è la principale risorsa utilizzata dal servizio sanitario pubblico. Ciò è testimoniato dal fatto che il 45,4% 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 in-

fine, la dirigenza amministrativa (vicedirettori e direttori amministrativi).

Anche per questa edizione della Relazione Sanitaria, è stato utilizzato il flusso informativo del personale sanitario operante presso i servizi sanitari della Provincia (SIPS).

Tale flusso rileva il personale sanitario per singolo centro di costo - secondo la struttura definita dalla deliberazione della Giunta Provinciale n. 1193 del 11/04/2005, adottata e adattata dalle singole aziende sanitarie - e viene aggiornato periodicamente, mediante l'invio dei dati dai CED delle aziende stesse all'ufficio Personale Sanitario dell'Assessorato.

Il personale dipendente è rappresentato in termini assoluti (personale dipendente, distinto per tipologia di rapporto contrattuale - part-time o tempo pieno - presente alla data del 31/12/2006) ed in termini equivalenti, considerando il tempo di impiego effettivo del personale durante tutto il 2006 (tempo pieno, part-time 33%, 50%, 75% ecc.). La rappresentazione dei dati in termini equivalenti spiega quindi la presenza di valori decimali nelle tabelle. Essa è anche più informativa dei dati grezzi, in quanto concerne valori omogenei sulla quantità di risorsa umana impiegata nei servizi.

I dati del personale equivalente considerano il tempo effettivo di impiego del personale. In caso di contemporanea registrazione dello stesso personale presso due distinti centri di costo, (ad esempio nel reparto di medicina in posizione di titolare e presso il servizio di endoscopia in posizione di incarico) viene privilegiata la posizione di incarico. Il periodo di analisi comprende l'intero anno 2006 (periodo lavorativo considerato dal 01/01/2006 al 31/12/2006).

Come per la precedente edizione della Relazione Sanitaria, in assenza dei tempi effettivi di impiego, l'algoritmo di calcolo del personale equivalente considera la posizione contrattuale di ogni singolo dipendente, senza togliere le assenze.

Il presente capitolo contiene l'analisi complessiva a livello provinciale del personale dipendente 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 presso le aziende sanitarie. Le sigle utilizzate di seguito nelle tabelle e nei grafici corrispondono a:

P.T.= personale a tempo parziale

T.P.= personale a tempo pieno

EQ = personale equivalente

N = numero di dipendenti (numero di dipendenti presenti al 31/12/2006)

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 31/12/2006, il numero di dipendenti risulta pari a 9.004 unità (di cui 2.855 a part-time), registrando un incremento del 2,8% rispetto al 2005 (in particolare è aumentata del 7,5% la quota di personale dipendente a part-time). In termini equivalenti il numero di dipendenti corrisponde a 7.857,59 unità.

Il dato provinciale del personale dipendente sulla popolazione residente registra a livello provinciale un valore di 16,2 unità equivalenti di personale per 1.000 abitanti (calcolati sulla

**NUMERO TOTALE
PERSONALE DIPENDENTE**

popolazione residente al 31/12/2006).

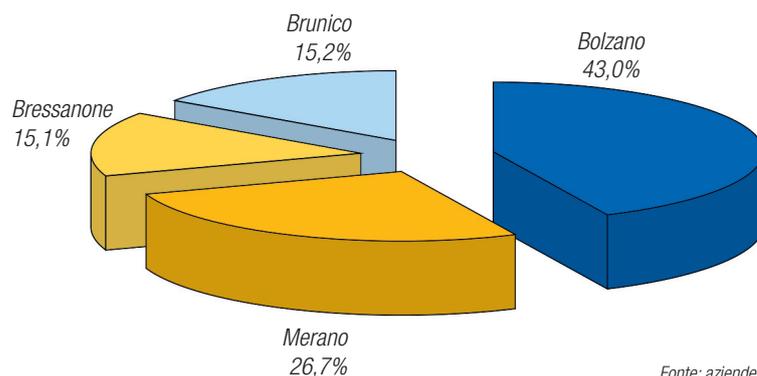
Tabella 1: **Personale dipendente per area e per azienda sanitaria – Anno 2006**

Area	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Personale Part-Time					
Area Strategica	53	59	26	35	173
Area di Supporto non sanitaria	133	189	67	42	431
Area Ospedaliera	601	377	309	377	1.664
Area Territoriale	263	165	74	85	587
TOTALE	1.050	790	476	539	2.855
Personale a tempo pieno					
Area Strategica	227	155	57	81	520
Area di Supporto non sanitaria	364	404	154	121	1.043
Area Ospedaliera	1.655	891	605	625	3.776
Area Territoriale	478	190	75	67	810
TOTALE	2.724	1.640	891	894	6.149
Personale equivalente					
Area Strategica	261,98	188,82	71,38	102,05	624,23
Area di Supporto non sanitaria	453,24	513,16	194,46	140,85	1.301,71
Area Ospedaliera	2.010,67	1.107,21	795,93	839,83	4.753,64
Area Territoriale	655,39	287,98	121,62	113,02	1.178,01
TOTALE	3.381,28	2.097,17	1.183,39	1.195,75	7.857,59
Personale per 1.000 abitanti residenti	15,6	16,6	17,0	16,3	16,2

Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

In termini assoluti rispetto al 31.12.2005 si rileva un aumento del 7,5% del personale part-time, con una punta del 8,5% di incremento nell'AS di Merano (segue l'AS di Bressanone con un + 7,9%).

Figura 1: **Totale personale equivalente dipendente per azienda sanitaria – Anno 2006**



Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

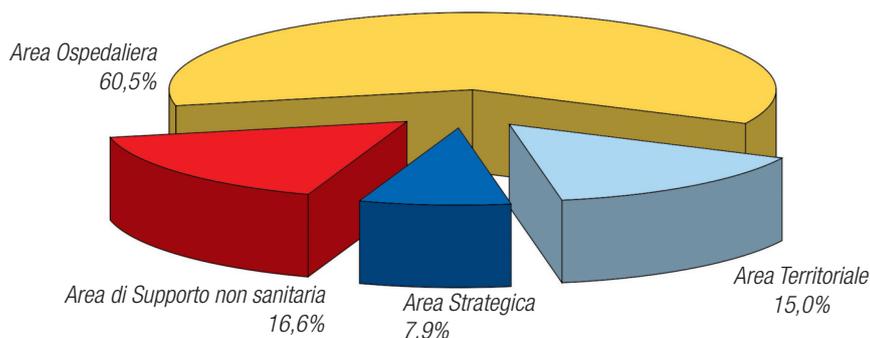
Tabella 2: Differenza percentuale 2006-2005, valori assoluti di personale dipendente per area

Area	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Personale Part-Time					
Area Strategica	6,0%	22,9%	4,0%	6,1%	10,9%
Area di Supporto non sanitaria	1,5%	10,5%	-1,5%	16,7%	6,2%
Area Ospedaliera	10,9%	5,6%	11,2%	6,8%	8,8%
Area Territoriale	5,6%	8,6%	5,7%	1,2%	5,8%
TOTALE	7,1%	8,5%	7,9%	6,5%	7,5%
Personale a tempo pieno					
Area Strategica	-0,9%	0,0%	0,0%	-6,9%	-1,5%
Area di Supporto non sanitaria	-0,3%	-2,2%	-1,3%	-1,6%	-1,3%
Area Ospedaliera	2,8%	3,2%	1,0%	-0,3%	2,1%
Area Territoriale	-1,2%	1,1%	0,0%	4,7%	-0,1%
TOTALE	1,0%	1,3%	0,5%	-0,8%	0,8%
Personale equivalente					
Area Strategica	0,1%	1,7%	-1,2%	-4,0%	-0,3%
Area di Supporto non sanitaria	0,5%	-0,6%	-1,2%	-1,5%	-0,4%
Area Ospedaliera	2,9%	3,0%	3,5%	1,3%	2,7%
Area Territoriale	1,2%	1,5%	2,6%	2,0%	1,5%
TOTALE	1,6%	1,8%	2,3%	0,5%	1,6%

Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

L'area ospedaliera è quella che registra un incremento maggiore di personale equivalente rispetto al 2005, mentre le aree strategiche e di supporto non sanitario non hanno variato considerevolmente la loro dotazione. La Tabella 2 evidenzia le differenze percentuali a livello di singola azienda sanitaria.

Figura 2: Totale personale equivalente dipendente delle aziende sanitarie per area di impiego – Anno 2006



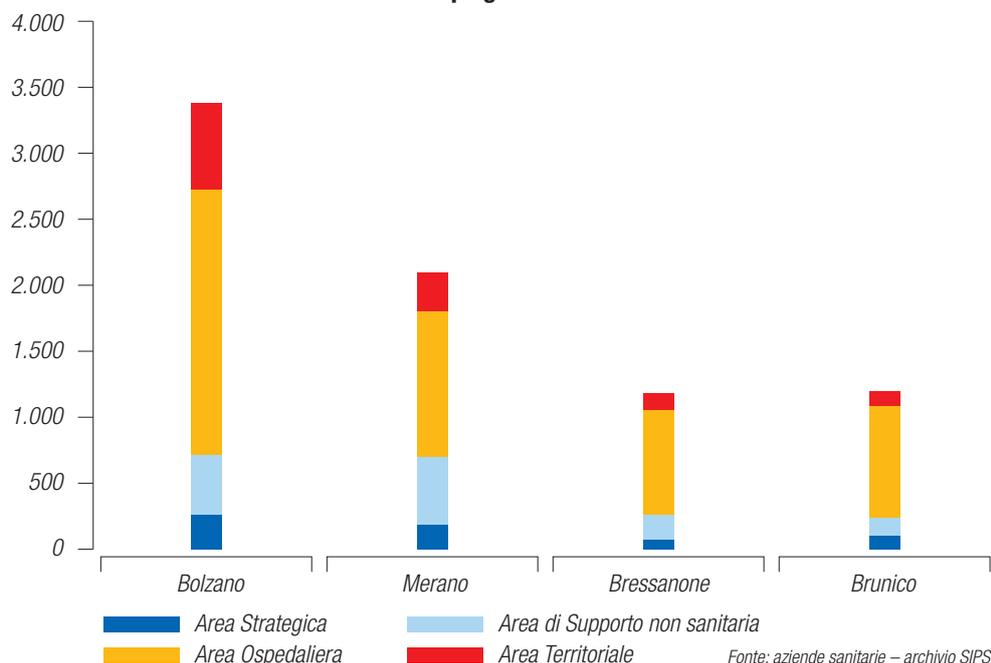
Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

Approfondendo l'analisi sulle aree di impiego del personale nelle singole aziende sanitarie, si osserva una prevalente componente di personale dipendente presso l'area ospedaliera.

Nelle aziende sanitarie di Brunico e Bressanone le percentuali di personale dipendente si attestano, rispettivamente, ai valori di 70,2% e 67,3%; l'AS di Bolzano registra un valore del 59,5% di personale dipendente presso l'area ospedaliera; chiude l'AS di Merano con il 52,8%.

Nell'AS di Merano il 24,5% 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.

Figura 3: **Personale equivalente medio dipendente delle aziende sanitarie della provincia – per aree di impiego – Anno 2006**



1.1.1.2. Personale dipendente per figura professionale

La prevalenza di personale dipendente in termini equivalenti presso le aziende sanitarie appartiene al ruolo sanitario con il 61,1%.

Segue come altra importante componente del personale dipendente quella del ruolo tecnico (25,0%), mentre il ruolo professionale registra solamente un 0,3% sul totale personale dipendente delle aziende.

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 (66,2%), mentre l'Azienda Sanitaria di Bolzano presenta il valore più elevato (14,9%) di personale del ruolo amministrativo sul totale personale dipendente dell'azienda.

Tabella 3: **Personale dipendente per ruolo / figura professionale e per azienda sanitaria – Anno 2006**

Area	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Personale Part-Time					
<i>Dirigenza medica (incl. odontoiatri e veterinari)</i>	14	3	9	3	29
<i>Personale infermieristico</i>	449	317	234	223	1.223
<i>Personale laureato non medico</i>	19	12	11	3	45
<i>Pers. tecnico.- san., di riabilitazione</i>	200	90	59	53	402
Pers. ruolo sanitario	682	422	313	282	1.699
Pers. ruolo professionale	5	-	1	-	6
Pers. ruolo tecnico	153	240	83	177	653
Pers. ruolo amm.vo	210	128	79	80	497
TOTALE	1.050	790	476	539	2.855
Personale a tempo pieno					
<i>Dirigenza medica (incl. odontoiatri e veterinari)</i>	507	200	134	141	982
<i>Personale infermieristico</i>	707	470	306	316	1.799
<i>Personale laureato non medico</i>	72	39	27	27	165
<i>Pers. tecnico.- san., di riabilitazione</i>	400	183	121	112	816
Pers. ruolo sanitario	1.686	892	588	596	3.762
Pers. ruolo professionale	12	5	3	2	22
Pers. ruolo tecnico	657	545	213	181	1.596
Pers. ruolo amm.vo	369	198	87	115	769
TOTALE	2.724	1.640	891	894	6.149
Personale equivalente					
<i>Dirigenza medica (incl. odontoiatri e veterinari)</i>	511,23	200,84	135,12	144,78	991,97
<i>Personale infermieristico</i>	998,09	656,73	459,68	443,52	2.558,02
<i>Personale laureato non medico</i>	85,23	46,42	33,23	28,42	193,30
<i>Pers. tecnico.- san., di riabilitazione</i>	525,97	233,81	155,45	139,51	1.054,74
Pers. ruolo sanitario	2.120,52	1.137,80	783,48	756,23	4.798,03
Pers. ruolo professionale	14,18	5,00	3,75	2,00	24,93
Pers. ruolo tecnico	741,85	678,85	258,83	282,75	1.962,28
Pers. ruolo amm.vo	504,73	275,52	137,33	154,77	1.072,35
TOTALE	3.381,28	2.097,17	1.183,39	1.195,75	7.857,59

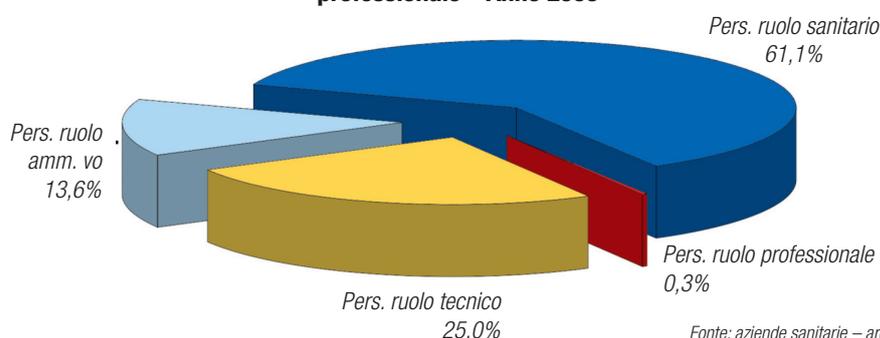
Fonte: : aziende sanitarie – archivio SIPS

Tabella 4: **Percentuale di personale dipendente per ruolo / figura professionale e per azienda sanitaria – Anno 2006**

Area	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Personale Part-Time					
Dirigenza medica (incl. odontoiatri e veterinari)	1,3%	0,4%	1,9%	0,6%	1,0%
Personale infermieristico	42,8%	40,1%	49,2%	41,4%	42,8%
Personale laureato non medico	1,8%	1,5%	2,3%	0,6%	1,6%
Pers. tecnico.- san., di riabilitazione	19,0%	11,4%	12,4%	9,8%	14,1%
Pers. ruolo sanitario	65,0%	53,4%	65,8%	52,3%	59,5%
Pers. ruolo professionale	0,5%	-	0,2%	-	0,2%
Pers. ruolo tecnico	14,6%	30,4%	17,4%	32,8%	22,9%
Pers. ruolo amm.vo	20,0%	16,2%	16,6%	14,8%	17,4%
TOTALE	100%	100%	100%	100%	100%
Personale a tempo pieno					
Dirigenza medica (incl. odontoiatri e veterinari)	18,6%	12,2%	15,0%	15,8%	16,0%
Personale infermieristico	26,0%	28,7%	34,3%	35,3%	29,3%
Personale laureato non medico	2,6%	2,4%	3,0%	3,0%	2,7%
Pers. tecnico.- san., di riabilitazione	14,7%	11,2%	13,6%	12,5%	13,3%
Pers. ruolo sanitario	61,9%	54,4%	66,0%	66,7%	61,2%
Pers. ruolo professionale	0,4%	0,3%	0,3%	0,2%	0,4%
Pers. ruolo tecnico	24,1%	33,2%	23,9%	20,2%	26,0%
Pers. ruolo amm.vo	13,5%	12,1%	9,8%	12,9%	12,5%
TOTALE	100%	100%	100%	100%	100%
Personale equivalente					
Dirigenza medica (incl. odontoiatri e veterinari)	15,1%	9,6%	11,4%	12,1%	12,6%
Personale infermieristico	29,5%	31,3%	38,8%	37,1%	32,6%
Personale laureato non medico	2,5%	2,2%	2,8%	2,4%	2,5%
Pers. tecnico.- san., di riabilitazione	15,6%	11,1%	13,1%	11,7%	13,4%
Pers. ruolo sanitario	62,7%	54,3%	66,2%	63,2%	61,1%
Pers. ruolo professionale	0,4%	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%
Pers. ruolo tecnico	21,9%	32,4%	21,9%	23,6%	25,0%
Pers. ruolo amm.vo	14,9%	13,1%	11,6%	12,9%	13,6%
TOTALE	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

Figura 4: **Totale personale equivalente medio dipendente delle aziende sanitarie per ruolo professionale – Anno 2006**



Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

Rispetto alla popolazione residente, vi sono, a livello provinciale, 9,9 unità equivalenti di personale del ruolo sanitario su 1.000 abitanti, 4,0 unità equivalenti di personale del ruolo tecnico e 2,2 unità equivalenti del ruolo amministrativo ogni 1.000 abitanti. Come evidenzia la Tabella 5, vi sono differenze tra le singole aziende sanitarie.

**PERSONALE DISTINTO
PER RUOLO SU
POPOLAZIONE RESIDENTE**

Tabella 5: **Personale equivalente medio in servizio per azienda sanitaria per ruolo professionale per 1.000 abitanti – Anno 2006**

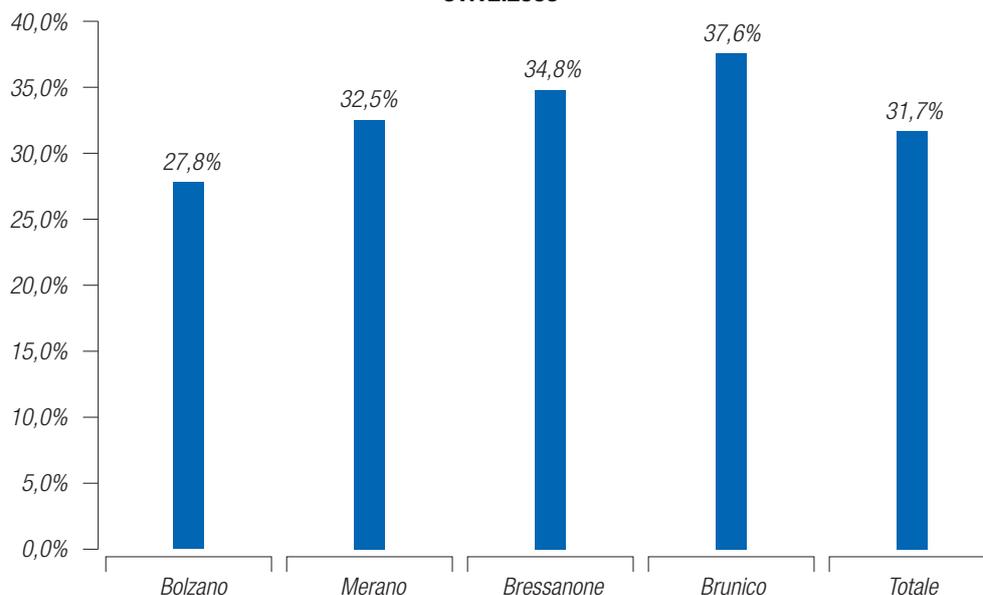
Ruolo	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Personale ruolo sanitario	9,8	9,0	11,3	10,3	9,9
Personale ruolo professionale	0,1	-	0,1	-	0,1
Personale ruolo tecnico	3,4	5,4	3,7	3,9	4,0
Personale ruolo amm.vo	2,3	2,2	2,0	2,2	2,2
TOTALE	15,6	16,6	17,0	16,3	16,2

Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS, ASTAT

**PERSONALE DIPENDENTE
A PART-TIME E A TEMPO
PIENO**

Analizzando il personale complessivo dipendente al 31/12/2006 per tempo di impiego, si osservano sensibili differenze tra le quattro aziende della provincia. Il 31,7% del personale dipendente a livello provinciale è impiegato a tempo parziale (incremento del 1,4% rispetto al 31/12/2005 e 2,5% rispetto al 2004). A livello di singola azienda sanitaria abbiamo agli estremi l'Azienda Sanitaria di Brunico con il 37,6% del proprio personale dipendente impiegato a part-time, a fronte dell'Azienda Sanitaria di Bolzano, con un valore del 27,8%. Rispetto al 2005, l'incremento percentuale più elevato di personale part-time si è registrato presso le aziende sanitarie di Bressanone e Brunico (+ 1,6%)

Figura 5: **Totale personale part-time sul totale personale dipendente delle aziende sanitarie al 31.12.2006**



Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

1.1.2. Personale dipendente nell'area strategica

La rilevazione dei dati sul personale dipendente nelle aree strategiche delle aziende sanitarie prevede l'aggregazione del personale operante presso i seguenti centri di 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).

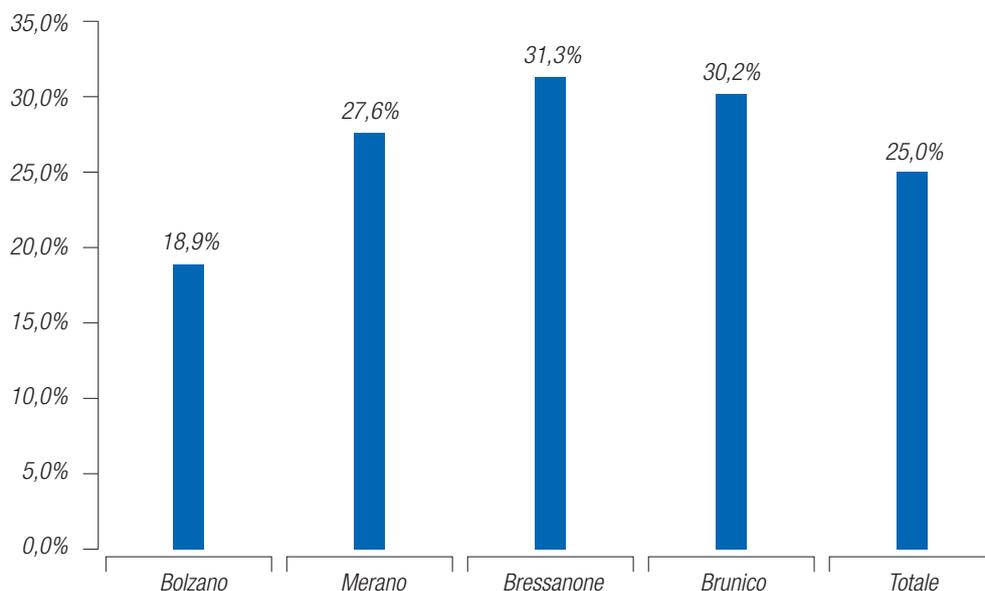
Il numero di persone dipendenti nell'area strategica delle aziende sanitarie al 31.12.2006 risulta pari a 693 unità, corrispondenti a 624,23 unità equivalenti impiegate durante l'intero 2006.

Tabella 6: **Totale personale dipendente dell'area strategica, per azienda sanitaria – Anno 2006**

Centro di responsabilità	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Personale Part-Time					
Costi comuni	1	-	-	1	2
Direzione Amministrativa ASL	7	2	2	-	11
Direzione Amministrativa Ospedali	9	13	8	20	50
Direzione Generale	1	2	-	-	3
Direzione infermieristica	12	3	2	1	18
Direzione Medica di struttura	20	39	10	13	82
Direzione Sanitaria ASL	-	-	4	-	4
Ufficio relazioni con il pubblico	3	-	-	-	3
TOTALE	53	59	26	35	173
Personale a tempo pieno					
Costi comuni	3	-	-	-	3
Direzione Amministrativa ASL	12	10	-	-	22
Direzione Amministrativa Ospedali	55	57	22	63	197
Direzione Generale	5	4	1	2	12
Direzione infermieristica	40	7	5	4	56
Direzione Medica di struttura	109	76	26	11	222
Direzione Sanitaria ASL	-	1	3	-	4
Ufficio relazioni con il pubblico	3	-	-	1	4
TOTALE	227	155	57	81	520
Personale equivalente					
Costi comuni	3,50	-	-	0,75	4,25
Direzione Amministrativa ASL	16,09	11,18	1,73	-	29,00
Direzione Amministrativa Ospedali	60,98	64,08	25,00	74,68	224,74
Direzione Generale	5,75	4,92	1,00	2,00	13,67
Direzione infermieristica	49,63	9,49	6,25	5,40	70,77
Direzione Medica di struttura	121,34	98,15	31,48	18,22	269,19
Direzione Sanitaria ASL	-	1,00	5,92	-	6,92
Ufficio relazioni con il pubblico	4,69	-	-	1,00	5,69
TOTALE	261,98	188,82	71,38	102,05	624,23

Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

Figura 6: Area strategica – personale part-time sul totale personale dipendente delle aziende sanitarie al 31/12/2006



Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

La figura professionale prevalente in termini equivalenti risulta essere quella dell'Operatore tecnico, con un volume complessivo di 220,01 unità equivalenti, pari al 35% circa del totale personale dipendente nell'area strategica delle aziende sanitarie.

Tabella 7: Totale personale dipendente nell'area strategica, per figura professionale – Anno 2006

Centro di responsabilità		Ispettori	Ass. / coll. amm.vo	Operat. tecnico	Ausiliari specializz.	Altro person. tecnico	Person. sanitario	Person. profess.	Totale
Costi comuni	N	-	1	-	1	-	3	-	5
	EQ	-	0,50	-	1,00	-	2,75	-	4,25
Direzione Amministrativa ASL	N	5	20	2	3	-	-	3	33
	EQ	5,33	16,25	2,00	3,00	-	-	2,42	29,00
Direzione Amministrativa Ospedali	N	6	75	130	33	2	1	-	247
	EQ	6,00	64,91	124,38	27,44	1,01	1,00	-	224,74
Direzione Generale	N	3	10	-	-	1	1	-	15
	EQ	3,00	8,67	-	-	1,00	1,00	-	13,67
Direzione infermieristica	N	-	20	4	3	-	47	-	74
	EQ	-	18,79	3,75	2,50	-	45,73	-	70,77
Direzione Medica di struttura	N	1	52	100	81	7	47	16	304
	EQ	1,00	44,47	89,88	74,51	6,30	39,52	13,51	269,19
Direzione Sanitaria ASL	N	-	7	-	-	-	1	-	8
	EQ	-	5,92	-	-	-	1,00	-	6,92
Ufficio relazioni con il pubblico	N	1	6	-	-	-	-	-	7
	EQ	1,00	4,69	-	-	-	-	-	5,69
TOTALE	N	16	191	236	121	10	100	19	693
	EQ	16,33	164,20	220,01	108,45	8,31	91,00	15,93	624,23

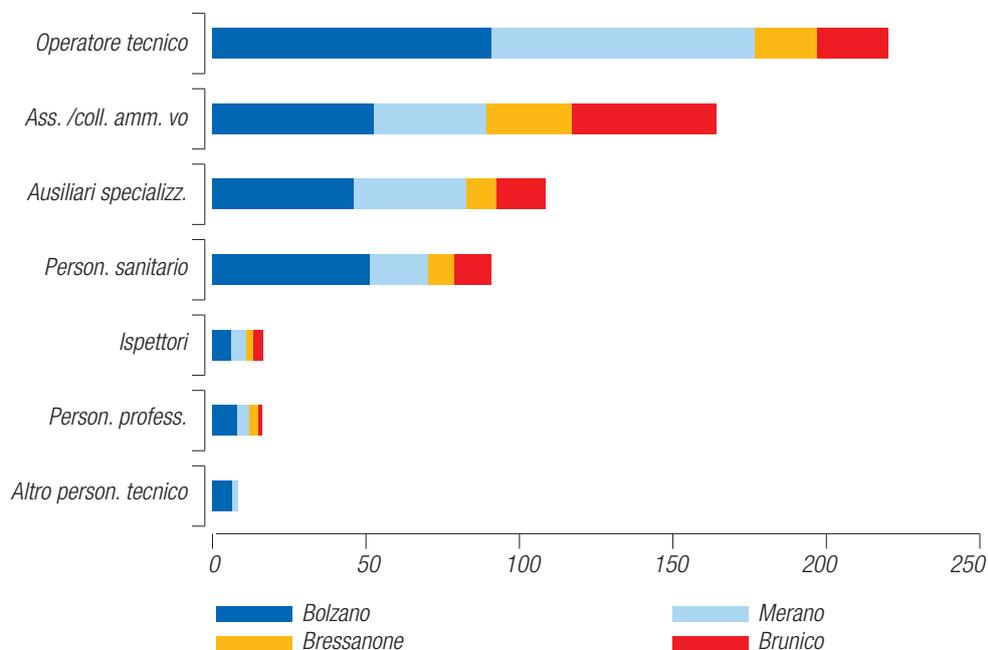
Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

Le figure professionali amministrative (Assistente / collaboratore amministrativo) coprono il 26,3% del totale personale operante in quest'area.

I servizi in cui maggiormente sono collocati i dipendenti dell'area strategica delle aziende

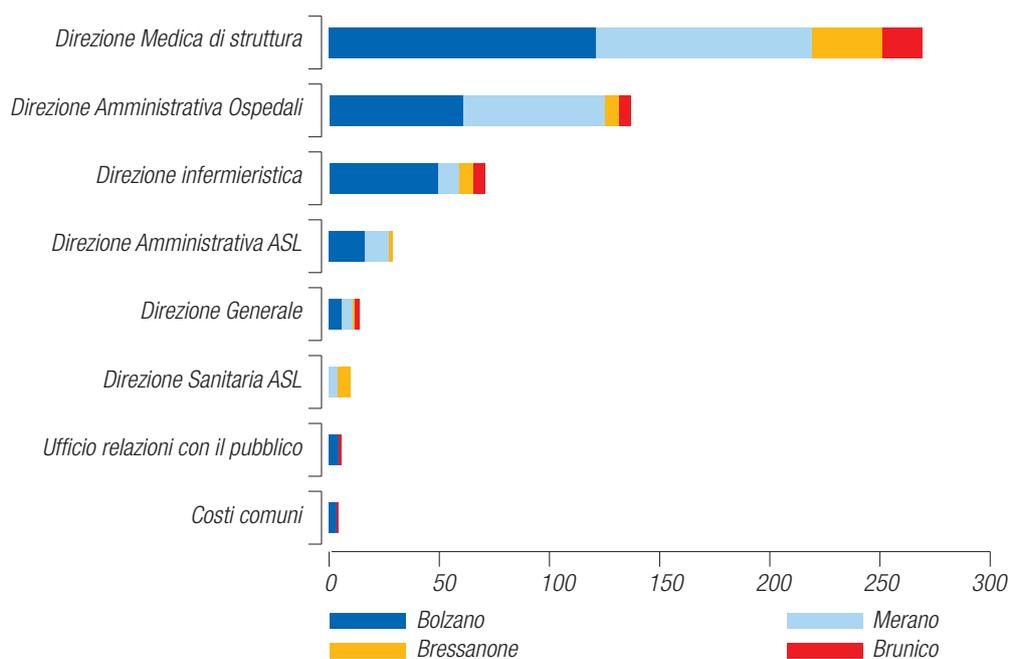
sono quelli della Direzione medica di struttura (43,1%) e le Direzioni amministrative degli ospedali (36,0%).

Figura 7: **Totale personale equivalente dipendente nell'area strategica delle aziende sanitarie per figura professionale e per azienda sanitaria – Anno 2006**



Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

Figura 8: **Totale personale equivalente dipendente nell'area strategica delle aziende sanitarie per centro di responsabilità e per azienda sanitaria – Anno 2006**



Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

1.1.3. Personale dipendente nell'area di supporto non sanitaria

La rilevazione dei dati sul personale dipendente nell'area di supporto non sanitaria delle aziende sanitarie prevede in particolare l'aggregazione del personale operante presso i seguenti centri di responsabilità: Direzione affari generali, Ripartizione economato-provveditorato, Ripartizione economico-finanziaria, Ripartizione informatica, Ripartizione patrimoniale-tecnica, Ripartizione personale, Ripartizione prestazioni, Formazione-scuole.

Anche in quest'area, le differenti consistenze di personale dipendente riscontrabili nei servizi di denominazione simile nelle diverse aziende, sono da ricondurre non solo alla diversa pianificazione di impiego di risorse umane nei servizi da parte delle direzioni amministrative, ma anche alla diversa struttura organizzativa delle aziende sanitarie stesse.

Le figure professionali impiegate nell'area di supporto non sanitaria, vengono raggruppate secondo la seguente aggregazione:

Assistenti/collaboratori amministrativi (assistenti amministrativi, collaboratori amministrativi), Ispettori (Ispettori), Personale professionale (architetti, ingegneri), Personale sanitario (personale con funzioni di riabilitazione, personale infermieristico, personale tecnico-sanitario), Altro personale tecnico (analisti, assistenti tecnici), Ausiliario/a specializzato/a (ausiliari socio-sanitari specializzati), Operatori tecnici (operatori tecnici).

Tabella 8: Totale personale dipendente nell'area di supporto non sanitaria, per azienda sanitaria – Anno 2006

Centro di responsabilità	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Personale Part-Time					
Direzione Affari Generali	3	2	-	-	5
Ripartizione economato-provveditorato	57	149	33	28	267
Ripartizione economico-finanziaria	8	8	8	3	27
Ripartizione informatica	6	1	-	3	10
Ripartizione patrimoniale-tecnica	9	3	4	2	18
Ripartizione personale	12	9	12	4	37
Ripartizione prestazioni	38	16	10	-	64
Formazione – scuole	-	1	-	2	3
TOTALE	133	189	67	42	431
Personale a tempo pieno					
Direzione Affari Generali	3	3	-	2	8
Ripartizione economato-provveditorato	154	263	63	49	529
Ripartizione economico-finanziaria	32	6	15	4	57
Ripartizione informatica	25	13	8	12	58
Ripartizione patrimoniale-tecnica	76	64	45	21	206
Ripartizione personale	33	22	11	20	86
Ripartizione prestazioni	40	27	12	7	86
Formazione – scuole	1	6	-	6	13
TOTALE	364	404	154	121	1.043
Personale equivalente					
Direzione Affari Generali	4,90	4,00	-	2,00	10,90
Ripartizione economato-provveditorato	190,04	346,40	82,41	64,83	683,68
Ripartizione economico-finanziaria	38,56	10,42	19,05	5,58	73,61
Ripartizione informatica	28,64	13,16	8,00	12,75	62,55
Ripartizione patrimoniale-tecnica	82,50	66,79	47,00	22,33	218,62
Ripartizione personale	44,45	27,21	20,08	20,54	112,28
Ripartizione prestazioni	63,15	37,83	17,92	5,50	124,40
Formazione – scuole	1,00	7,35	-	7,32	15,67
TOTALE	453,24	513,16	194,46	140,85	1.301,71

Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

Il numero di persone dipendenti dell'area di supporto non sanitaria delle aziende sanitarie al 31.12.2006 risulta pari a 1.474 unità, pari a 1.301,71 unità equivalenti impiegate durante l'intero 2006, corrispondente ad un leggero decremento dello 0,4% rispetto al 2005. La figura professionale prevalente in termini equivalenti risulta essere quella dell'Ausiliario specializzato, con un volume complessivo di 490,58 unità equivalenti, pari al 37,7% del totale personale dipendente nell'area di supporto non sanitaria delle aziende sanitarie. La figura professionale dell'Operatore tecnico copre il 24,7% del totale personale dipendente in quest'area, mentre le figure professionali amministrative registrano una presenza del 24,2%.

Al 31/12/2006 il 29,2% del personale operante nell'area di supporto non sanitaria è impiegato a part-time, con un incremento della percentuale complessiva rispetto al 2005 del 1,4 % (e del 2,7% nell'Azienda Sanitaria di Merano).

Figura 9: Area di supporto non sanitaria – personale part-time sul totale personale dipendente delle aziende sanitarie al 31/12/2006

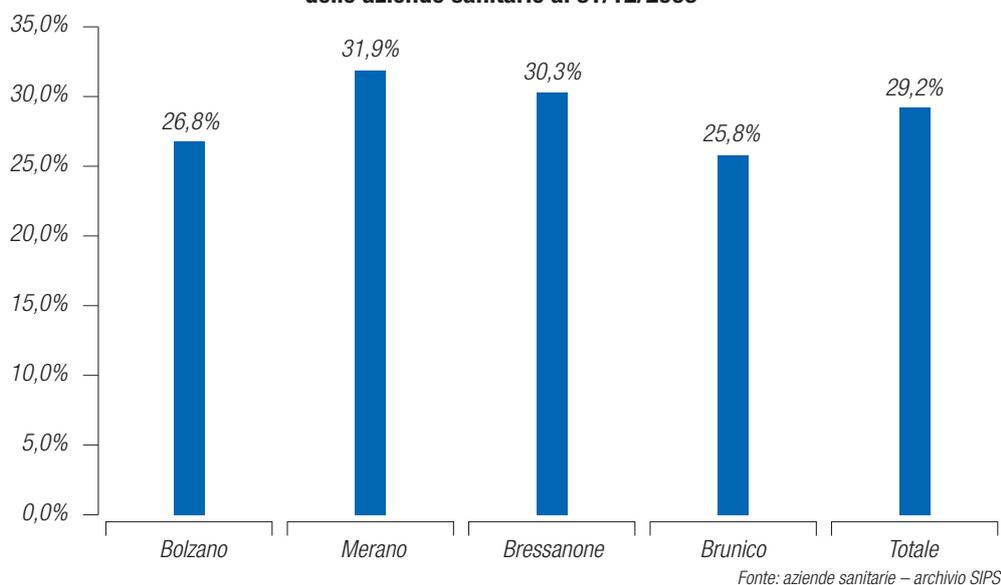
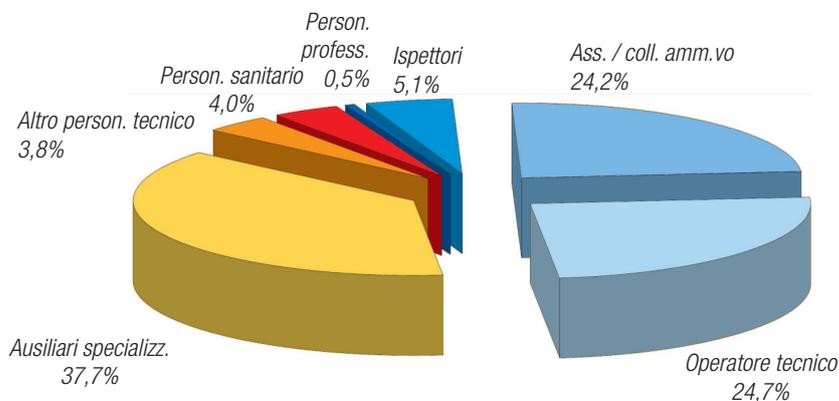


Tabella 9: Totale personale dipendente nell'area di supporto non sanitaria, per figura professionale – Anno 2006

Centro di responsabilità		Ispettori	Ass. / coll. amm.vo	Operatore tecnico	Ausiliari specializz.	Altro person. tecnico	Person. sanitario	Person. profess.	Totale
Direzione Affari Generali	N	5	7	-	1	-	-	-	13
	EQ	5,00	4,90	-	1,00	-	-	-	10,90
Ripartizione economico-provveditorato	N	15	69	164	547	1	-	-	796
	EQ	14,85	60,71	151,91	455,21	1,00	-	-	683,68
Ripartizione economico-finanziaria	N	7	47	-	-	-	30	-	84
	EQ	7,00	38,72	-	-	-	27,89	-	73,61
Ripartizione informatica	N	4	10	12	-	41	-	1	68
	EQ	4,00	7,35	12,00	-	38,20	-	1,00	62,55
Ripartizione patrimoniale-tecnica	N	5	16	155	33	10	-	5	224
	EQ	5,00	12,64	154,19	31,87	9,92	-	5,00	218,62
Ripartizione personale	N	19	102	-	2	-	-	-	123
	EQ	19,42	90,37	-	1,50	0,99	-	-	112,28
Ripartizione prestazioni	N	11	121	5	1	-	12	-	150
	EQ	10,65	99,78	3,82	1,00	-	9,15	-	124,40
Formazione - scuole	N	-	-	-	-	-	16	-	16
	EQ	-	-	-	-	-	15,67	-	15,67
TOTALE	N	66	372	336	584	52	58	6	1.474
	EQ	65,92	314,47	321,92	490,58	50,11	52,71	6,00	1.301,71

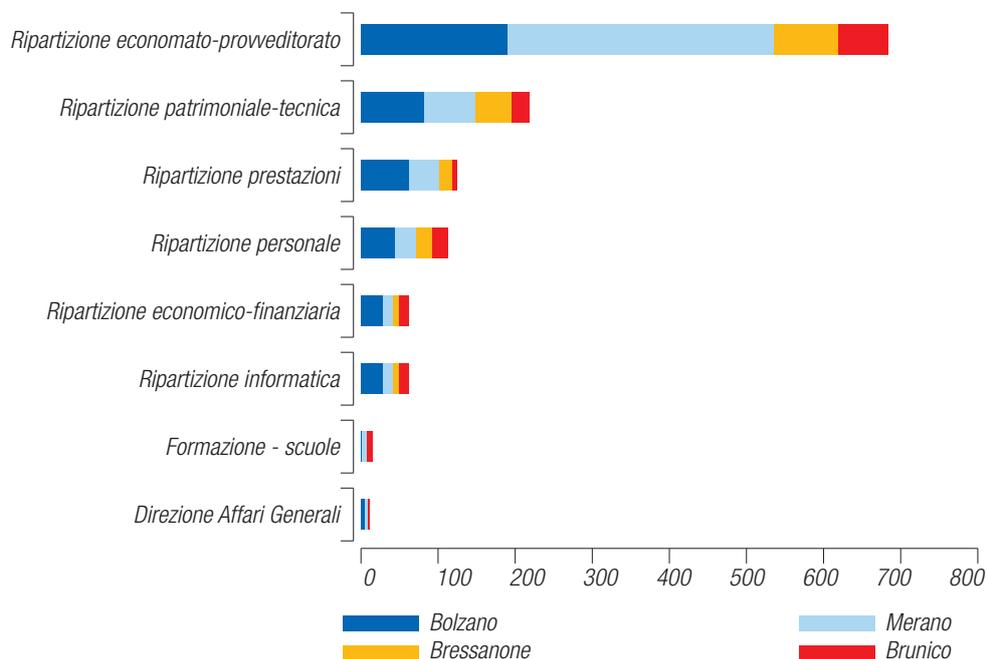
Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

Figura 10: Totale personale equivalente dipendente nell'area di supporto non sanitaria delle aziende sanitarie per figura professionale – Anno 2006



Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

Figura 11: Totale personale equivalente dipendente nell'area di supporto non sanitaria delle aziende sanitarie per centro di responsabilità e per azienda sanitaria – Anno 2006



Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPs

Il servizio in cui maggiormente sono collocati i dipendenti dell'area di supporto non sanitaria delle aziende è quello delle Ripartizioni economato – provveditorato delle aziende, con una percentuale del 53,2% del totale personale operante in quest'area (Figura 11).

1.1.4. Personale dipendente nell'area ospedaliera

La descrizione delle figure professionali dipendenti nell'area ospedaliera segue la seguente aggregazione dei profili professionali:

Personale amministrativo (assistenti amministrativi, collaboratori amministrativi, ispettori), Personale professionale (ingegneri), Altro personale sanitario (biologi, chimici, farmacisti, fisici, personale con funzioni di riabilitazione, personale tecnico sanitario, psicologi), Personale infermieristico (personale infermieristico), Personale medico (medici ed odontoiatri), personale tecnico (assistenti tecnici, ausiliari socio-sanitari specializzati, operatori tecnici).

1.1.4.1. Totale personale dipendente nell'area ospedaliera, distinto per reparto/servizio

Nell'area ospedaliera opera il 60,5% del totale personale equivalente dipendente nelle aziende sanitarie. Ciò corrisponde a 4.753,64 unità equivalenti.

Tabella 10: Totale personale dipendente nell'area ospedaliera, per azienda sanitaria – Anno 2006

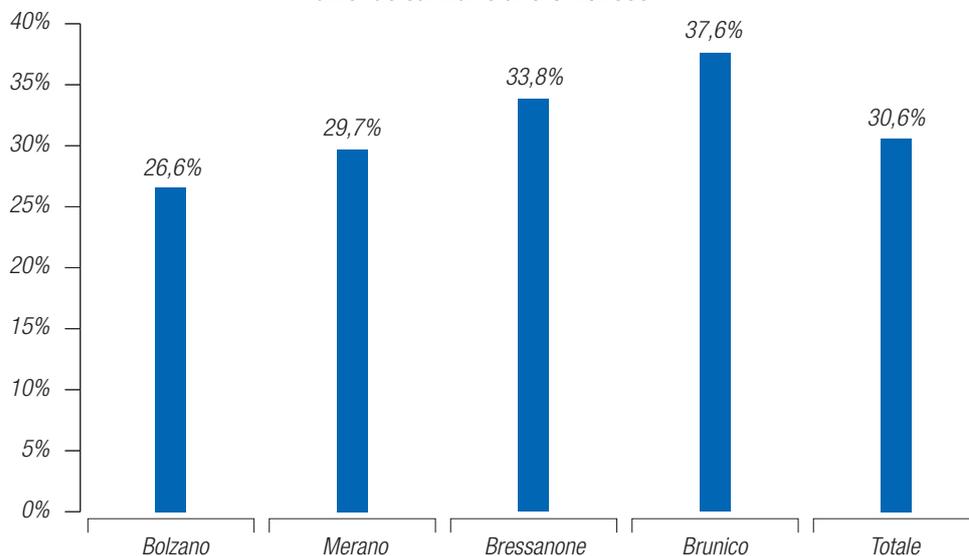
Area	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Personale Part-Time					
Totale reparti ospedalieri	336	214	215	226	991
Totale servizi ospedalieri	265	163	94	151	673
TOTALE	601	377	309	377	1.664
Personale a tempo pieno					
Totale reparti ospedalieri	998	557	407	420	2.382
Totale servizi ospedalieri	657	334	198	205	1.394
TOTALE	1.655	891	605	625	3.776
Personale equivalente					
Totale reparti ospedalieri	1.184,00	687,12	541,10	555,21	2.967,43
Totale servizi ospedalieri	826,67	420,09	254,83	284,62	1.786,21
TOTALE	2.010,67	1.107,21	795,93	839,83	4.753,64

Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

Il 62,4% del personale equivalente operante nell'area ospedaliera è impiegato nei reparti ospedalieri degli istituti di ricovero della provincia.

Il 42,3% del personale complessivo dell'area ospedaliera opera presso il presidio ospedaliero di Bolzano, a fronte del 16,7% di personale impiegato presso le strutture ospedaliere dell'Azienda Sanitaria di Bressanone.

Figura 12: Area ospedaliera – personale part-time sul totale personale dipendente delle aziende sanitarie al 31/12/2006



Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

Il 30,6% del personale dipendente nell'area ospedaliera delle aziende è impiegato part-time (+ 1,6% rispetto al 2005). Le differenze della composizione del personale dipendente per tempo di impiego presso le singole aziende sanitarie sono desumibili dalla Figura 12.

Personale dipendente nei reparti ospedalieri

Del totale personale equivalente delle aziende sanitarie operante nei reparti delle rispettive aree ospedaliere, il 15,7% del totale opera nei reparti di medicina degli ospedali della provincia, il 10,9% è operante nei reparti di anestesia e rianimazione, segue il 9,5% che

è dipendente nei reparti di chirurgia degli ospedali provinciali. Il 9,3% del personale è dipendente nei reparti di Ostetricia e Ginecologia, mentre l'8,6% è impiegato nei reparti di Ortopedia e Traumatologia. Queste 5 tipologie di reparto ospedaliero impiegano pertanto il 54% circa del personale totale operante nei reparti dell'area ospedaliera delle aziende sanitarie provinciali.

A livello provinciale, il 29,4% del personale dipendente nei reparti dell'area ospedaliera delle aziende è impiegato part-time (un ulteriore incremento dello 0,7% rispetto al 2005, dopo aver registrato incrementi di + 0,5% nel 2005 rispetto al 2004 e un + 1,4% nel 2004 rispetto al 2003).

Tabella 11: **Totale personale dipendente nei reparti ospedalieri, per azienda sanitaria – Anno 2006**

Reparto		Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Anestesia e Rianimazione	Part-time	15	19	15	11	60
	Tempo pieno	118	82	59	41	300
	Pers. equiv.	124,87	80,69	69,79	48,95	324,30
Cardiologia	Part-time	15	1	-	-	16
	Tempo pieno	63	9	-	-	72
	Pers. equiv.	72,84	19,93	-	-	92,77
Chirurgia 1	Part-time	5	24	20	35	84
	Tempo pieno	31	61	48	65	205
	Pers. equiv.	32,32	76,11	58,18	87,79	254,40
Chirurgia 2	Part-time	3	-	-	-	3
	Tempo pieno	25	-	-	-	25
	Pers. equiv.	26,08	-	-	-	26,08
Chirurgia pediatrica	Part-time	3	-	-	-	3
	Tempo pieno	16	-	-	-	16
	Pers. equiv.	19,04	-	-	-	19,04
Chirurgia Vasc.	Part-time	17	-	-	-	17
	Tempo pieno	19	-	3	-	22
	Pers. equiv.	28,79	-	2,77	-	31,56
Dermatologia	Part-time	19	10	-	2	31
	Tempo pieno	25	9	-	6	40
	Pers. equiv.	37,12	15,53	-	7,73	60,38
Ematologia	Part-time	21	-	-	-	21
	Tempo pieno	50	-	-	-	50
	Pers. equiv.	63,57	-	-	-	63,57
Gastroenterol.	Part-time	12	-	-	-	12
	Tempo pieno	37	-	-	-	37
	Pers. equiv.	46,09	-	-	-	46,09
Geriatria	Part-time	26	10	-	-	36
	Tempo pieno	48	34	-	-	82
	Pers. equiv.	60,53	39,62	-	-	100,15
Lungodegenza	Part-time	-	3	-	-	3
	Tempo pieno	-	11	-	-	11
	Pers. equiv.	-	13,09	-	-	13,09
Malattie infett.	Part-time	3	-	-	-	3
	Tempo pieno	24	-	-	-	24
	Pers. equiv.	26,22	-	-	-	26,22
Medicina 1	Part-time	10	45	39	43	137
	Tempo pieno	48	107	67	101	323
	Pers. equiv.	52,79	130,36	92,99	123,32	399,46
Medicina 2	Part-time	11	-	13	-	24
	Tempo pieno	32	-	19	-	51
	Pers. equiv.	37,70	-	27,48	-	65,18

Reparto		Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Nefrologia - Emodialisi	Part-time	15	9	3	6	33
	Tempo pieno	27	11	9	6	53
	Pers. equiv.	36,04	15,84	11,22	11,31	74,41
Neurochirurgia	Part-time	3	-	-	-	3
	Tempo pieno	21	-	-	-	21
	Pers. equiv.	22,79	-	-	-	22,79
Neurologia	Part-time	8	2	-	5	15
	Tempo pieno	23	7	-	5	35
	Pers. equiv.	29,75	8,94	-	7,40	46,09
Nido	Part-time	17	6	16	6	45
	Tempo pieno	11	11	8	3	33
	Pers. equiv.	18,53	16,15	17,83	7,61	60,12
Oculistica	Part-time	16	-	-	9	25
	Tempo pieno	19	6	-	19	44
	Pers. equiv.	27,83	5,91	-	22,52	56,26
Odontostom.	Part-time	4	-	-	2	6
	Tempo pieno	15	-	-	4	19
	Pers. equiv.	16,94	-	-	5,42	22,36
Oncologia medica	Part-time	2	7	-	-	9
	Tempo pieno	15	5	-	-	20
	Pers. equiv.	15,14	9,00	-	-	24,14
Ortopedia e traum.	Part-time	8	12	27	37	84
	Tempo pieno	47	59	49	53	208
	Pers. equiv.	49,02	66,51	63,85	74,59	253,97
Ostetricia – Gin.	Part-time	20	13	44	34	111
	Tempo pieno	59	46	43	63	211
	Pers. equiv.	65,99	57,60	70,75	82,44	276,78
ORL	Part-time	16	7	5	-	28
	Tempo pieno	28	20	18	-	66
	Pers. equiv.	37,69	29,50	22,05	-	89,24
Pediatria	Part-time	40	30	17	19	104
	Tempo pieno	92	33	24	29	178
	Pers. equiv.	115,09	52,05	34,80	38,08	240,02
Pneumologia	Part-time	9	-	-	-	9
	Tempo pieno	34	-	-	-	34
	Pers. equiv.	40,36	-	-	-	40,36
Psichiatria	Part-time	4	4	11	19	38
	Tempo pieno	43	16	42	25	126
	Pers. equiv.	45,35	17,25	48,52	38,05	149,17
Urologia	Part-time	14	12	5	-	31
	Tempo pieno	28	30	18	-	76
	Pers. equiv.	35,52	33,04	20,87	-	89,43
TOTALE	Part-time	336	214	215	226	991
	Tempo pieno	998	557	407	420	2.382
	Pers. equiv.	1.184,00	687,12	541,10	555,21	2.967,43

Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

La figura professionale maggiormente impiegata nei reparti dell'area ospedaliera delle aziende sanitarie è quella del personale infermieristico. In termini equivalenti ne compone il 52,2% del totale personale impiegato (1.548,75 unità equivalenti). Il personale medico copre il 23,9%, il restante 23,9% è composto da personale amministrativo, tecnico e da altro personale sanitario.

Figura 13: Area ospedaliera – personale part-time sul totale personale dipendente nei reparti al 31/12/2006

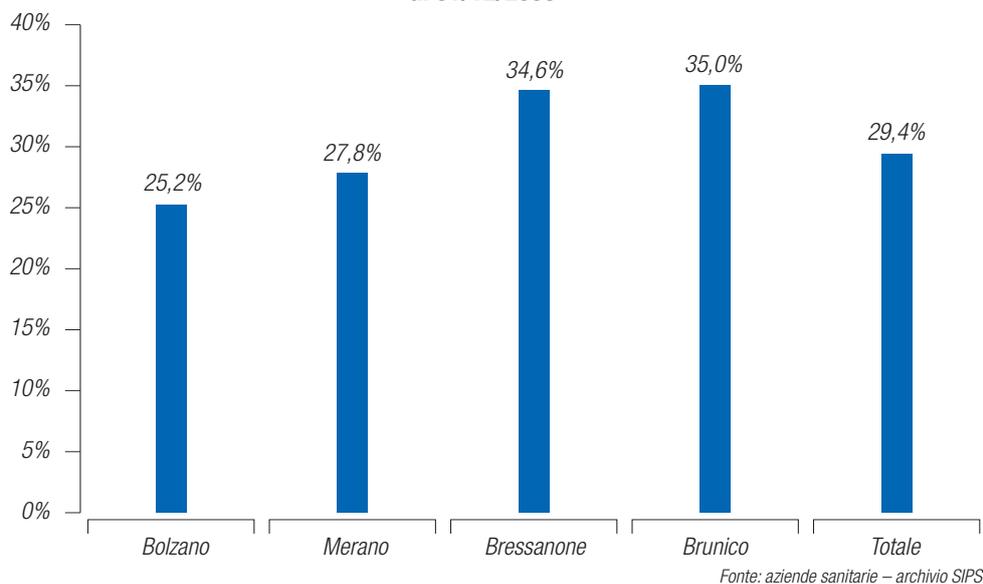


Figura 14: Personale equivalente dipendente dei reparti dell'area ospedaliera delle singole aziende sanitarie, per figura professionale – Anno 2006

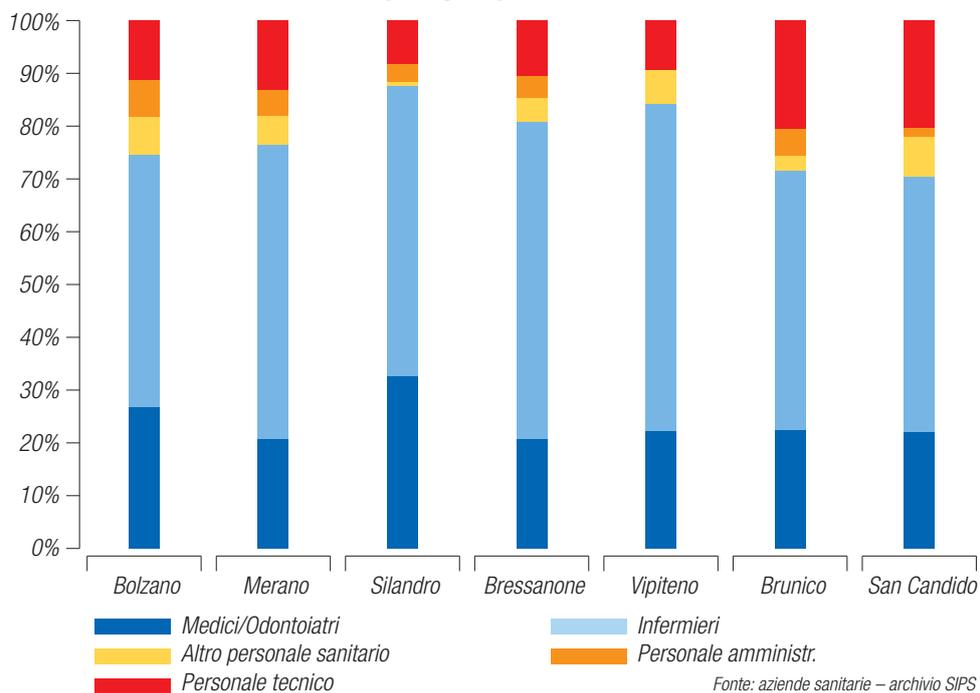


Tabella 12: Totale personale dipendente nei reparti ospedalieri, per figura professionale – Anno 2006

Reparto	Medici/ odontoiatri		Infermieri		Altro personale sanitario		Personale amministr.		Personale tecnico		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Anestesia e R.	98	96,37	225	200,15	-	-	7	6,11	30	21,67	360	324,30
Cardiologia	25	25,29	48	54,88	-	-	10	7,60	5	5,00	88	92,77
Chirurgia 1	62	60,54	157	137,56	-	-	12	9,67	58	46,63	289	254,40
Chirurgia 2	10	10,00	14	12,08	-	-	2	2,00	2	2,00	28	26,08
Chir. Pediatria	5	5,54	10	10,00	-	-	2	1,50	2	2,00	19	19,04
Chir.Vasc. Tor.	10	8,93	19	14,88	-	-	6	4,50	4	3,25	39	31,56
Dermatologia	20	20,67	37	28,65	-	-	12	9,31	2	1,75	71	60,38
Ematologia	13	12,77	34	29,24	12	11,64	4	3,42	8	6,50	71	63,57
Gastro- enterol.	13	13,00	27	24,48	-	-	3	3,20	6	5,41	49	46,09
Geriatria	24	24,53	59	49,19	-	-	10	7,22	25	19,21	118	100,15
Lungo- degenza	-	-	8	8,34	-	-	-	-	6	4,75	14	13,09
Malattie infettive	6	6,00	17	16,92	-	-	2	1,93	2	1,37	27	26,22
Medicina 1	94	90,77	244	212,57	-	-	27	21,25	95	74,87	460	399,46
Medicina 2	23	21,90	36	28,43	-	-	3	2,75	13	12,10	75	65,18
Nefrologia - Emodialisi	8	8,00	66	56,45	-	-	3	2,25	9	7,71	86	74,41
Neuro- chirurgia	5	5,00	14	14,03	-	-	2	1,60	3	2,16	24	22,79
Neurologia	20	20,95	19	16,80	-	-	8	4,95	3	3,39	50	46,09
Nido	-	-	71	54,31	3	2,54	-	-	4	3,27	78	60,12
Oculistica	28	24,85	19	14,55	9	6,42	6	4,86	7	5,58	69	56,26
Odontostom.	5	5,00	6	5,17	1	1,00	3	1,75	10	9,44	25	22,36
Oncologia m.	5	4,93	19	15,75	-	-	4	3,25	1	0,21	29	24,14
Ortopedia e t.	63	61,91	158	137,55	-	-	20	14,89	51	39,62	292	253,97
Ostetricia/G.	55	53,33	121	102,22	92	81,30	13	10,86	41	29,07	322	276,78
Otorinolarin.	19	18,50	49	43,31	13	15,87	7	5,50	6	6,06	94	89,24
Pediatria	49	50,42	163	131,26	39	33,38	15	11,19	16	13,77	282	240,02
Pneumologia	13	11,61	21	20,25	-	-	5	4,50	4	4,00	43	40,36
Psichiatria	27	25,65	67	60,55	11	9,94	5	4,00	54	49,03	164	149,17
Urologia	24	22,40	60	49,18	4	3,19	8	5,77	11	8,89	107	89,43
TOTALE	724	708,86	1.788	1.548,75	184	165,28	199	155,83	478	388,71	3.373	2.967,43

Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

La tipologia di reparto con il maggior numero di personale medico è l'unità operativa di Anestesia e Rianimazione (96,37 unità equivalenti di personale), mentre quella con il maggior numero di personale infermieristico è quella dei reparti di Medicina con un totale di 241,00 unità equivalenti, presso la quale si osserva anche la maggiore presenza di personale amministrativo e di personale tecnico (rispettivamente 24,00 e 86,97 unità equivalenti).

Personale dipendente presso i servizi dell'area ospedaliera

Del totale personale equivalente delle aziende sanitarie operante nei servizi delle rispettive aree ospedaliere, il 22,6% del totale è collocato presso i servizi di Riabilitazione Fisica degli ospedali provinciali (compresi i servizi di logopedia e di riabilitazione fisica dell'AS

di Bolzano). Il 12,9% del personale dipendente è occupato nei servizi di Radiologia, seguono l'11,9% dei Poliambulatori e l'11,8% dei Laboratori di analisi, mentre l'11,5% del personale è dipendente nei Gruppi operatori degli ospedali provinciali. Da evidenziare inoltre il 9,2% del personale equivalente dipendente nei servizi di Pronto Soccorso – Astanteria degli ospedali. Queste 6 aree di impiego nei servizi racchiudono il 79,9% circa del personale totale impiegato nei servizi dell'area ospedaliera.

Tabella 13: Totale personale dipendente nei servizi ospedalieri, per azienda sanitaria – Anno 2006

Servizio		Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Assistenza psicologica nell'ospedale	Part-time	-	-	2	-	2
	Tempo pieno	-	-	-	-	-
	Pers. equiv.	-	-	0,94	-	0,94
Consulenza Genetica	Part-time	1	-	-	-	1
	Tempo pieno	7	-	-	-	7
	Pers. equiv.	6,94	-	-	-	6,94
Diagnostica Funzionale	Part-time	-	11	-	-	11
	Tempo pieno	-	14	-	-	14
	Pers. equiv.	-	19,39	-	-	19,39
Gruppo Operatorio	Part-time	25	19	11	13	68
	Tempo pieno	53	43	39	32	167
	Pers. equiv.	69,60	53,35	44,19	38,97	206,11
Istologia e anatomia patologica	Part-time	10	-	-	-	10
	Tempo pieno	49	-	-	-	49
	Pers. equiv.	57,09	-	-	-	57,09
Laboratorio di analisi	Part-time	31	15	15	16	77
	Tempo pieno	84	32	24	24	164
	Pers. equiv.	104,22	40,54	33,08	32,21	210,05
Medicina nucleare	Part-time	2	1	-	-	3
	Tempo pieno	15	2	-	-	17
	Pers. equiv.	16,25	3,00	-	-	19,25
Poliambulatori	Part-time	38	26	10	76	150
	Tempo pieno	35	33	8	53	129
	Pers. equiv.	58,04	45,57	15,15	93,68	212,44
Pronto soccorso - Astanteria	Part-time	19	23	2	2	46
	Tempo pieno	73	35	18	14	140
	Pers. equiv.	82,64	46,33	20,93	14,66	164,56
Radiologia	Part-time	27	9	9	11	56
	Tempo pieno	83	57	31	27	198
	Pers. equiv.	99,36	60,54	37,33	32,49	229,72
Servizio di Fisica sanitaria	Part-time	2	-	-	-	2
	Tempo pieno	14	-	-	-	14
	Pers. equiv.	15,00	-	-	-	15,00
Servizio di immunoematologia e trasfusionale	Part-time	13	1	1	-	15
	Tempo pieno	35	17	-	-	52
	Pers. equiv.	46,79	17,59	0,50	-	64,88
Servizio di Ingegneria clinica	Part-time	-	1	-	-	1
	Tempo pieno	29	-	-	-	29
	Pers. equiv.	28,59	0,75	-	-	29,34
Servizio di Radioterapia	Part-time	2	-	-	-	2
	Tempo pieno	8	-	-	-	8
	Pers. equiv.	9,25	-	-	-	9,25
Servizio di Riabilitazione fisica	Part-time	21	52	38	25	136
	Tempo pieno	55	86	69	40	250
	Pers. equiv.	68,86	111,67	89,65	52,86	323,04
Servizio di riabilitazione fisica - Logopedia	Part-time	14	-	-	-	14
	Tempo pieno	15	-	-	-	15
	Pers. equiv.	22,60	-	-	-	22,60
Servizio di riabilitazione fisica - Via Fago	Part-time	39	-	-	-	39
	Tempo pieno	35	-	-	-	35
	Pers. equiv.	58,80	-	-	-	58,80
Servizio diabetologico	Part-time	9	-	2	-	11
	Tempo pieno	7	-	1	-	8
	Pers. equiv.	12,95	0,62	2,25	-	15,82
Servizio dietetico nutrizionale	Part-time	6	2	4	4	16
	Tempo pieno	25	8	3	9	45
	Pers. equiv.	29,80	10,28	5,81	11,25	57,14
Servizio farmaceutico	Part-time	6	3	-	4	13
	Tempo pieno	35	7	5	6	53
	Pers. equiv.	39,89	10,46	5,00	8,50	63,85
TOTALE	Part-time	265	163	94	151	673
	Tempo pieno	657	334	198	205	1.394
	Pers. equiv.	826,67	420,09	254,83	284,62	1.786,21

Fonte: : aziende sanitarie – archivio SIPS

A livello provinciale, il 32,6% del personale dipendente nei servizi dell'area ospedaliera delle aziende è impiegato part-time (+2,3% rispetto al 2005 e + 3,1% rispetto al 2004) con valori massimi rilevati presso l'Azienda Sanitaria di Brunico con una percentuale pari al 42,4% (+ 2,3% rispetto all'anno precedente).

Le figure professionali maggiormente impiegate in termini equivalenti nei servizi dell'area ospedaliera (esclusa l'area della riabilitazione) delle aziende sanitarie sono quelle dell'altro personale sanitario (34,8%), seguite dal personale infermieristico (31,3%), dal personale tecnico (15,5%) e dal personale amministrativo (10,0% circa). Il personale medico copre l'8,2%. Il restante 0,2% è attribuibile al personale professionale.

La maggiore presenza di personale amministrativo è rilevata nei Poliambulatori degli ospedali (29,03 unità equivalenti). Il personale medico è maggiormente presente nel servizio di Radiologia (37,67 unità equivalenti), mentre quello infermieristico ha la concentrazione maggiore nel centro di responsabilità Gruppo Operatorio (123,30).

Figura 15: **Area ospedaliera – personale part-time sul totale personale dipendente nei servizi al 31/12/2006**

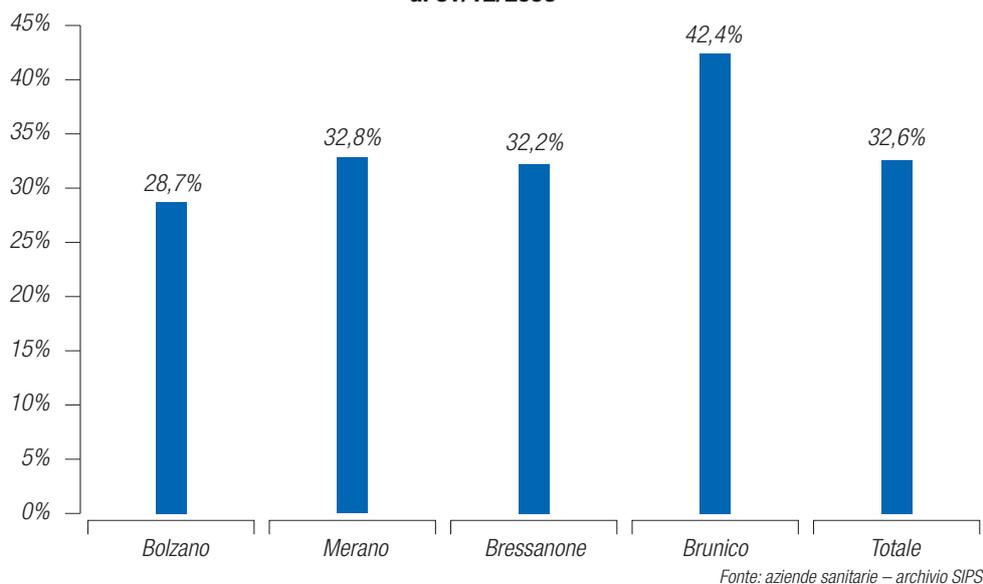
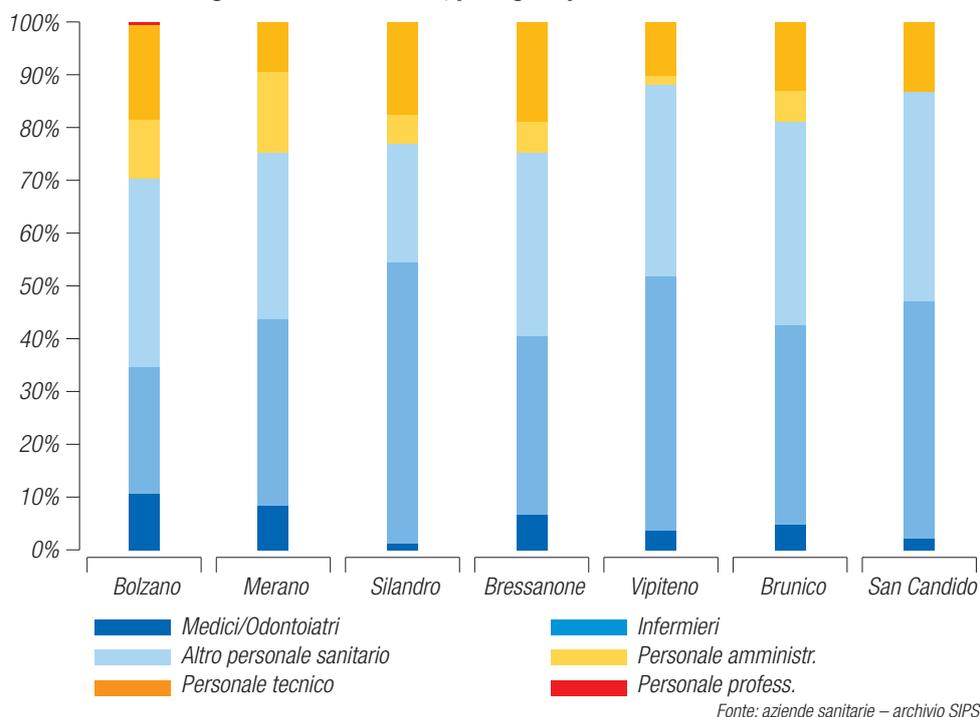


Tabella 14: Totale personale dipendente nei servizi ospedalieri, per figura professionale – Anno 2006

Reparto		Medici / odontoiatri	Infermieri	Altro personale sanitario	Personale amministrativo	Personale tecnico	Personale professionale	Totale
Assistenza psicologica nell'ospedale	N	-	-	2	-	-	-	2
	EQ	-	-	0,94	-	-	-	0,94
Consulenza Genetica	N	2	1	4	1	-	-	8
	EQ	2,00	1,15	2,79	1,00	-	-	6,94
Diagnostica Funzionale	N	-	21	-	4	-	-	25
	EQ	-	15,70	-	3,69	-	-	19,39
Gruppo Operatorio	N	-	137	-	3	95	-	235
	EQ	-	123,30	-	2,00	80,81	-	206,11
Istologia e anatomia patologica	N	12	-	25	11	11	-	59
	EQ	12,50	-	24,84	9,25	10,50	-	57,09
Laboratorio di analisi	N	20	21	156	25	19	-	241
	EQ	18,78	12,40	142,37	20,38	16,12	-	210,05
Medicina nucleare	N	5	-	11	3	1	-	20
	EQ	5,00	-	10,50	2,75	1,00	-	19,25
Poliambulato	N	3	155	54	36	31	-	279
	EQ	3,00	117,39	42,55	29,03	20,47	-	212,44
Pronto soccorso - Astanteria	N	18	137	1	15	15	-	186
	EQ	17,15	119,97	0,07	12,81	14,56	-	164,56
Radiologia	N	37	7	163	29	18	-	254
	EQ	37,67	5,96	147,44	23,14	15,51	-	229,72
Servizio di Fisica sanitaria	N	-	-	12	2	2	-	16
	EQ	-	-	11,50	2,00	1,50	-	15,00
Servizio di immunoematologia e trasfusionale	N	9	18	28	5	7	-	67
	EQ	9,66	16,70	27,10	4,67	6,75	-	64,88
Servizio di Ingegneria clinica	N	-	-	-	5	22	3	30
	EQ	-	-	-	4,75	21,59	3,00	29,34
Servizio di Radioterapia	N	1	4	4	-	1	-	10
	EQ	1,00	3,25	4,00	-	1,00	-	9,25
Servizio diabetologico	N	-	16	2	1	-	-	19
	EQ	-	13,50	2,00	0,32	-	-	15,82
Servizio dietetico nutrizionale	N	7	-	49	4	1	-	61
	EQ	6,75	-	45,39	4,00	1,00	-	57,14
Servizio farmaceutico	N	1	4	19	20	22	-	66
	EQ	0,29	3,19	19,55	17,72	23,10	-	63,85
TOTALE	N	115	521	530	164	245	3	1.578
	EQ	113,80	432,51	481,04	137,51	213,91	3,00	1.381,77

Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

Figura 16: **Totale personale equivalente dipendente negli altri servizi dell'area ospedaliera delle singole aziende sanitarie, per figura professionale – Anno 2006**



Personale dipendente presso i servizi di Riabilitazione Fisica, per azienda sanitaria – Anno 2006

Il personale operante nei servizi di Riabilitazione Fisica dell'area ospedaliera delle aziende sanitarie della provincia risulta pari a 404,44 unità equivalenti. Il 37,2% è dipendente dell'Azienda Sanitaria di Bolzano, il 27,6% di quella di Merano, il 22,2% dell'Azienda Sanitaria di Bressanone ed il 13,1% di quella di Brunico.

Il personale dipendente presso i servizi di Riabilitazione Fisica dell'area ospedaliera dell'Azienda Sanitaria di Bolzano risulta pari a 150,26 unità equivalenti (+ 3,6% rispetto al 2005).

La figura professionale prevalente nei servizi di Riabilitazione Fisica delle aziende della Provincia è quella del fisioterapista (39,9%), seguita dal personale infermieristico (14,6%) e dalla figura del logopedista (12,8%). Il 7,9% corrisponde alla figura del terapeuta occupazionale, il 7,4% a quella medica, il 6,9% a quella del massaggiatore/massaggiatrice ed il 6,5% a quella del personale tecnico. Il restante 4,0% circa del personale è composto da personale amministrativo ed altro personale.

Il 45,8% del personale dipendente nei servizi riabilitativi dell'Azienda Sanitaria di Bolzano è impiegato nel servizio di Riabilitazione Fisica presso l'ospedale di Bolzano, il 39,1% nel servizio di Riabilitazione Fisica di via Fago, il restante 15,1% presso il servizio di Logopedia.

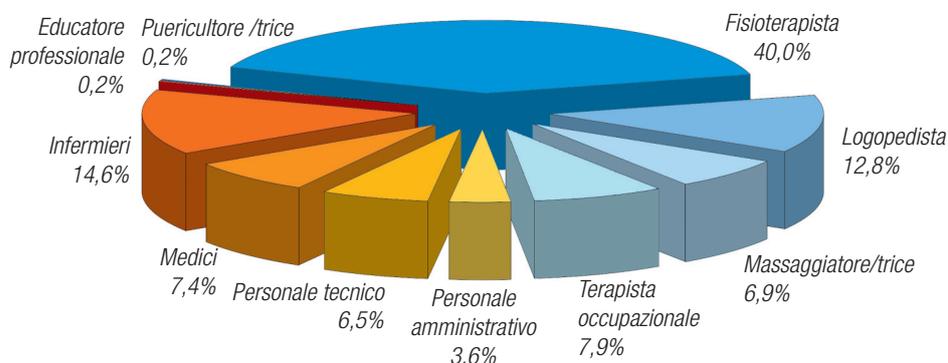
Tabella 15: Totale personale dipendente nei servizi di riabilitazione fisica, per azienda sanitaria – Anno 2006

Figure Professionali	Bolzano		Merano		Bressanone		Brunico		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Medici	6	6,65	9	7,88	9	7,63	7	7,62	31	29,78
Infermieri	25	22,70	16	16,15	16	11,88	10	8,42	67	59,15
Educatore professionale	-	-	-	-	1	1,00	-	-	1	1,00
Puericultrice/trice	1	0,75	-	-	-	-	-	-	1	0,75
Fisioterapista	76	65,37	49	41,48	43	36,61	21	18,14	189	161,60
Logopedista	27	21,10	27	14,79	14	12,86	3	3,00	71	51,75
Massaggiatore/trice	19	14,57	9	7,56	6	4,25	3	1,58	37	27,96
Terapista occupazionale	11	9,45	15	13,10	7	7,00	3	2,31	36	31,86
Personale amministrativo	7	4,71	5	3,71	3	2,75	6	3,32	21	14,49
Personale tecnico	7	4,96	8	7,00	8	5,67	12	8,47	35	26,10
TOTALE	179	150,26	138	111,67	107	89,65	65	52,86	489	404,44

Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

Nell'ambito dei servizi di Riabilitazione Fisica, l'AS di Bressanone registra il maggior numero di personale dipendente sulla popolazione residente con 1,29 unità equivalenti per 1.000 abitanti. È seguita dall'AS di Merano con 0,88 u.eq. e poi da Brunico e Bressanone con rispettivamente 0,72 e 0,69 u.eq. per 1.000 abitanti.

Figura 17: Totale personale equivalente dipendente nei servizi di Riabilitazione Fisica dell'area ospedaliera delle aziende sanitarie, per figura professionale – Anno 2006



Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

1.1.5. Personale dipendente dell'area territoriale

Le figure professionali dell'area territoriale sono aggregate secondo i seguenti profili professionali:

Personale amministrativo (assistenti amministrativi, collaboratori amministrativi, commesso/a, ispettori), Personale medico (personale medico), Personale infermieristico (personale infermieristico), Altro personale sanitario (personale con funzioni di riabilitazione, personale tecnico-sanitario, psicologi), Personale tecnico (assistenti sociali, ausiliari socio-sanitari specializzati, operatori tecnici, sociologi).

1.1.5.1. Personale dipendente per macroarea territoriale

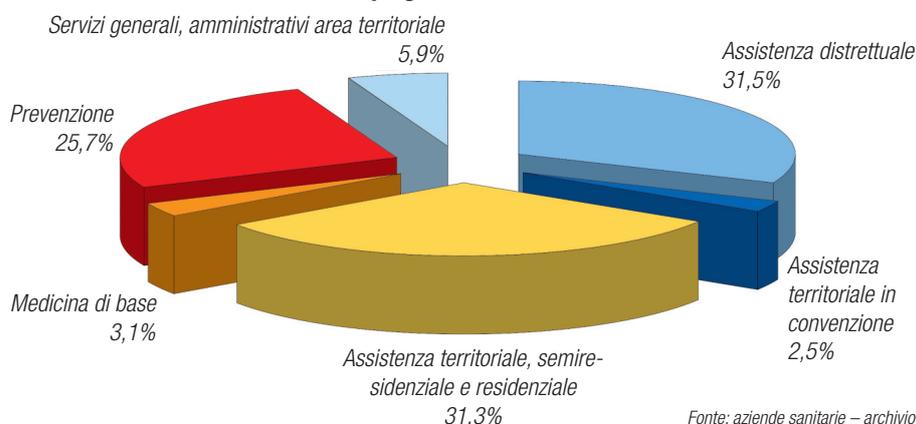
Nell'ambito dell'analisi dell'area territoriale sono individuate ulteriormente sei sotto-aree. La macro-area con la maggiore percentuale di personale dipendente in termini equivalenti risulta quella dell'Assistenza distrettuale (31,5%, corrispondente a 371,29 unità equivalenti).

Tabella 16: **Totale personale dipendente nell'area territoriale, per macroarea e per azienda sanitaria – Anno 2006**

Area	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Personale Part-Time					
Assistenza distrettuale	136	76	39	52	303
Assistenza territoriale in convenzione	-	-	8	-	8
Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale	47	75	18	24	164
Medicina di base	1	-	-	-	1
Prevenzione	66	13	9	9	97
Servizi generali, amministrativi area territoriale	13	1	-	-	14
TOTALE	263	165	74	85	587
Personale a tempo pieno					
Assistenza distrettuale	81	70	15	19	185
Assistenza territoriale in convenzione	-	-	24	-	24
Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale	121	89	20	37	267
Medicina di base	37	-	-	-	37
Prevenzione	193	20	16	11	240
Servizi generali, amministrativi area territoriale	46	11	-	-	57
TOTALE	478	190	75	67	810
Personale equivalente					
Assistenza distrettuale	171,92	113,18	39,20	46,99	371,29
Assistenza territoriale in convenzione	-	-	29,29	-	29,29
Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale	152,60	134,19	32,33	50,04	369,16
Medicina di base	36,50	-	-	-	36,50
Prevenzione	236,69	29,08	20,80	15,99	302,56
Servizi generali, amministrativi area territoriale	57,68	11,53	-	-	69,21
TOTALE	655,39	287,98	121,62	113,02	1.178,01

Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

L'area Assistenza territoriale in convenzione (presente solo presso l'Azienda Sanitaria di Bressanone), registra invece la concentrazione più bassa di personale dipendente con 29,29 unità equivalenti di personale dipendente.

 Figura 18: **Totale personale equivalente dipendente nell'area territoriale, per macroarea di impiego – Anno 2006**


Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

Il 42% del personale dipendente nell'area territoriale delle aziende è impiegato part-time (+ 1,4% rispetto al 2005). È da sottolineare come l'Azienda Sanitaria di Brunico registri il 55,9% del proprio personale equivalente dipendente nell'area territoriale impiegato a part-time, a fronte del 35,5% registrato nell'Azienda Sanitaria di Bolzano.

Figura 19: Area territoriale – personale part-time sul totale personale dipendente delle aziende sanitarie al 31/12/2006

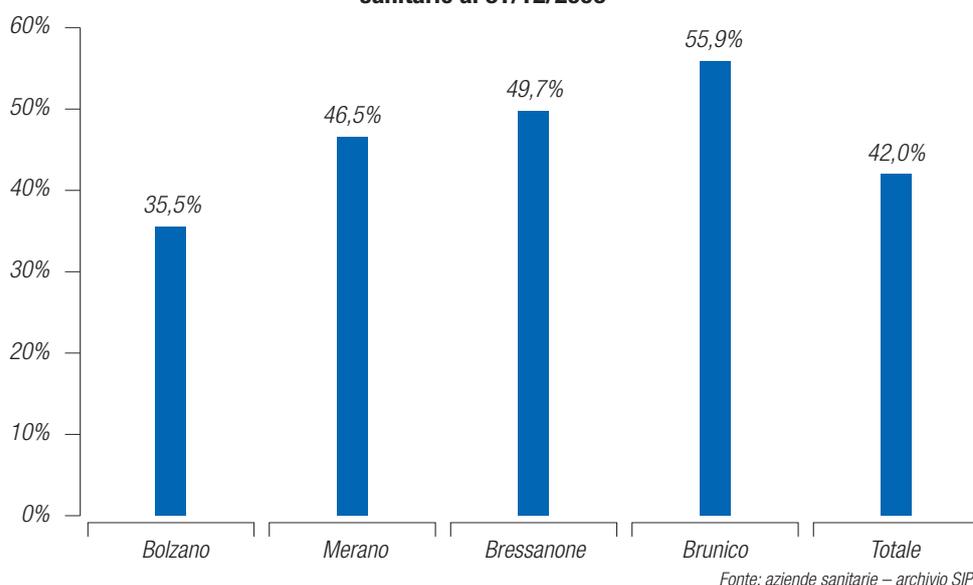
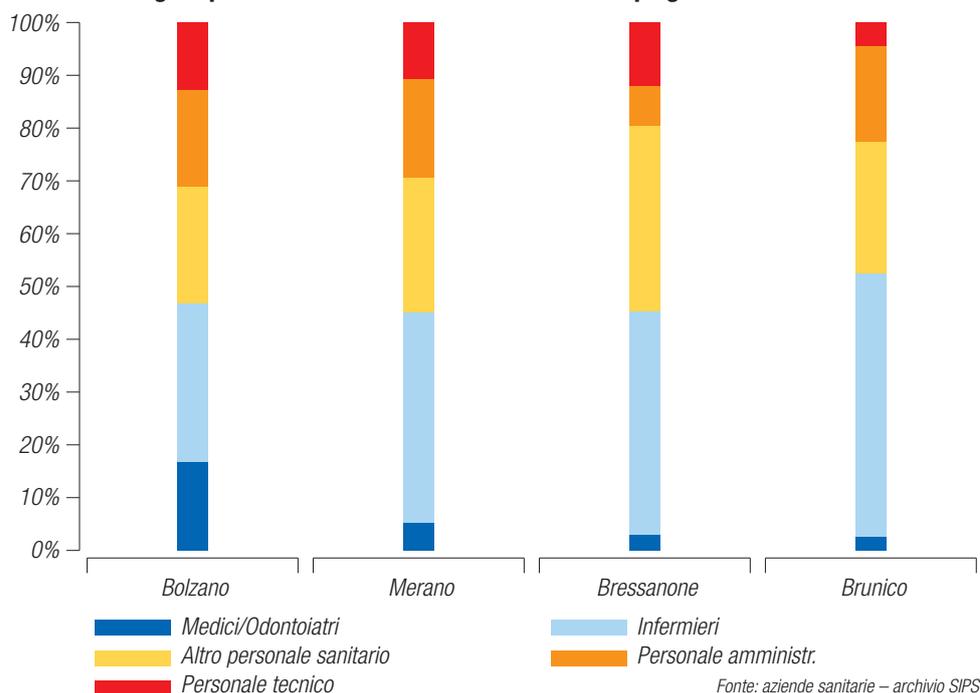


Figura 20: Personale equivalente dipendente dell'area territoriale delle aziende sanitarie, per figura professionale ed azienda sanitaria di impiego – Anno 2006



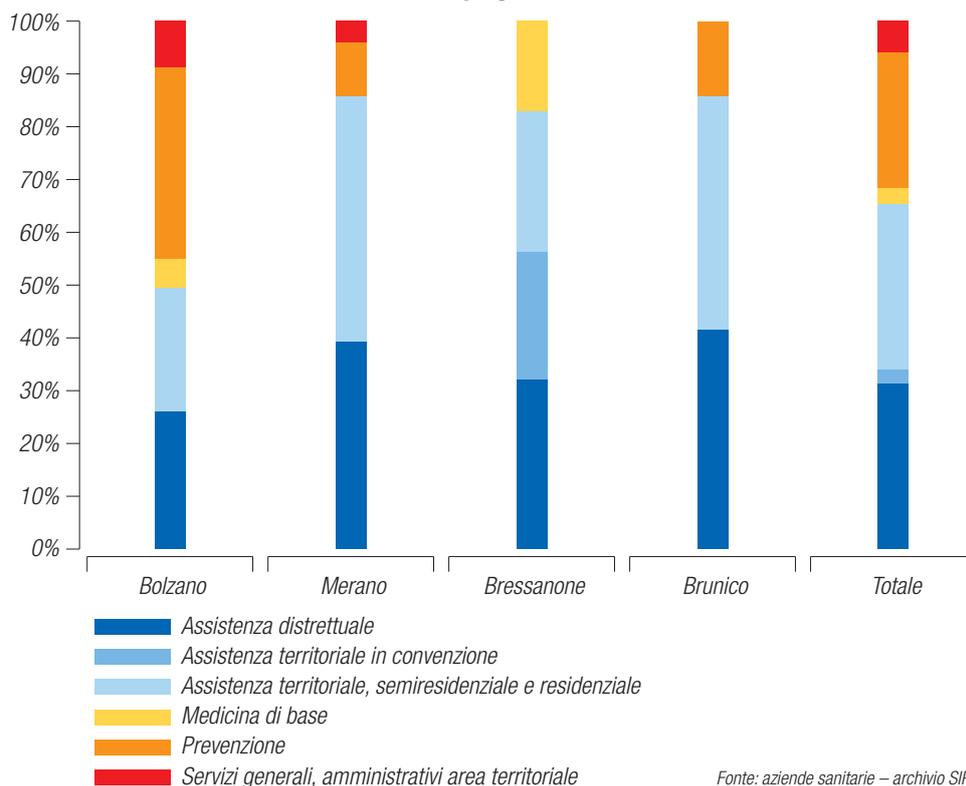
La figura professionale maggiormente presente tra i dipendenti dell'area territoriale delle aziende sanitarie è quella del personale infermieristico. In termini equivalenti corrisponde al 35,6% del totale personale impiegato (419,83 unità equivalenti). L'altro personale sanitario copre il 24,5%, seguito dal personale amministrativo con il 17,3%. Il personale tecnico compone l'11,4% del personale dipendente nell'area territoriale, mentre le figure mediche coprono l'11,2%.

Tabella 17: **Totale personale dipendente nell'area territoriale, per macroarea e per figura professionale - Anno 2006**

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	290	215,60	101	73,90	79	66,31	17	14,48	488	371,29
Assistenza territoriale in convenzione	2	1,75	14	13,15	7	7,26	3	2,32	6	4,81	32	29,29
Assistenza territoriale, semires. e residenziale	31	31,00	167	132,44	121	109,79	23	19,07	89	76,86	431	369,16
Medicina di base	4	4,00	15	14,33	-	-	2	1,92	17	16,25	38	36,50
Prevenzione	84	82,82	49	39,84	105	96,08	80	65,79	19	18,03	337	302,56
Servizi gen. ed amministrativi area territoriale	11	10,96	5	4,47	1	1,84	50	48,19	4	3,75	71	69,21
TOTALE	133	131,53	540	419,83	335	288,87	237	203,60	152	134,18	1.397	1.178,01

Fonte: aziende sanitarie - archivio SIPS

Figura 21: **Personale equivalente dipendente nell'area territoriale, per macroarea e per azienda sanitaria di impiego - Anno 2006**



Fonte: aziende sanitarie - archivio SIPS

La figura medica (comprensiva anche della figura professionale del veterinario) è maggiormente presente nell'area prevenzione. Il personale infermieristico registra la presenza di 215,60 unità equivalenti nell'area distrettuale, mentre il personale tecnico (76,86 u. eq.) è prevalente nell'area dell'assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale. L'area distrettuale presenta anche la maggiore concentrazione di personale amministrativo (66,31 u. eq.).

Assistenza distrettuale

Il numero di persone dipendenti nell'assistenza distrettuale delle aziende sanitarie al 31.12.2006 risulta pari a 487 unità (62,2% di questo è impiegato a part-time). Ciò corrisponde a 371,29 unità equivalenti.

Il distretto con la maggiore presenza di personale equivalente risulta essere quello di Bolzano (67,29 u. eq.), mentre nel distretto della Val Badia figura il minor numero di unità equivalenti di personale dipendente (6,25 a fronte di 7,25 u.eq. di personale registrati nel 2005).

Tabella 18: Totale personale dipendente nell'area territoriale, per distretto e per azienda sanitaria - Anno 2006

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	10	2	7,91	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Val d'Ega Sciliar	16	11	20,03	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Salto-Sarentino-Renon	14	6	15,09	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oltradige	14	12	20,69	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Laives-Bronzolo-Vadena	17	6	16,65	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bassa Atesina	23	10	24,26	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolzano	42	34	67,29	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alta Val Venosta	-	-	-	11	5	12,52	-	-	-	-	-	-
Media Val Venosta	-	-	-	12	10	17,74	-	-	-	-	-	-
Naturno-circondario	-	-	-	8	9	12,86	-	-	-	-	-	-
Lana-circondario	-	-	-	16	6	16,71	-	-	-	-	-	-
Merano-circondario	-	-	-	23	28	39,15	-	-	-	-	-	-
Val Passiria	-	-	-	6	12	14,20	-	-	-	-	-	-
Alta Valle Isarco	-	-	-	-	-	-	6	5	8,44	-	-	-
Bressanone-circond.	-	-	-	-	-	-	23	7	20,39	-	-	-
Chiusa-circondario	-	-	-	-	-	-	10	3	10,37	-	-	-
Tures-Aurina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	3	8,90
Brunico-circondario	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	11	24,34
Alta Val Pusteria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	3	7,50
Val Badia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	2	6,25
TOTALE	136	81	171,92	76	70	113,18	39	15	39,20	52	19	46,99

Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale

Il numero di persone dipendenti nell'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale delle aziende sanitarie al 31/12/2006 risulta pari a 431 unità (38,1% di questo è impiegato a part-time). Ciò corrisponde a 369,16 unità equivalenti.

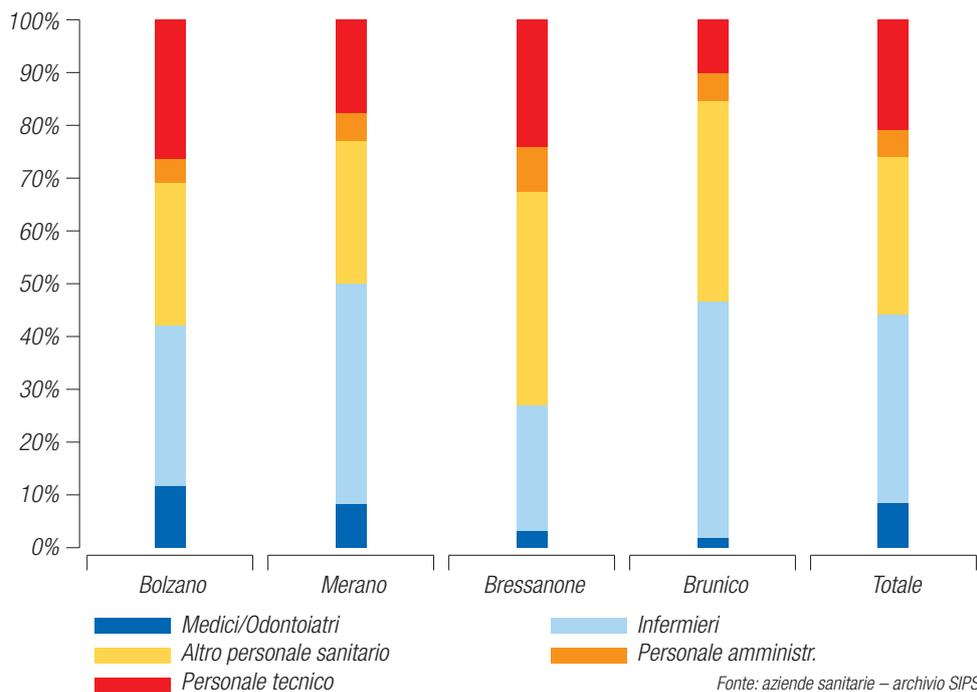
La figura prevalente operante nella macro-area dell'assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale è quella del personale infermieristico, che copre il 35,9% del totale personale equivalente operante in quest'area (corrisponde a 132,44 u. eq.). Segue l'altro personale sanitario con il 29,7% sul totale (109,79 u. eq.) ed il personale tecnico con il 20,8%. Il restante personale è composto da personale medico (8,4%) e personale amministrativo (5,2%).

Tabella 19: **Totale personale dipendente nell'area dell'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale, per servizio e per azienda sanitaria - Anno 2006**

Servizio		Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Assistenza ai tossico ed alcolodipendenti - SerT	P.T.	6	8	4	1	19
	T.P.	24	14	7	11	56
	EQ	28,72	18,27	9,25	10,57	66,81
Assistenza psichiatrica - Centri diurni	P.T.	-	-	-	-	-
	T.P.	3	-	-	-	3
	EQ	3,00	-	-	-	3,00
Assistenza psichiatrica - Centro riabilitazione psichiatrica Stadio	P.T.	18	-	-	-	18
	T.P.	25	1	-	-	26
	EQ	37,56	1,27	-	-	38,83
Assistenza psichiatrica - CSM	P.T.	11	21	5	3	40
	T.P.	43	44	1	10	98
	EQ	49,20	57,74	4,75	11,75	123,44
Assistenza psichiatrica - Focolari protetti	P.T.	-	6	4	8	18
	T.P.	2	16	3	4	25
	EQ	2,00	19,41	5,31	8,57	35,29
Assistenza residenziale agli anziani	P.T.	2	32	-	9	43
	T.P.	6	9	-	3	18
	EQ	7,64	26,89	-	8,07	42,60
Centri di degenza	P.T.	-	7	-	-	7
	T.P.	-	3	-	-	3
	EQ	-	7,86	-	-	7,86
Servizio psicologico	P.T.	10	1	5	3	19
	T.P.	18	2	9	9	38
	EQ	24,48	2,75	13,02	11,08	51,33
TOTALE	P.T.	47	75	18	24	164
	T.P.	121	89	20	37	267
	EQ	152,60	134,19	32,33	50,04	369,16

Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

Figura 22: **Personale equivalente dipendente dell'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale nell'area territoriale delle aziende sanitarie, per figura professionale ed azienda sanitaria di impiego – Anno 2006**



La maggiore concentrazione di personale medico, di personale amministrativo e di personale tecnico dipendente è presente nei servizi di assistenza psichiatrica dei Centri di Salute Mentale (rispettivamente 19,17, 6,25 e 26,03 u. eq.). L'area dei servizi di assistenza residenziale agli anziani comprende la maggiore concentrazione di personale infermieristico, mentre l'altro personale sanitario (in prevalenza psicologi) è presente in percentuale maggiore presso il Servizio Psicologico.

Tabella 20: **Totale personale dipendente nell'area dell'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale per figura professionale - Anno 2006**

Servizio	Medici/ Odont.		Infermieri		Altro person. sanitario		Personale amministr.		Personale tecnico		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Assistenza ai tossico ed alcol dip. - SerT	9	9,00	21	18,73	26	24,42	7	4,86	12	9,80	75	66,81
Assistenza psichiatrica - Centri diurni	-	-	2	2,00	-	-	-	-	1	1,00	3	3,00
Assistenza psichiatrica - Centro riabilitazione psichiatrica Stadio	2	2,83	13	10,89	4	3,54	2	2,00	23	19,57	44	38,83
Assistenza psichiatrica - CSM	20	19,17	41	34,53	41	37,46	8	6,25	28	26,03	138	123,44
Assistenza psichiatrica - Focolari protetti	-	-	21	16,83	1	1,00	-	-	21	17,46	43	35,29
Assistenza residenziale agli anziani	-	-	60	42,10	-	-	-	-	1	0,50	61	42,60
Centri di degenza	-	-	9	7,36	-	-	-	-	1	0,50	10	7,86
Servizio psicologico	-	-	-	-	49	43,37	6	5,96	2	2,00	57	51,33
TOTALE	31	31,00	167	132,44	121	109,79	23	19,07	89	76,86	431	369,16

Fonte: aziende sanitarie - archivio SIPS

Area Prevenzione

Il personale dipendente nell'area prevenzione delle aziende sanitarie al 31/12/2006 risulta pari a 337 unità (28,8% di questo è impiegato a part-time), che in termini equivalenti corrisponde a 302,56 unità. Il 32,1% del totale personale equivalente (97,14 u. eq.) opera nei servizi di igiene e sanità pubblica delle aziende. Seguono i servizi veterinari con il 25,1% (72,98 u. eq.), i servizi di medicina legale (11,8%, corrispondente a 35,77 u. eq.), il personale dipendente della Sezione Clinica della Medicina del Lavoro dell'AS di Bolzano (10,6%, corrispondente a 32,12 u. eq.) e quello dei servizi pneumologici (10,5%, corrispondente a 31,67 u. eq.). Il restante personale è impiegato presso i servizi di Medicina Sportiva e di Igiene del servizio di Medicina del Lavoro dell'AS di Bolzano.

Tabella 21: Totale personale dipendente nell'area della prevenzione, per servizio e per azienda sanitaria - Anno 2006

Servizio		Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Igiene e sanità pubblica	Part-Time	15	8	5	4	32
	T. Pieno.	39	15	14	9	77
	Pers. Equiv	48,31	20,71	16,87	11,25	97,14
Medicina dello sport	Part-Time.	3	-	3	5	11
	T. Pieno	11	-	2	2	15
	Pers. Equiv	13,13	-	3,05	4,74	20,92
Medicina Legale	Part-Time	11	5	-	-	16
	T. Pieno	20	5	-	-	25
	Pers. Equiv	27,40	8,37	-	-	35,77
Servizio di medicina del lavoro - Clinica	Part-Time	9	-	-	-	9
	T. Pieno	26	-	-	-	26
	Pers. Equiv	32,12	-	-	-	32,12
Servizio di medicina del lavoro - Igienistica	Part-Time.	2	-	-	-	2
	T. Pieno	7	-	-	-	7
	Pers. Equiv	8,96	-	-	-	8,96
Servizio pneumologico	Part-Time	19	-	1	-	20
	T. Pieno	17	-	-	-	17
	Pers. Equiv.	30,79	-	0,88	-	31,67
Servizio veterinario	Part-Time	7	-	-	-	7
	T. Pieno.	73	-	-	-	73
	Pers. Equiv	75,98	-	-	-	75,98
TOTALE	Part-Time	66	13	9	9	97
	T. Pieno.	193	20	16	11	240
	Pers. Equiv	236,69	29,08	20,80	15,99	302,56

Fonte: aziende sanitarie - archivio SIPS

La figura professionale prevalente operante nella macro-area della Prevenzione è quella dell'altro personale sanitario, che copre il 31,8% del totale personale equivalente operante in quest'area (corrisponde a 96,08 u. eq.). Seguono il personale medico (compresi i veterinari) ed il personale amministrativo con rispettivamente il 27,4% (82,82 u.eq.) ed il 21,7% (65,79 u. eq.). Il personale infermieristico copre il 13,2% (39,84 u. eq.) mentre il restante 6,0% (18,03 u. eq.) è composto da personale tecnico.

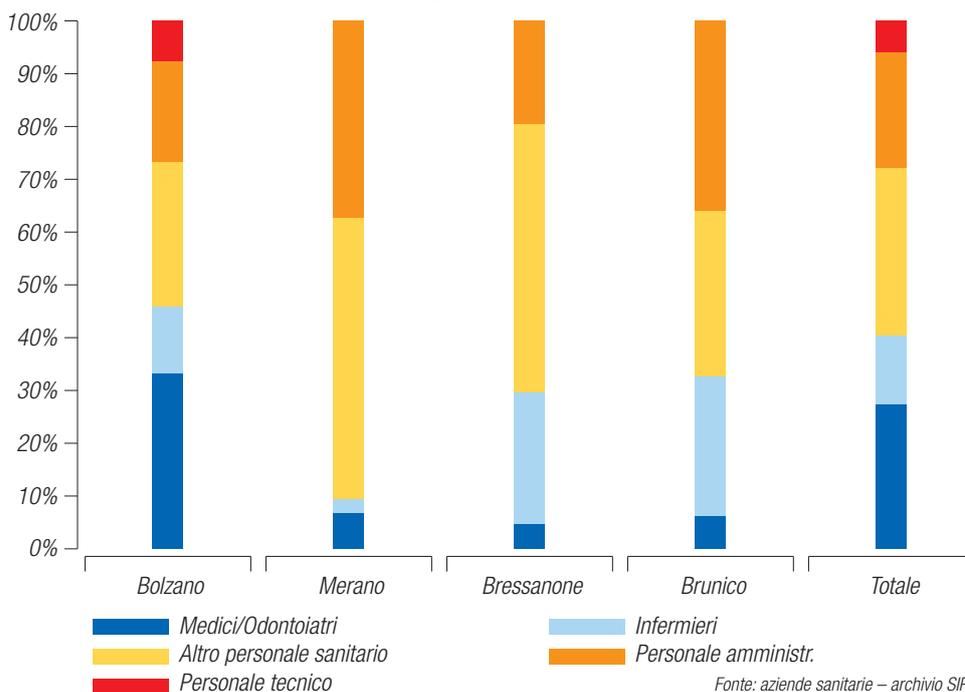
La maggiore concentrazione di personale della classe medico/veterinario è presente nel Servizio Veterinario (39,29 u. eq.). Il servizio con la presenza più elevata di personale infermieristico dipendente è il Servizio di Medicina dello Sport, con 11,17 unità equivalenti. La maggiore concentrazione di personale amministrativo si registra presso il Servizio di Medicina Legale (23,87 u. eq.).

Tabella 22: Totale personale dipendente nell'area della prevenzione per figura professionale - Anno 2006

Servizio	Medici/ Veterin.		Infermieri		Altro person. sanitario		Personale amministr.		Personale tecnico		Totale	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Igiene e sanità pubblica	11	11,55	9	7,25	62	57,33	25	19,01	2	2,00	109	97,14
Medicina dello sport	5	5,00	15	11,17	1	1,00	5	3,75	-	-	26	20,92
Medicina Legale	4	3,48	3	2,91	4	3,51	28	23,87	2	2,00	41	35,77
Servizio di medicina del lavoro - Clinica	14	14,00	9	8,34	8	5,78	3	3,00	1	1,00	35	32,12
Servizio di medicina del lavoro - Igienistica	2	1,75	-	-	5	5,71	2	1,50	-	-	9	8,96
Servizio pneumologico	8	7,75	13	10,17	11	9,00	5	4,75	-	-	37	31,67
Servizio veterinario	40	39,29	-	-	14	13,75	12	9,91	14	13,03	80	75,98
TOTALE	84	82,82	49	39,84	105	96,08	80	65,79	19	18,03	337	302,56

Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

Figura 23: Personale equivalente dipendente nell'area prevenzione nell'area territoriale delle aziende sanitarie, per figura professionale ed azienda sanitaria di impiego – Anno 2006



Fonte: aziende sanitarie – archivio SIPS

1.2. LA FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO

Nell'anno scolastico 2006/2007 gli iscritti alla Scuola Superiore di Sanità "Claudiana" sono stati 508; i diplomati nell'anno 2006 sono stati 160.

Gli operatori socio sanitari (OSS) diplomati sono invece stati 255.

Sono state concesse 97 borse di studio a personale medico per specializzazioni all'estero e 43 per specializzazioni in Italia.

Nell'ambito della formazione continua, sono stati 96 i corsi e 21 i convegni organizzati dalla Provincia; più di 948 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 dall'Azienda sanitaria. Tale piano viene annualmente integrato con iniziative emergenti che vengono inserite nel calendario degli interventi (seminari, convegni, corsi di formazione) da realizzare nel corso dell'anno.

I corsi di formazione continua per il personale in servizio presso le strutture sanitarie, sono gestiti sia a livello provinciale che a livello di azienda sanitaria.

1.2.1. Formazione di base

La formazione di base prepara il personale per una qualifica professionale e si riferisce a corsi e scuole per operatori sanitari, al termine dei quali viene rilasciato un diploma / titolo di studio.

A partire dall'anno scolastico 1996/97 è iniziata l'attività della "Scuola Provinciale Superiore di Sanità - Claudiana", istituita a seguito dell'introduzione dei "diplomi universitari" in ambito nazionale. A questo fine sono state stipulate convenzioni con 4 università italiane (Verona, Ferrara, Roma, Innsbruck), mentre l'organizzazione didattica fa riferimento ai modelli degli stati membri dell'Unione Europea di lingua tedesca.

È da segnalare che a seguito della riforma universitaria con l'inizio dell'anno accademico 2002/2003 i diplomi universitari sono diventati lauree di 1° livello.

Tabella 23: **Numero iscritti a corsi della Scuola superiore di sanità secondo l'anno di frequenza – Anno 2006/2007**

Figura professionale	I anno	II anno	III anno	Totale
Infermieri professionali	107	93	91	291
Fisioterapisti	18	18	16	52
Master management	19	-	-	19
Logopedisti	-	18	-	18
Master in psicologia	16	-	-	16
Dietisti	-	15	-	15
Ergoterapisti	15	-	-	15
Ostetriche	-	-	13	13
Tecnici della prevenzione ambientale	12	-	-	12
Tecnici di laboratorio	11	-	-	11
Assistenti sanitari	10	-	-	10
Igieniste dentali	-	-	10	10
Master in geriatria	10	-	-	10
Tecnici di radiologia	-	-	9	9
Ortottisti	-	7	-	7
TOTALE COMPLESSIVO	218	151	139	508

Fonte: Ufficio Formazione del personale, PAB – Archivio formazione

Anche nell'anno scolastico 2006/07 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 l'azienda sanitaria, presso le Scuole per le professioni sociali italiana e tedesca e presso il KVV ("Katholischer Verband der Werktätigen") con 270 iscritti per l'anno 2006/2007, e si sono conclusi nel 2006 con un incremento di diplomati rispetto al 2005 pari al 6,7%.

Tabella 24: **Numero operatori socio sanitari (OSS) diplomati per istituto frequentato – Anno 2006**

Istituto	n. diplomati
Aziende sanitarie	85
Scuole prof. sociali in lingua italiana	94
Scuole prof. sociali in lingua tedesca	62
KVV	14
TOTALE OSS DIPLOMATI	255

Fonte: Ufficio Formazione del personale, PAB – Archivio formazione

Figura 24: Numero iscritti ai corsi di formazione di base – Anni scolastici 1995/1996 – 2006/2007

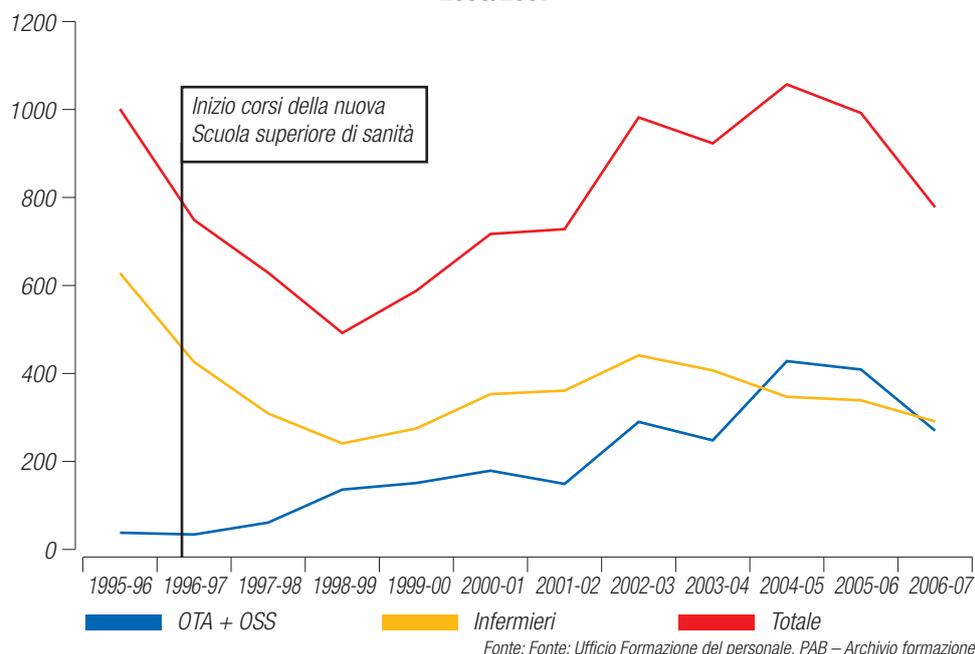


Tabella 25: Numero diplomati alla Scuola Provinciale Superiore di Sanità “Claudiana” per figura professionale – Anno 2006

Figura professionale	n° diplomati	percentuale sugli iscritti all'ultimo anno di corso
Infermieri professionali	51	72,9 %
Infermiere pediatrico	25	(*) 113,6 %
Ergoterapisti	18	94,7 %
Fisioterapisti	17	89,5 %
Tecnici della prevenzione	16	100,0%
Dietisti	12	100,0%
Tecnici di laboratorio	12	100,0%
Ostetriche	9	81,8 %
TOTALE	160	88,4 %

(*)il numero di diplomati supera il 100% degli iscritti all'ultimo anno di corso, poiché vi sono stati studenti diplomati che avevano concluso il periodo formativo in un periodo antecedente all'anno di frequenza 2005-2006

Fonte: Ufficio Formazione del personale, PAB – Archivio formazione

Il numero totale di diplomati presso la Scuola Provinciale Superiore di Sanità “Claudiana” e ai corsi per OSS nell’anno scolastico 2005/2006 è stato pari a 415; valore praticamente identico a quello dell’anno passato. Il numero totale dei diplomati alla Scuola Provinciale Superiore di Sanità “Claudiana” nel 2006 è invece diminuito di 17 unità; in particolare si osserva una riduzione degli infermieri professionali diplomati (passano da 78 nel 2005 a 51 nel 2006), a fronte di un aumento rispetto all’anno precedente di 7 soggetti diplomati come infermieri pediatrici. Anche nel 2006 si registrano studenti diplomati in discipline non presenti nel 2005 (18 ergoterapisti, 16 tecnici della prevenzione, 12 dietisti e 12 tecnici di laboratorio).

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.

Tabella 26: **Numero borse di studio concesse per le specializzazioni – Anno accademico 2005-2006**

Tipo di specializzazione	Estero	Italia
Pediatria	17	6
Anestesia e rianimazione	15	3
Medicina interna	9	4
Chirurgia generale	10	-
Ginecologia e ostetricia	10	-
Medicina fisica e riabilitazione	8	2
Radiodiagnostica	1	6
Ortopedia e traumatologia	5	1
Oftalmologia	4	1
Otorinolaringoiatria	4	-
Cardiologia	-	3
Dermatologia e venerologia	1	2
Ematologia	-	3
Psichiatria	3	-
Igiene e medicina preventiva	1	2
Urologia	2	-
Chirurgia toracica	-	2
Chirurgia maxillo-facciale	-	2
Medicina dello sport	-	2
Chirurgia plastica	1	-
Gastroenterologia	-	1
Geriatrics	-	1
Malattie app. Respiratorio	1	-
Medicina del lavoro	1	-
Neurochirurgia	1	-
Neurologia	1	-
Neuropsichiatria infantile	1	-
Psicologia clinica	-	1
Anatomia patologica	1	-
Reumatologia	-	1
TOTALE	97	43

Fonte: Ufficio Formazione del personale, PAB – Archivio formazione

È 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. Sono stati anche predisposti i relativi regolamenti di esecuzione, che sono entrati in vigore nel corso dell'anno 2006.

Anche nel 2006 alcuni biologi, dietologi, medici e psicologi hanno inoltre beneficiato di contributi per brevi periodi di specializzazione o pratica, secondo quanto previsto dalla L.P. n. 14/2002 art. 4, per un importo complessivo impegnato pari a Euro 539.711,00 (+ 46,6% rispetto al 2005).

Tabella 27: **Numero contributi concessi per periodi di specializzazione o pratica (art. 4 L.P. n. 14/2002) – Anno 2006**

Tipo di specializzazione	Estero	Italia
Biologi	1	1
Farmacisti	-	1
Medici	4	1
Psicologi	7	16
TOTALE	12	19

Fonte: Ufficio Formazione del personale, PAB – Archivio formazione

1.2.3. Tirocini

Nel 2006 il numero di domande per l'assegno di studio relativo al tirocinio per l'ammissione all'esame di stato, inoltrate da psicologi e veterinari, è leggermente diminuito rispetto all'anno precedente, passando da 48 a 36 richieste totali per un importo totale di Euro 424.296,00.

Tabella 28: **Numero domande di assegno di studio presentate da biologi, psicologi e veterinari tirocinanti e importo impegnato – Anni 1993-2006**

Anno	N° domande			Importo totale (Euro)
	Biologi	Psicologi	Veterinari	
1993	10	-	-	27.891,00
1994	13	19	-	108.942,00
1995	12	13	-	81.165,00
1996	13	7	-	113.495,00
1997	15	11	1	191.281,00
1998	16	25	-	247.077,00
1999	16	13	-	274.873,00
2000	11	26	3	257.093,00
2001	3	25	2	297.232,00
2002	-	32	3	246.955,00
2003	-	39	1	318.722,00
2004	-	43	2	348.247,00
2005	-	48	-	445.510,00
2006	-	36	-	424.296,00

Fonte: Ufficio Formazione del personale, PAB – Archivio formazione

1.2.4. Medicina generale

Nel 2006 è proseguito il corso triennale di formazione specifica in medicina generale con 15 partecipanti. È stata rinnovata la convenzione con l'Accademia altoatesina di medicina generale per la parte teorica della formazione. Il Comitato scientifico si è riunito tre volte.

1.2.5. Formazione continua

La formazione continua offre ai professionisti della salute la possibilità di acquisire nel corso della loro carriera nuove conoscenze ed abilità, che consentono di mantenere il livello della loro professionalità al passo con l'evoluzione della cultura scientifica e tecnica nel loro settore e di essere quindi competenti ed in grado di gestire, secondo standard appropriati, il proprio lavoro, tenendo conto anche degli sviluppi del sistema sanitario provinciale previsti dal Piano Sanitario Provinciale.

Il 5/3/2001 è entrata in vigore la L.P. n. 7 che, all'art. 49, prevede l'istituzione della Commissione provinciale per la formazione continua (operante dal dicembre 2002). Si tratta di

un organo provinciale coerente con l'attuale "sistema nazionale ECM" (educazione continua in medicina).

Come previsto dalla disciplina della materia a livello nazionale, e nel rispetto dell'autonomia di cui è dotata la Provincia Autonoma di Bolzano, la commissione provinciale per la formazione continua ha elaborato:

- a) gli obiettivi formativi provinciali in ambito sanitario
- b) i criteri di valutazione delle iniziative formative che si svolgono in Alto Adige (residenziale ed e-learning) ed i criteri di valutazione delle esperienze formative degli operatori ed operatrici del Servizio Sanitario Provinciale maturati all'estero. L'assegnazione del punteggio in base alla L.P. n. 14/2002 e al relativo regolamento di esecuzione, è stata delegata agli ordini e ai collegi professionali. Gli eventi formativi offerti nelle altre regioni o province vengono valutati a livello locale, se il sistema ivi è stato implementato, oppure dalla Commissione nazionale.

Alla base del sistema dei "crediti formativi ECM" vi è il presupposto che la professionalità di ogni operatore ed operatrice della Sanità, sia definibile da tre caratteristiche fondamentali:

- il possesso di conoscenze teoriche aggiornate (il sapere);
- il possesso di abilità tecniche o manuali (il fare);
- il possesso di capacità comunicative e relazionali (l'essere).

Per mantenersi "aggiornato e competente", e garantire al cittadino una prestazione sanitaria sempre efficace ed appropriata, il sistema ECM prevede il 'life long learning'. Per ogni operatore sanitario è quindi previsto un aggiornamento continuo delle conoscenze teoriche, delle abilità pratiche e delle competenze relazionali e comunicative.

Ciò si concretizza nell'obbligo di maturare 150 crediti formativi nell'arco di un determinato periodo di tempo e di una maturazione graduale negli anni precedenti (10 crediti nel 2002, 20 crediti nel 2003, 30 nel 2004, 30 nel 2005 e 30 nel 2006).

1.2.5.1. Corsi gestiti dalla Provincia

L'orientamento della Provincia (attraverso l'Ufficio Formazione del personale sanitario) verso progetti di formazione continua interaziendali al posto di singole iniziative non connesse tra di loro, si è rilevata una buona scelta ed ha tenuto conto del ruolo della stessa Provincia nell'ambito della formazione continua. Ciò ha significato l'aver affrontato e sviluppato importanti argomenti d'interesse provinciale, nonché la costruzione dell'offerta formativa in modo corrispondente.

L'obiettivo di ciò è stato quello di raggruppare le risorse, promuovere l'interdisciplinarietà e realizzare reti di collaborazione.

Gli argomenti trattati in forma di **progetto** sono stati: Palliative Care, Evidence Based Nursing, Biblioteca medica virtuale, e-learning, management, psicosomatica, etica, medicina complementare e medicina dell'ambiente.

Palliative Care: il 2° corso base interdisciplinare si è svolto in collaborazione con l'Università Klagenfurt ed è stato valutato in un workshop tra direzione del corso, tutors e partecipanti. È stata inoltre organizzata la "Giornata delle cure palliative" a Vipiteno, con grande partecipazione di operatori del settore sanitario e sociale.

Evidence Based Nursing: In collaborazione con l'Università di Halle-Wittenberg inizio di una formazione specialistica per i futuri esperti in EBN dell'azienda sanitaria e dei comprensori sanitari.

Biblioteca Medica Virtuale: è stato realizzato uno strumento di supporto all'attività ope-

rativa quotidiana degli operatori sanitari altoatesini nell'attività assistenziale, nel lavoro amministrativo, nello studio, nell'educazione continua e nella ricerca. È un portale aperto alle conoscenze medico-scientifiche, rivolto alla sanità altoatesina, alla quale offre la possibilità di accedere facilmente alle più autorevoli fonti di conoscenza disponibili online. Il sito "www.bmv.bz.it" è accessibile a tutti. Alle risorse dei periodici elettronici e alle banche dati della Biblioteca Medica Virtuale hanno accesso:

- il personale dipendente delle aziende sanitarie della Provincia Autonoma di Bolzano
- il personale e gli studenti della Scuola provinciale superiore di sanità "Claudiana"
- il personale del Dipartimento Sanità e Politiche Sociali della Provincia Autonoma di Bolzano
- i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta operanti nella provincia di Bolzano

E-learning: sono state avviate iniziative di e-learning su importanti tematiche di interesse sanitario. I corsi sono rivolti ad operatori ed operatrici di ambiti sanitari diversi: medici di ogni specialità, attivi sia nel setting ospedaliero sia in quello della medicina generale, personale infermieristico e personale amministrativo. Si è inteso così costruire un'adeguata offerta formativa riguardante soprattutto la metodologia dell'agire in sanità ed incontrare l'attenzione del maggior numero di operatori ed operatrici sanitari del Sistema Sanitario altoatesino, motivandoli ad essere protagonisti di un'assistenza sanitaria appropriata ed efficace. L'e-learning è un mezzo utile anche per creare comunità di apprendimento permanente, cioè luoghi virtuali di scambio, elaborazione e discussione delle tematiche oggetto di educazione continua. I corsi proposti sono: Privacy e sanità, Introduzione alla Evidence based medicine e Codifica delle diagnosi nella SDO (Scheda di dimissione ospedaliera).

Management e gestione: nel 2006 sono stati conclusi altri due corsi per dirigenti sanitari ai sensi del D.P.R. n. 484/1997 e della Legge provinciale n. 5/1998 con validità su tutto il territorio nazionale, con 43 partecipanti. Ai corsi sono stati ammessi anche collaboratori non dirigenti per consentire alle aziende sanitarie di creare un pool di futuri dirigenti; vi hanno partecipato inoltre alcuni dirigenti amministrativi al fine di creare una rete di connessione tra le esigenze del settore medico e quelle del settore amministrativo. Gli argomenti dei moduli didattici trattavano la gestione del personale, la gestione d'impresa e l'organizzazione. Per quanto riguarda i contenuti, la realizzazione dei corsi è stata affidata all'Università Bocconi di Milano e all'Università di Innsbruck, mentre il coordinamento è stato gestito in loco. Sono stati inoltre attivati altri due nuovi corsi per un totale di 44 partecipanti.

Psicosomatica: il progetto della psicosomatica destinata a medici e psicologi è continuato anche nel 2006 e si è svolto nuovamente al Centro terapeutico di Bad Bachgart. È stato iniziato un corso di formazione in terapia psicosomatica del dolore, di cui la seconda parte si svolgerà in giugno del 2007. Inoltre sono stati trattati i seguenti temi: "diverse forme terapeutiche nell'ambito della terapia del dolore", "disturbi somatoformi nei bambini ed adolescenti" e "disturbi somatoformi dell'apparato sessuale".

Etica: nel 2006 ha continuato ed ampliato la sua attività il Comitato Etico Provinciale, che ha svolto due sedute plenarie e alcune sedute dei sottogruppi per l'esame di vari argomenti. Il tema principale dell'anno era "Salute e stile di vita", intorno al quale sono stati svolti un convegno per personale sanitario ed altri interessati e tre conferenze per il pubblico. I membri del Comitato hanno risposto a numerose richieste pervenute via e-mail da parte di cit-

tadini. Inoltre è stata curata ulteriormente la pagina web.

Medicina complementare: è proseguito lo svolgimento di un corso di perfezionamento in omeopatia per farmacisti, organizzato in collaborazione con l'Università di Camerino e la "Società Italiana di Medicina Omeopatica". È inoltre proseguito il corso di formazione in agopuntura per medici, organizzato in collaborazione con l'Istituto "Matteo Ricci" di Bologna e la DÄGFA (Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur).

Medicina ambientale: nel 2004 è stato organizzato un "Corso di formazione di base in medicina ambientale", destinato a medici di medicina generale e a medici specialisti, nel 2005 si è tenuto il convegno "Focus polveri sottili: cause, effetti sulla salute, contromisure" e nel 2006 è stato affrontato il tema dell'elettromog. A questi eventi formativi hanno partecipato il personale sanitario, amministratori politici, esperti del settore operanti nelle strutture provinciali e comunali, e rappresentanti delle organizzazioni ambientaliste.

Complessivamente nel 2006 la Provincia Autonoma di Bolzano ha organizzato 96 corsi e 21 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 2.503 operatori sanitari, pari ad una riduzione media per corso del 25,7% (in media 35 partecipanti per corso nel 2005 contro i 26 del 2006). La figura professionale prevalente tra quelle partecipanti ai corsi è quella del personale medico (888 partecipazioni), seguita da quella degli psicologi (415). Le ore complessive organizzate per attività di formazione continua sono state circa 1.686, a cui è equivalsa una spesa di circa 1.225.045 €.

Ai 21 convegni organizzati dalla Provincia hanno partecipato 2.433 dipendenti delle aziende sanitarie, di cui 844 erano medici. Da sottolineare, che un convegno importante con relatori internazionali e nazionali è stato dedicato al riordinamento del sistema sanitario provinciale con la possibilità di confronto con diverse realtà sia in Italia che all'estero. Complessivamente le ore dedicate ai convegni sono state 156 e l'importo liquidato ammonta a 220.288 € circa.

Tabella 29: **Attività di aggiornamento per il personale impiegato nei servizi sanitari della Provincia– Anno 2006**

Figure professionali	N° partecipanti a corsi di formazione continua	N° partecipanti a convegni
Medici	888	844
Psicologi	415	70
Psichiatri	29	11
Veterinari	8	1
Biologi, fisici, farmacisti, chimici	129	88
Personale amministrativo	63	63
Personale infermieristico	282	860
Personale riabilitativo	118	44
Personale tecnico sanitario	213	24
Personale ausiliario	1	11
Altro personale non laureato	357	417
TOTALE	2.503	2.433

Fonte: Ufficio Formazione del personale, PAB – Archivio formazione

1.2.5.2. Corsi gestiti dalle aziende sanitarie

Anche nel 2006 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 più di 948 corsi, alcuni dei quali ripetuti in diverse edizioni durante l'anno (non sono disponibili al momento della chiusura della redazione della presente edizione della Relazione Sanitaria i dati relativi all'Azienda Sanitaria di Brunico). Come ogni anno, i corsi realizzati hanno trattato diverse tematiche, da quelle di approfondimento medico, a quelle connesse con l'assistenza infermieristica, con un occhio di riguardo per la formazione in campo informatico per tutti i profili professionali dei dipendenti delle aziende sanitarie.

Tabella 30: **Numero corsi e spesa complessiva per l'attività di formazione gestita dalle aziende sanitarie – Anno 2006**

	<i>Bolzano</i>	<i>Merano</i>	<i>Bressanone</i>	<i>Brunico</i>
<i>N° corsi</i>	190	401	357	<i>n.d.</i>
<i>Spesa complessiva (in Euro)</i>	232.592	235.314	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>

Fonte: aziende sanitarie – uffici formazione del personale

Tabella 31: **Numero partecipazioni all'attività di formazione gestita dalle aziende sanitarie – Anno 2006**

	<i>Bolzano</i>	<i>Merano</i>	<i>Bressanone</i>	<i>Brunico</i>
<i>Medici</i>	613	893	522	<i>n.d.</i>
<i>Altro personale laureato</i>	74	287	223	<i>n.d.</i>
<i>Personale infermieristico</i>	2.609	3.588	3.197	<i>n.d.</i>
<i>Personale di riabilitazione</i>	656	216	289	<i>n.d.</i>
<i>Personale tecnico-sanitario</i>	729	203	21	<i>n.d.</i>
<i>Personale amministrativo</i>	425	359	291	<i>n.d.</i>
<i>Altre figure professionali</i>	415	320	1.241	<i>n.d.</i>

Fonte: aziende sanitarie – uffici formazione del personale

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 2006 sono state presentate e accolte 24 domande e sono stati assegnati contributi per un importo complessivo di Euro 399.699,38.

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 2006 sono state presentate 72 domande (13 delle quali sono state respinte) ed è stato impegnato a tal fine l'importo complessivo di Euro 164.819,00.

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 d'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 2006 sono state rilasciate 26 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 2006 ammonta a 1.165,479 milioni di euro (2.398,89 euro pro-capite), pari ad un incremento del 3,9% rispetto al 2005.

La spesa sanitaria corrente rappresenta il 93,0% della spesa sanitaria complessiva sostenuta dalle aziende sanitarie e dalla Provincia (1.084,150 milioni di Euro; 2.231,49 Euro pro-capite).

Il saldo monetario della mobilità ospedaliera interregionale del 2006 risulta essere complessivamente positivo, e corrisponde a 5,935 milioni di Euro.

Anche il saldo monetario della mobilità specialistica interregionale del 2006 risulta essere complessivamente positivo, e corrisponde a circa 806.000 Euro.

SPESA PUBBLICA E SPESA PRIVATA

I paragrafi che seguono hanno lo scopo di analizzare la spesa sanitaria pubblica della Provincia Autonoma di Bolzano ossia la spesa sostenuta dal Servizio Sanitario Provinciale. Alla determinazione della spesa concorrono:

- i costi sostenuti dalle aziende sanitarie e gli investimenti effettuati dalle stesse desumibili rispettivamente dai bilanci e dalle deliberazioni provinciali;
- le spese direttamente sostenute dalla Provincia, sia correnti che in conto capitale, che si rilevano dal bilancio provinciale.

Dall'analisi macroeconomica della spesa sanitaria si deduce che le famiglie italiane negli ultimi anni hanno destinato risorse sempre crescenti per i consumi sanitari.

Le analisi che seguono sono dedicate alla sola spesa sanitaria pubblica, in quanto, essendo la quota della spesa privata di difficile rilevazione a causa della scarsità delle fonti informative, non viene esaminata.

All'interno della spesa pubblica è possibile distinguere due macroaggregati, la spesa corrente e la spesa in conto capitale, trattate rispettivamente nel paragrafo 2.2 e nel paragrafo 2.3.

Per spesa corrente si intende la spesa sostenuta per la copertura dei costi di gestione, come ad esempio quelli relativi al personale e all'acquisto di beni e servizi, ed è composta dai costi sostenuti 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 del-

SPESA SANITARIA CORRENTE ED IN CONTO CAPITALE

COSTI SOSTENUTI DALLE AZIENDE SANITARIE E MODELLO DI AGGREGAZIONE

l'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 è il bilancio di esercizio delle aziende sanitarie.

Gli investimenti delle aziende sanitarie sono stati calcolati sulla base delle assegnazioni effettuate alle stesse mediante deliberazioni della Giunta Provinciale. Tali assegnazioni provengono dai fondi stanziati sugli appositi capitoli del bilancio provinciale 2006; 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 consuntivo 2006. 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 euro correnti in euro costanti riferiti al 2006. Tali coefficienti, sintetizzati in tabella 1, considerati i differenti andamenti del tasso di inflazione provinciale e nazionale, sono stati calcolati rispettivamente per i due ambiti territoriali e si basano sulla media degli indici ASTAT/ISTAT di variazione del costo della vita per le famiglie di operai ed impiegati.

**INVESTIMENTI DELLE
AZIENDE SANITARIE**

**SPESA CORRENTE DELLA
PROVINCIA**

**SPESA IN CONTO
CAPITALE DELLA
PROVINCIA
COEFFICIENTI DI
CONVERSIONE EURO
CORRENTI IN EURO
COSTANTI ESPRESSI IN
EURO 2006**

Tabella 1: **Coefficienti di conversione euro correnti in euro costanti espresse in Euro 2006: Provincia (Comune di Bolzano) e Italia**

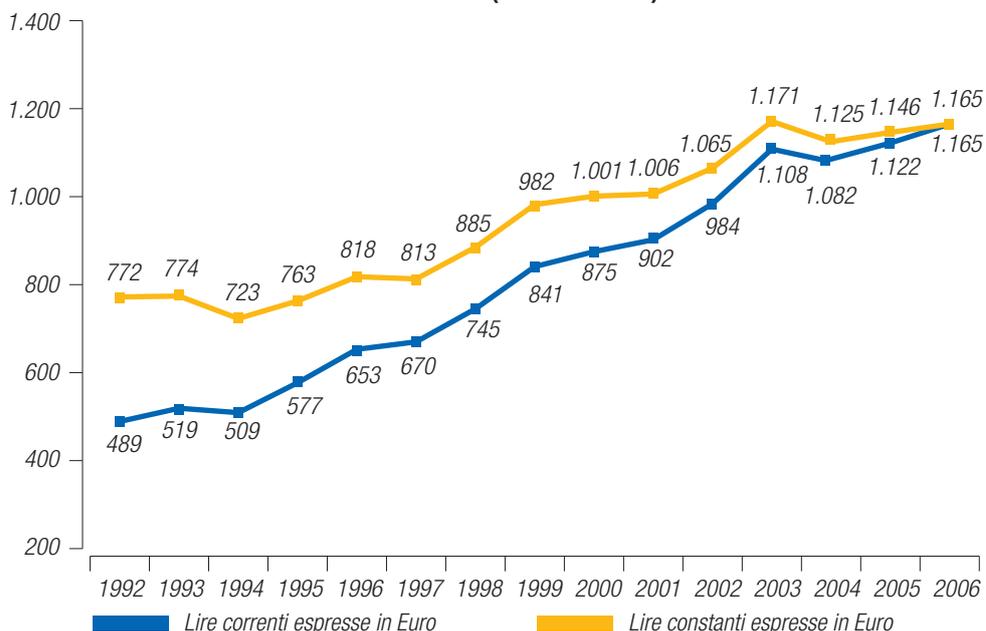
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Provincia	1,580	1,492	1,419	1,322	1,253	1,213	1,188	1,168	1,144	1,116	1,083	1,057	1,039	1,022	1,000
Italia	1,458	1,399	1,346	1,278	1,230	1,209	1,188	1,169	1,140	1,110	1,084	1,058	1,037	1,020	1,000

Fonte: ASTAT, ISTAT

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 1992-2006 (milioni di Euro)**



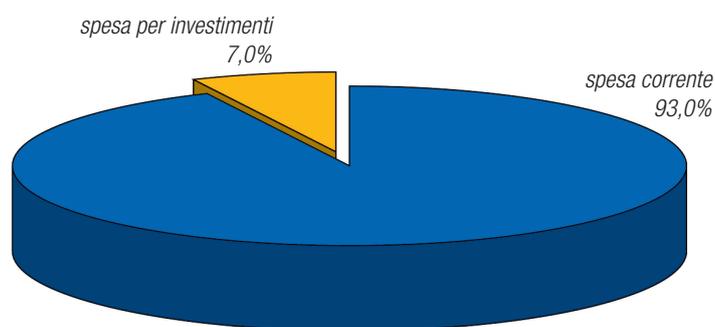
Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

La spesa sanitaria pubblica complessiva rilevata per l'anno 2006 ammonta complessivamente a 1.165,479 milioni di euro pari a 2.398,89 Euro pro-capite. In Figura 1 è rappresentato l'andamento della spesa sanitaria pubblica provinciale per il periodo temporale 1992-2006. Dal grafico si evince che la spesa complessiva per l'anno 2003 risulta superiore rispetto al triennio successivo; 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 2006, è pari al 93,0%; il rimanente 7,0% riguarda la spesa per investimenti in beni immobili, beni mobili ed attrezzature biomediche.

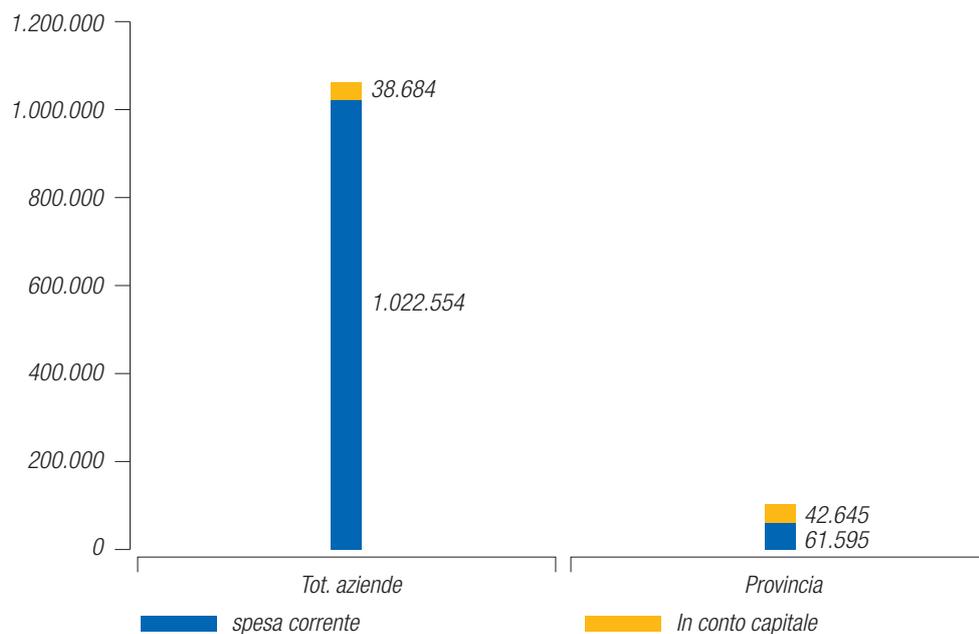
**SPESA CORRENTE E
SPESA PER
INVESTIMENTI**

Figura 2: **Spesa sanitaria corrente e per investimenti – Anno 2005**



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

Figura 3: **Spesa sanitaria delle aziende e della Provincia – Anno 2006 (migliaia di Euro)**



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

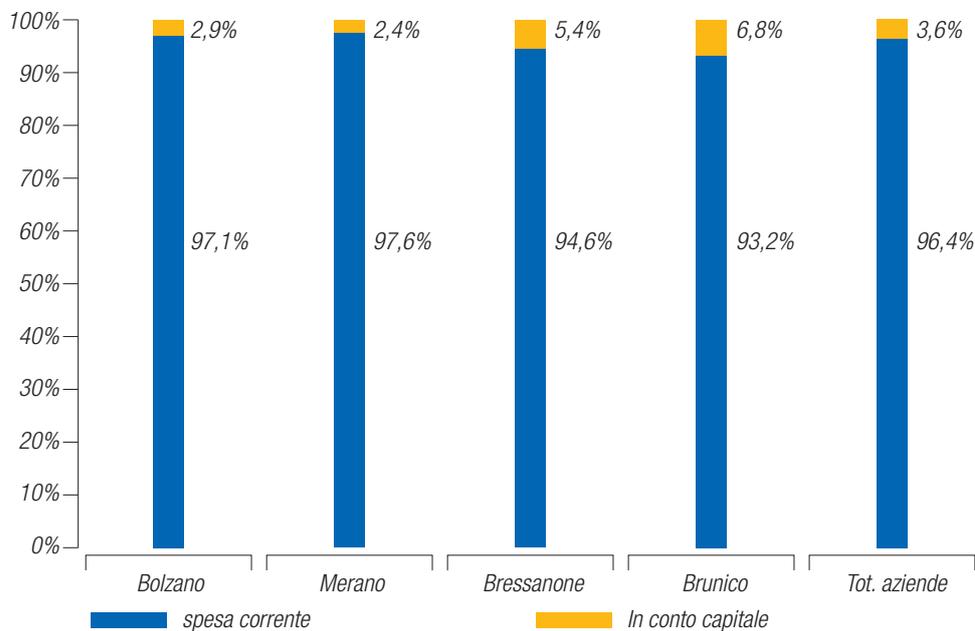
Tabella 2: **Composizione della spesa sanitaria per azienda e Provincia: valori assoluti e pro-capite – Anno 2006**

Spesa sanitaria	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Tot. aziende	Provincia*	Totale
Valori assoluti (in migliaia di Euro)							
Corrente	516.798	237.942	137.915	129.900	1.022.554	61.595	1.084.150
Conto capitale	15.604	5.737	7.873	9.470	38.684	42.645	81.329
TOTALE	532.402	243.679	145.787	139.370	1.061.238	104.240	1.165.479
Valori pro-capite (in Euro)							
Corrente	2.388,44	1.877,98	1.985,81	1.771,81	2.104,71	126,78	2.231,49
Conto capitale	72,11	45,28	113,36	129,17	79,62	87,78	167,40
TOTALE	2.460,55	1.923,26	2.099,17	1.900,98	2.184,33	214,56	2.398,89

*La spesa aggiuntiva è attribuita alla Provincia

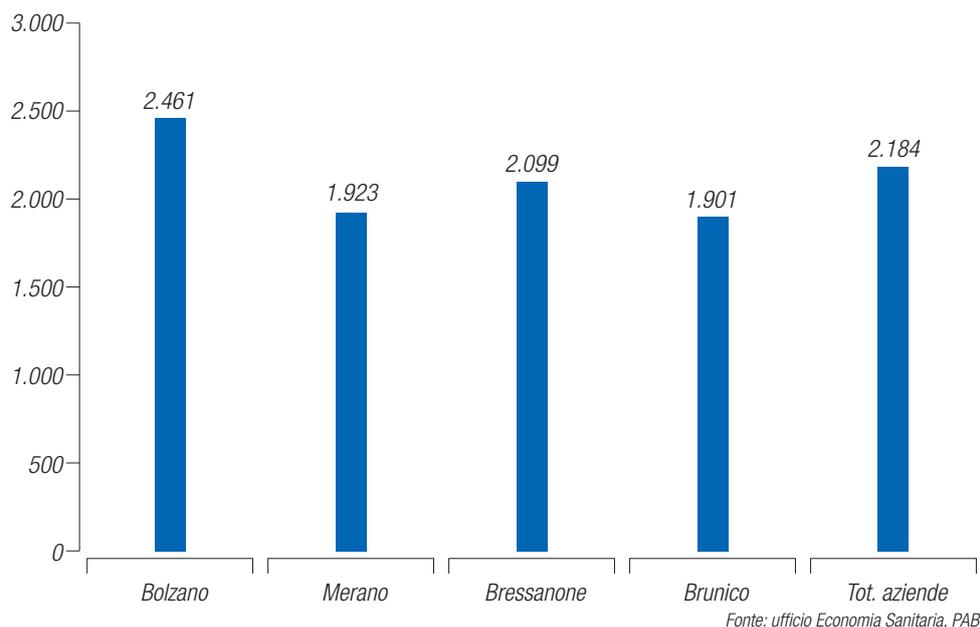
Fonte: : ufficio Economia Sanitaria, PAB

Figura 4: **Spesa sanitaria corrente e per investimenti delle aziende sanitarie – Anno 2006**



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

Figura 5: Spesa sanitaria procapite per azienda sanitaria – Anno 2006 (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 Merano (97,6%) e per l'Azienda Sanitaria di Brunico 93,2% (Figura 4).

In termini pro-capite (Figura 5), la spesa sanitaria complessiva sostenuta dalle aziende sanitarie è di 2.184,33 Euro, con valori massimi raggiunti dall'Azienda Sanitaria di Bolzano (2.460,55 Euro) e valori minimi assunti dall'Azienda Sanitaria di Brunico (1.900,98 Euro). Per non indurre in errate interpretazioni si precisa che nei costi delle aziende sanitarie sono compresi anche i costi sostenuti per i cittadini non residenti.

2.2. LA SPESA SANITARIA CORRENTE

La spesa sanitaria corrente rappresenta il 93,02% della spesa complessiva sostenuta dalle aziende sanitarie e dalla Provincia, quantificabile nel 2006 in circa 1.084,150 milioni di Euro, corrispondente a 2.231,49 Euro pro-capite.

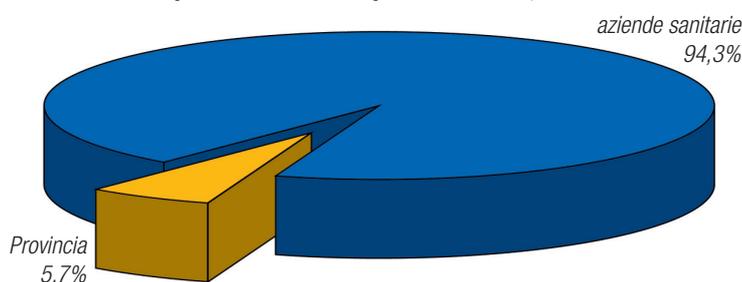
La spesa sanitaria corrente è composta dalla spesa corrente standard e dalla spesa corrente aggiuntiva. Per spesa corrente standard si intende la spesa sostenuta per garantire i livelli essenziali di assistenza, uniformi su tutto il territorio nazionale, ai cittadini residenti e agli aventi diritto. 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 all'apertura del capitolo a concorrere alla determinazione dei costi delle aziende sanitarie vi sono i costi di gestione (personale, acquisti di beni, servizi sanitari e non sanitari, ...), i costi straordinari, altri costi (come gli accantonamenti per il personale) e la quota relativa alla mobilità passiva extra provinciale ed estera. Non concorrono alla de-

**COSTI SOSTENUTI DALLE
AZIENDE**

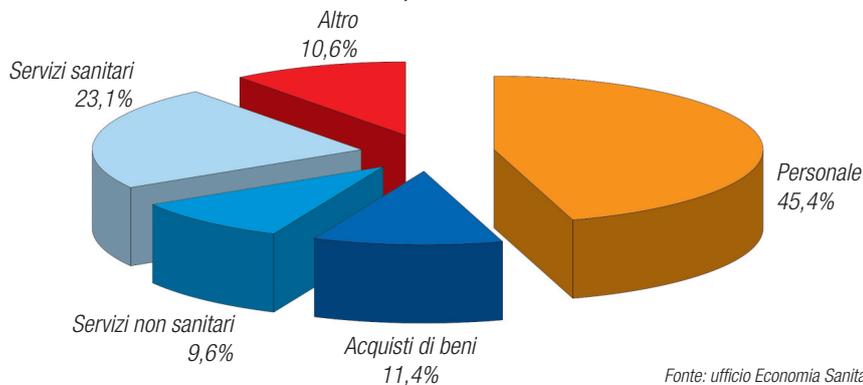
terminazione dei costi sostenuti dalle aziende sanitarie la mobilità passiva infraprovinciale in quanto si compensa a livello di bilancio consolidato delle aziende e le voci di natura economica come gli ammortamenti. I costi sostenuti dalle aziende sanitarie per l'erogazione dell'assistenza aggiuntiva 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 evince dalla Figura 6 i costi sostenuti dalle aziende sanitarie sono pari al 94,3% della spesa corrente complessiva e la spesa corrente della Provincia incide quindi per il 5,7% sul totale.

Figura 6: **Spesa sanitaria corrente della Provincia e costi sostenuti dalle aziende sanitarie – Anno 2006 – Spesa corrente complessiva: 1.084,150 milioni di Euro**



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

Figura 7: **Costi delle aziende sanitarie per categoria – Anno 2006 – Totale costi aziende sanitarie: 1.022,554 milioni di Euro**



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

In valore assoluto infatti dei 1.084,150 milioni di Euro 1.022,554 milioni sono costi sostenuti dalle aziende sanitarie e sono in gran parte destinati al personale, al consumo di beni e servizi, all'assistenza di base e ad altre forme di assistenza sanitaria in convenzione (come si evince dalla Tabella 3). Nella Figura 7 viene presentata la suddivisione dei costi sostenuti dalle aziende sanitarie per le principali categorie, dalla quale si desume la forte incidenza dei costi del personale. Nella tabella seguente si propone la suddivisione dei costi delle aziende sanitarie per le principali categorie in valore assoluto.

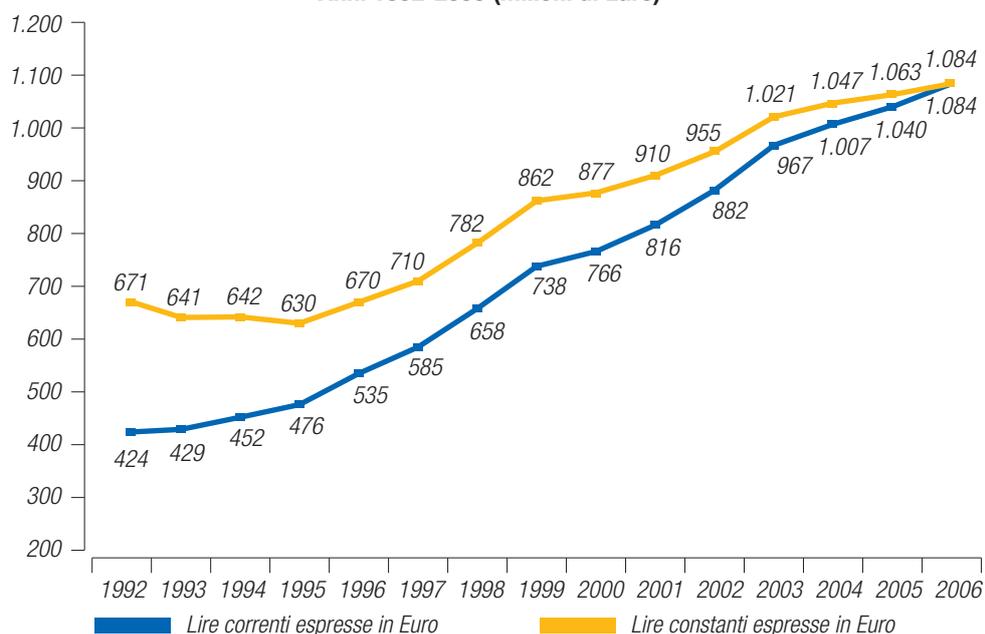
Tabella 3: Costi delle aziende sanitarie per categoria, valori in migliaia di Euro – Anno 2006

Categorie di costo	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	totale AS
1) Personale	219.669	109.588	67.406	67.142	463.806
2) Acquisti di beni	57.413	27.657	16.793	14.465	116.328
3) Servizi non sanitari	64.589	13.117	11.204	8.949	97.858
4) Servizi sanitari	122.728	63.270	25.747	24.845	236.589
4.1) Assistenza medico-generica	18.752	12.017	6.495	6.605	43.869
4.2) Assistenza farmaceutica	30.649	16.501	7.991	8.564	63.706
4.3) Assistenza riabilitativa	3.000	2.021	0	178	5.198
4.4) Assistenza specialistica convenzionata	3.690	710	32	91	4.523
4.5) Ass. protes. ed integrat. convenzionata	12.536	2.772	1.425	1.323	18.057
4.6) Assistenza ospedaliera convenzionata	12.800	7.049	173	125	20.148
4.7) Altra assistenza	41.301	22.200	9.629	7.958	81.089
5) Altro (costi finanziari, straordinari, accantonamenti, ...)	52.399	24.310	16.765	14.499	107.973
SUBTOTALE	516.798	237.942	137.915	129.900	1.022.554

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

La spesa sanitaria corrente sostenuta dalla Provincia ammonta per il 2006 a 61,595 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'eliosoccorso, l'assistenza erogata in Austria e l'assistenza indiretta sono stati trasferiti alle aziende sanitarie ai sensi dell'art. 76 della legge provinciale n.7/2001.

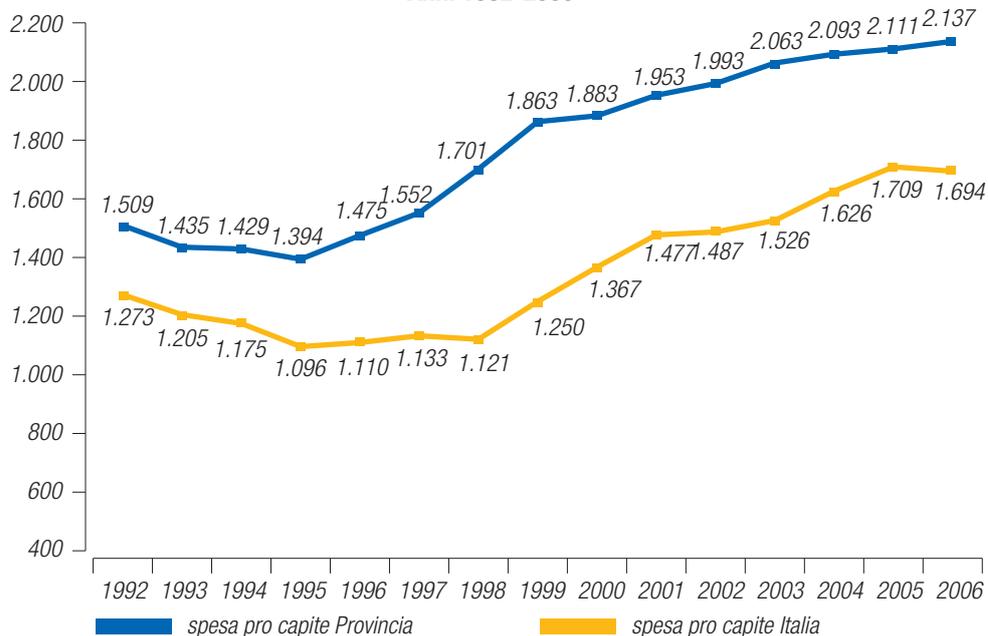
Figura 8: Spesa sanitaria corrente (Provincia e aziende sanitarie) – Anni 1992-2006 (milioni di Euro)



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

**SPESA CORRENTE
PRO CAPITE PROVINCIALE
E NAZIONALE**

Figura 9: Spesa sanitaria corrente procapite in lire costanti espresse in Euro – Anni 1992-2006



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

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.

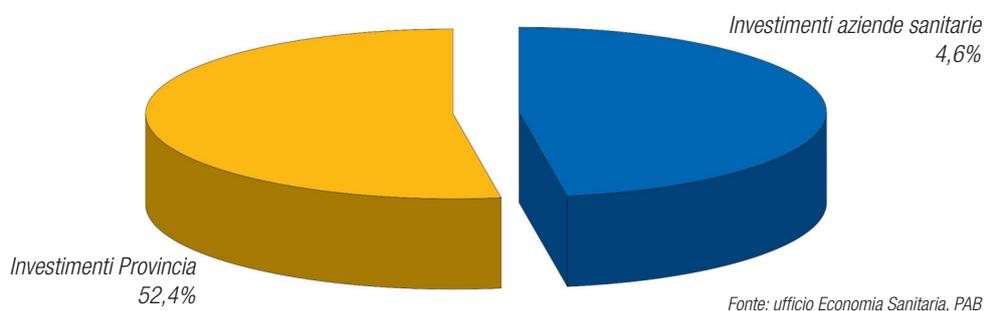
Di grande interesse è anche il confronto dell'andamento della spesa sanitaria corrente pro-capite provinciale con quello nazionale registrato dal 1992 al 2006. Dato che il Servizio Sanitario Provinciale eroga delle prestazioni che rientrano in livelli assistenziali oltre allo standard nazionale, la spesa pro-capite provinciale è più alta di quella nazionale come si può notare dalla Figura 9. Ai fini della confrontabilità tra i dati della provincia e quelli nazionali i primi sono stati rielaborati secondo il modello proposto dal Ministero nella rappresentazione dei costi del SSN per funzioni di spesa scorporando 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.

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 ammonta nel 2006 circa a 81,329 milioni di Euro, pari al 7,0% della spesa sanitaria complessiva. Di questi, 38,684 milioni sono a carico del bilancio delle aziende sanitarie e 42,645 milioni di Euro sono sostenuti direttamente dalla Provincia (Figura 10).

Figura 10: Ripartizione percentuale spesa per investimenti – Anno 2006



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 è 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 12), giustificata quest'ultima dai fondi pervenuti dallo Stato a sostegno delle spese per investimento. Nel 2005 e nel 2006 circa la metà degli investimenti sono effettuati dalle aziende e metà dalla Provincia. La variabilità temporale tra gli anni è dovuta alla natura stessa degli investimenti, in particolare di quelli che richiedono i finanziamenti più consistenti.

ANDAMENTI TEMPORALI

Figura 11: Spesa sanitaria per investimenti (aziende sanitarie e Provincia) – Anni 1992-2006

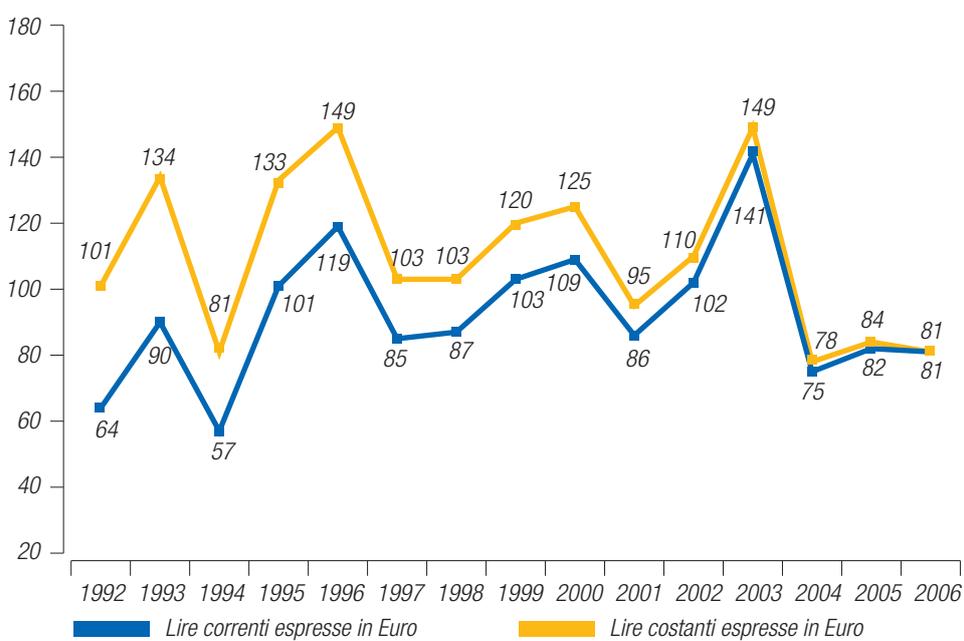
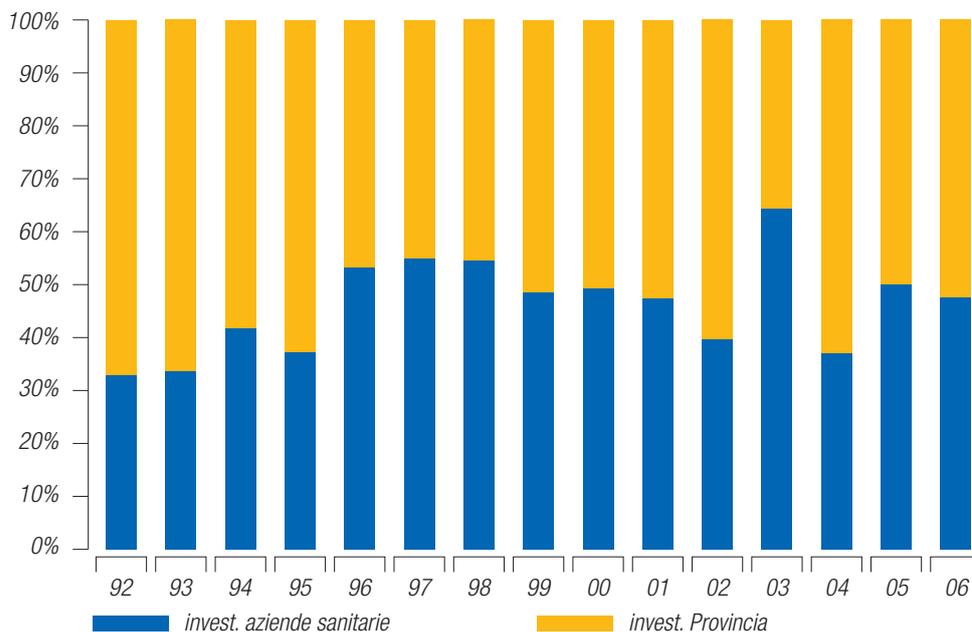


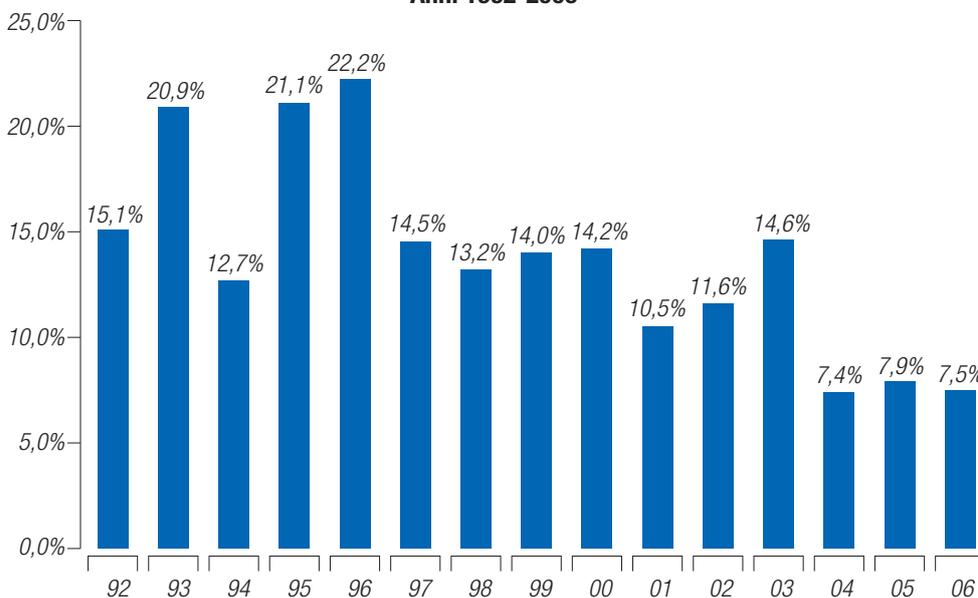
Figura 12: Spesa per investimenti, suddivisa tra aziende sanitarie e Provincia



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

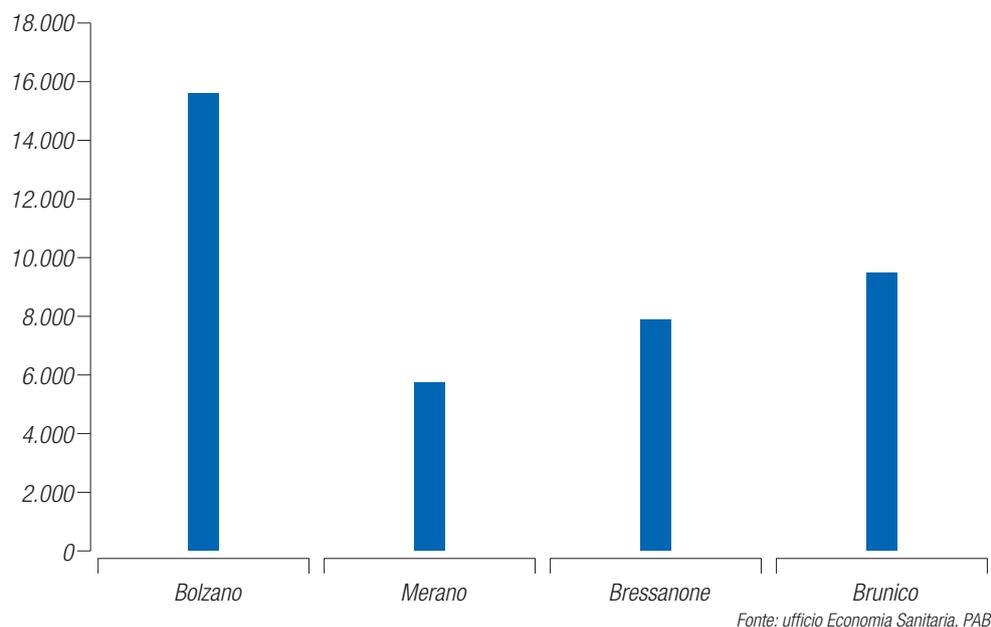
L'andamento della spesa provinciale per investimenti nel periodo 1992 - 2006, sia in termini nominali che reali, evidenzia come l'impegno di risorse finanziarie sia stato molto variabile di anno in anno. In particolare negli anni 1995, 1996 e 2003 gli impegni di spesa per gli investimenti sono stati consistenti (Figura 11). 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 7,5% nel 2006.

Figura 13: Spesa per investimenti (aziende sanitarie e Provincia) su spesa corrente – Anni 1992-2006



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB

Figura 14: Spesa sanitaria procapite per azienda sanitaria – Anno 2006 (in Euro)



Analizzando la suddivisione della quota degli investimenti 2006 per azienda si può notare come in valore assoluto l'Azienda Sanitaria di Bolzano abbia investito più fondi per gli investimenti, al contrario dell'Azienda Sanitaria di Merano che ha investito fondi di entità più modesta (Figura 14).

2.4. I SALDI DELLA MOBILITÀ PER LE PRESTAZIONI DI RICOVERO E PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Il tariffario dei ricoveri, secondo quanto previsto dalla normativa, viene utilizzato per compensare il fenomeno della mobilità sanitaria intraprovinciale, interregionale ed internazionale. La mobilità (sia attiva che passiva) tra le aziende sanitarie provinciali viene chiamata intraprovinciale e viene compensata direttamente tra le aziende, quella con le altre regioni italiane è definita interregionale e la relativa compensazione avviene a livello di regioni e province autonome; infine la mobilità con stati esteri (internazionale) viene compensata a livello nazionale.

Dal punto di vista finanziario come voce passiva si considera l'ammontare che deve essere pagato dall'azienda sanitaria per propri residenti che usufruiscono di ricoveri presso altre aziende sanitarie (mobilità passiva) e come voce attiva figura l'ammontare incassato per ricoveri prodotti dalla azienda sanitaria e fruiti da cittadini non residenti nel territorio di afferenza dell'azienda stessa (mobilità attiva). Il saldo che deriva dalla differenza tra mobilità passiva e attiva è oggetto di compensazione.

2.4.1. Le prestazioni di ricovero e i relativi saldi della mobilità

Con riferimento alla mobilità intraprovinciale, in termini di numero assoluto di ricoveri l'Azienda Sanitaria di Bressanone continua ad avere anche nell'anno 2006 il valore più alto di mobilità attiva pari a 5.532 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 6.975 ricoveri (Tabella 4 e Figura 15).

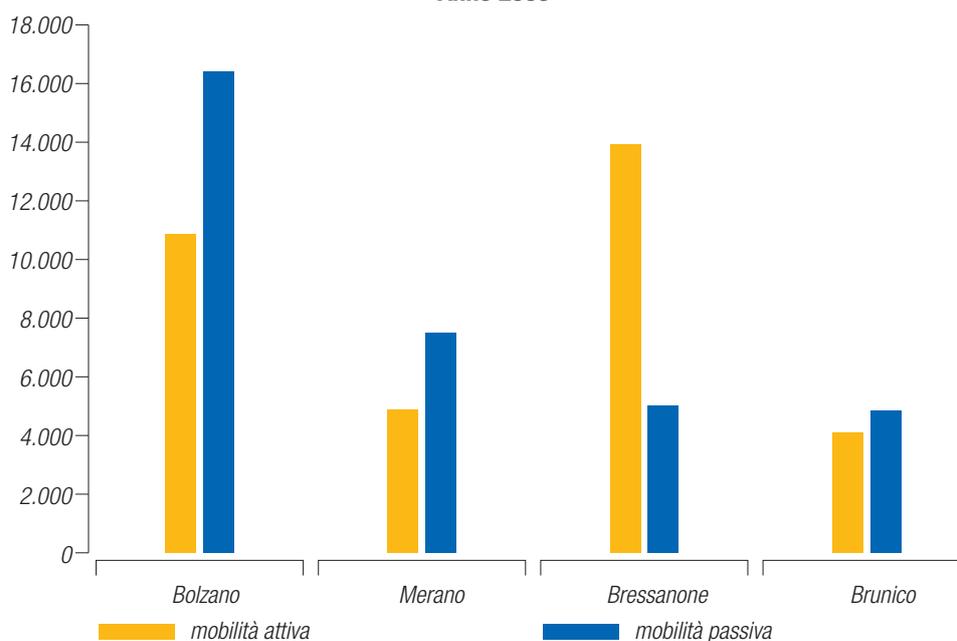
Tabella 4: **Numero di ricoveri relativi a mobilità ospedaliera pubblica attiva e passiva intraprovinciale e importo corrispondente – Anno 2006**

Categorie di costo	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Mobilità attiva					
N. ricoveri	3.151	2.339	5.532	2.375	13.397
Importo tot. (migliaia di €)	10.864	4.880	13.935	4.096	33.775
Mobilità passiva					
N. ricoveri	6.975	2.526	2.066	1.830	13.397
Importo tot. (migliaia di €)	16.420	7.497	4.999	4.859	33.775
SALDO ATTIVA – PASSIVA (MIGLIAIA DI €)	-5.556	-2.617	8.936	-763	-

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – SDO

Rispetto al 2005, il saldo negativo riscontrato nell'Azienda Sanitaria di Bolzano è aumentato del 16,2% a fronte di una riduzione del 50,8% riscontrata nell'Azienda Sanitaria di Brunico.

Figura 15: **Mobilità attiva e passiva intraprovinciale ospedaliera pubblica (migliaia di Euro) – Anno 2006**



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – SDO

Per quanto riguarda la mobilità interregionale relativa ai ricoveri per l'anno 2006, si nota che le aziende sanitarie di Bressanone e Brunico registrano, una mobilità attiva maggiore rispetto alla mobilità passiva (Tabella 5 e Figura 16), alle quali si aggiunge, quest'anno, anche l'Azienda di Bolzano.

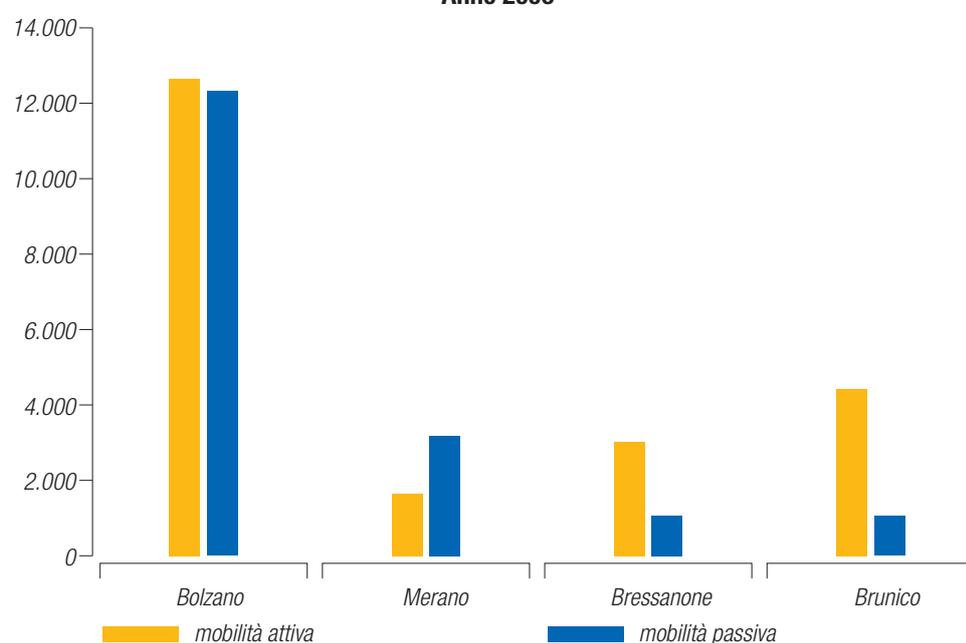
Rispetto all'anno 2005, l'Azienda Sanitaria di Merano presenta ancora un saldo negativo in termini monetari che per quest'anno ammonta a ca. -1.528 mila Euro. Le aziende di Bolzano, Bressanone e Brunico presentano un saldo positivo tra mobilità attiva e passiva.

Tabella 5: **Numero di ricoveri relativi a mobilità ospedaliera pubblica attiva e passiva intra-provinciale e importo corrispondente – Anno 2006**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Mobilità attiva					
N. ricoveri	3.630	665	1.192	2.522	8.009
Importo totale (migliaia di €)	12.647	1.653	3.026	4.419	21.745
Mobilità passiva					
N. ricoveri	3.278	838	273	259	4.648
Importo totale (migliaia di €)	12.324	3.181	1.060	1.056	17.621
SALDO ATTIVA – PASSIVA (MIGLIAIA DI €)	323	-1.528	1.966	3.363	4.124

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – SDO – Archivio mobilità

Figura 16: **Mobilità attiva e passiva interregionale ospedaliera pubblica (migliaia di Euro) – Anno 2006**



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – SDO – Archivio mobilità

Complessivamente il saldo monetario della mobilità ospedaliera interregionale risulta comunque essere positivo e pari a circa 4,1 milioni di Euro, con un incremento rispetto al 2005 dell'11,9%.

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 continua a presentare il saldo positivo più elevato, mentre l'Azienda di Merano riporta ancora un saldo negativo (Figura 17).

**MOBILITÀ
INTERREGIONALE
COMPLESSIVA**

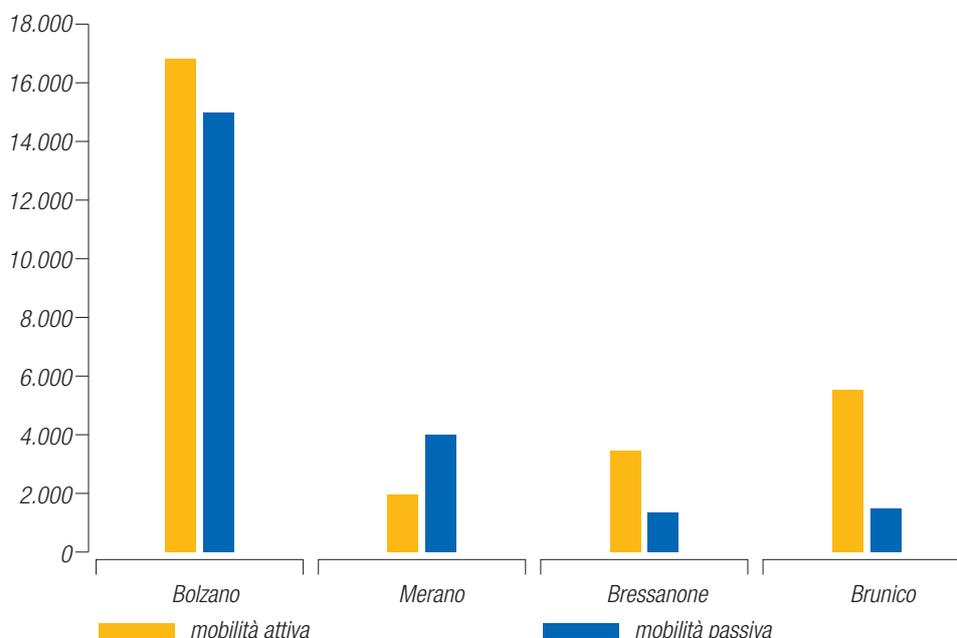
Tabella 6: **Numero di prestazioni relative a mobilità interregionale attiva e passiva e importo corrispondente - Anno 2006**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Mobilità attiva					
N. prestazioni	224.677	23.240	45.937	79.253	373.107
Importo totale (migliaia di €)	16.803	1.951	3.454	5.527	27.735
Mobilità passiva					
N. prestazioni	179.776	53.656	19.407	21.019	273.858
Importo totale (migliaia di €)	14.967	3.979	1.358	1.496	21.800
SALDO ATTIVA – PASSIVA (MIGLIAIA DI €)	1.836	-2.028	2.096	4.031	5.935

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

Complessivamente il saldo monetario della mobilità interregionale relativa al 2006 evidenzia un importo positivo di 5,9 milioni di Euro (5,8 nel 2005).

Figura 17: **Totale mobilità interregionale attiva e passiva (Migliaia di Euro) – Anno 2006**



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

Per quanto riguarda la mobilità internazionale sono disponibili i dati relativi all'anno 2004 concernenti il valore complessivo dei ricoveri, ad esclusione dei ricoveri in Austria, regolamentati da specifiche convenzioni.

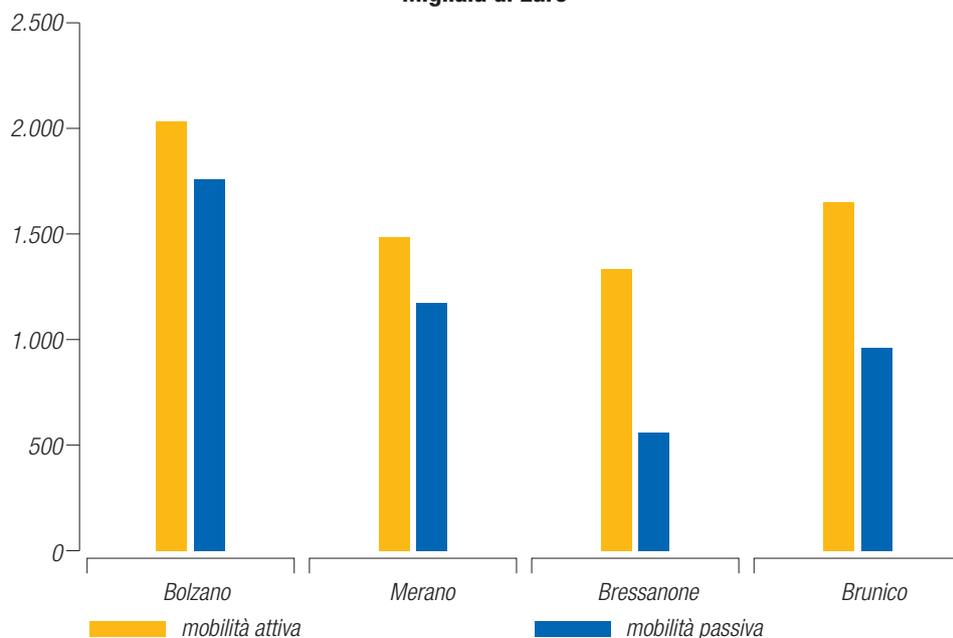
Tabella 7: **Importo mobilità ospedaliera attiva internazionale (esclusa assistenza ospedaliera erogata in Austria) – Anno 2004**

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Mobilità attiva					
Importo totale (migliaia di €)	2.031	1.484	1.333	1.652	6.500
Mobilità passiva					
Importo totale (migliaia di €)	1.761	1.172	559	962	4.454
SALDO ATTIVA – PASSIVA (MIGLIAIA DI €)	270	312	774	690	2.046

Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

Come risulta dalla Tabella 7 e dalla Figura 18, il saldo complessivo della mobilità ospedaliera internazionale per l'anno 2004 si è ridotto rispetto all'anno 2002, ed è in attivo per 2 milioni di Euro.

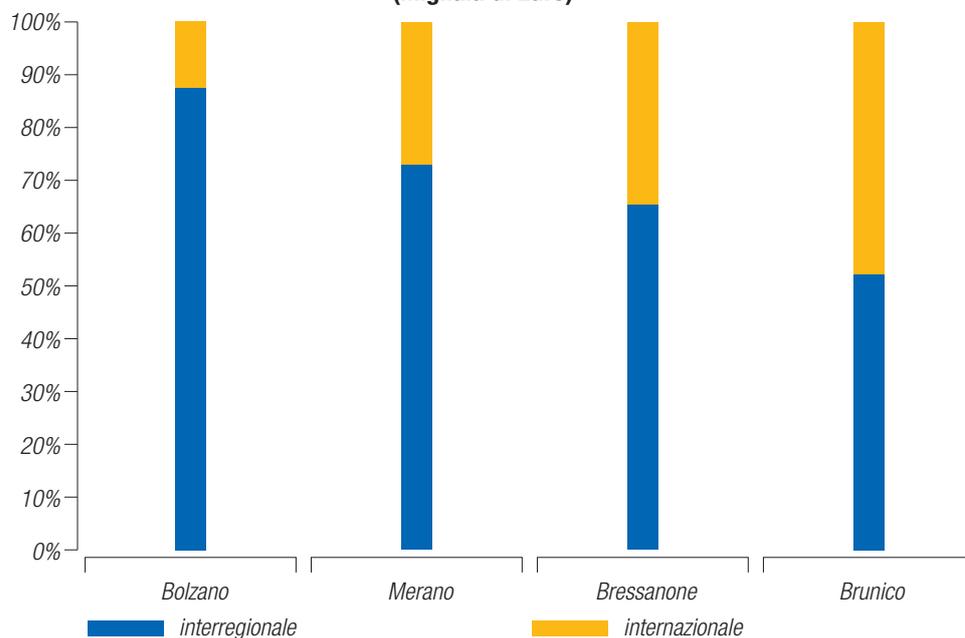
Figura 18: **Mobilità ospedaliera attiva e passiva 2004 internazionale (esclusa Austria) – Migliaia di Euro**



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

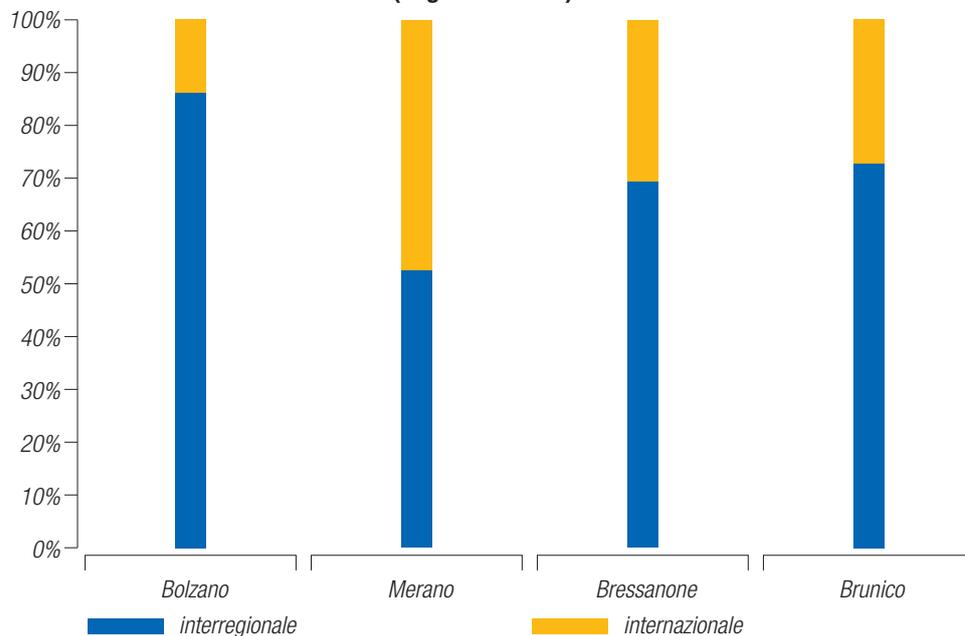
Nelle Figura 19 e 20 viene rappresentata la composizione della spesa per mobilità attiva e passiva secondo le due componenti interregionale ed internazionale. Per quanto riguarda la mobilità passiva internazionale sono sempre i residenti dell'Azienda Sanitaria di Brunico a ricorrere in maggior misura a ricoveri all'estero; relativamente a quella attiva, l'azienda più "attraente" per gli stranieri risulta essere ancora quella di Merano. A livello interregionale l'Azienda Sanitaria di Bolzano risulta essere la preferita tra gli italiani residenti al di fuori della provincia.

Figura 19: Spesa per mobilità passiva interregionale 2006 e internazionale 2004 – ricoveri (Migliaia di Euro)



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

Figura 20: Entrate per mobilità attiva interregionale 2006 e internazionale 2004 – ricoveri (Migliaia di Euro)



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – Archivio mobilità

2.4.2. Le prestazioni di specialistica e i relativi saldi della mobilità

Le aziende sanitarie devono assicurare ai cittadini le prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio contemplate dai livelli essenziali di assistenza avvalendosi di servizi propri e di altri soggetti erogatori pubblici e privati e, in questo secondo caso, utilizzando come sistema di remunerazione il pagamento a prestazione (d.legisl. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni). Analogamente alle prestazioni

di ricovero, anche per le prestazioni ambulatoriali l'amministrazione provinciale ha adottato un proprio nomenclatore tariffario, sulla base di un documento nazionale, utilizzato sia ai fini del pagamento del ticket, sia per la remunerazione delle prestazioni scambiate tra strutture erogatrici o offerte dalle strutture private convenzionate col sistema sanitario provinciale.

Mediante il sito Internet dei servizi sanitari provinciali www.provincia.bz.it/sanita/2303/tar-spec oppure l'osservatorio tariffe pubbliche (www.provincia.bz.it/osservatorio-tariffe) il tariffario è accessibile a tutti, operatori e semplici cittadini, per fornire informazioni sempre aggiornate e indicazioni puntuali circa l'applicazione delle tariffe. Le tariffe rappresentano la remunerazione massima che può essere corrisposta alle strutture per le prestazioni di specialistica erogate nell'ambito del sistema sanitario provinciale.

Tabella 8: **Importo mobilità specialistica interregionale – Anno 2006**

	<i>Bolzano</i>	<i>Merano</i>	<i>Bressanone</i>	<i>Brunico</i>	<i>Totale</i>
Attiva (migliaia di €)	1.682	161	291	610	2.744
Passiva (migliaia di €)	1.177	361	114	286	1.938
SALDO ATTIVA – PASSIVA (MIGLIAIA DI €)	505	-200	177	324	806

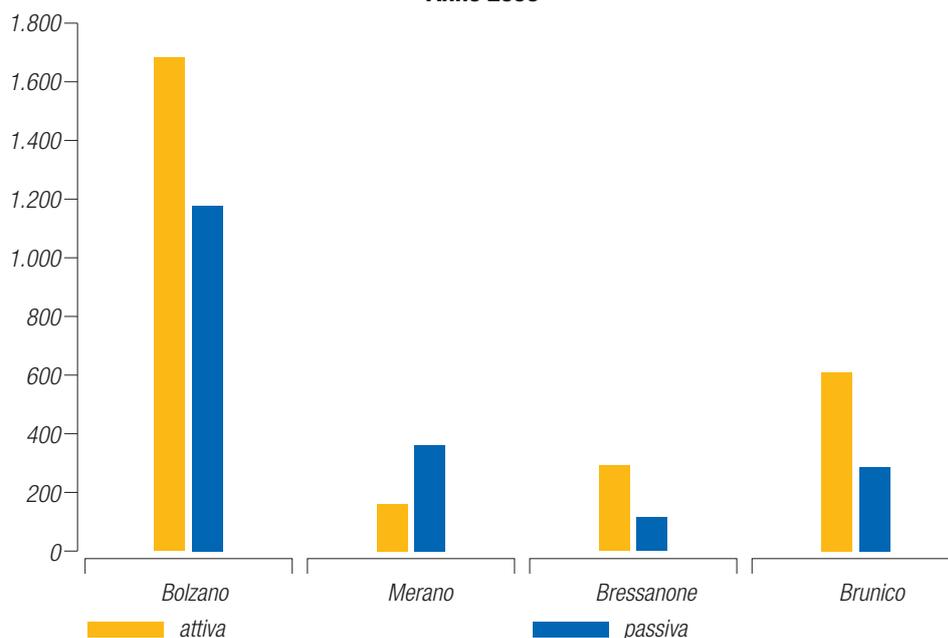
Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – SPA – Archivio mobilità

Tabella 9: **Importo mobilità specialistica intraprovinciale – Anno 2006**

	<i>Bolzano</i>	<i>Merano</i>	<i>Bressanone</i>	<i>Brunico</i>	<i>Totale</i>
Attiva (migliaia di €)	2.674	828	1.849	390	5.741
Passiva (migliaia di €)	2.204	1.639	873	1.025	5.741
SALDO ATTIVA – PASSIVA (MIGLIAIA DI €)	470	-811	976	-635	

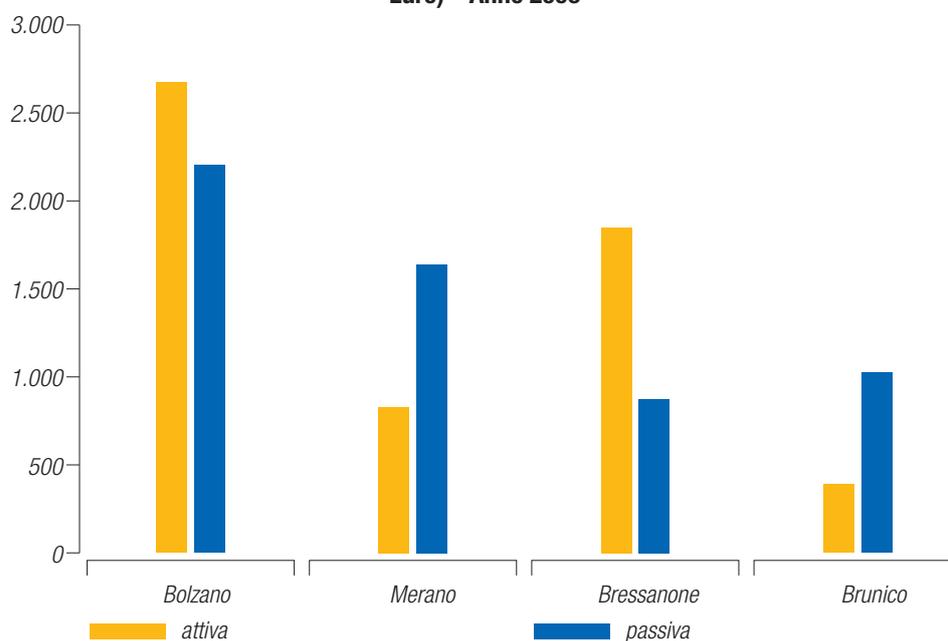
Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – SPA – Archivio mobilità

Figura 21: **Valori della mobilità specialistica attiva e passiva interregionale (Migliaia di Euro) – Anno 2006**



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – SPA – Archivio mobilità

Figura 22: Valori della mobilità specialistica attiva e passiva intraprovinciale (Migliaia di Euro) – Anno 2006



Fonte: ufficio Economia Sanitaria, PAB – SPA

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 2006, come anche nel 2005, le aziende di Bolzano e Bressanone presentano, per la mobilità della specialistica a livello intraprovinciale, un saldo positivo, mentre risulta negativo il saldo per Merano e Brunico.

A livello interregionale il saldo attivo più elevato per l'anno 2006 è passato dall'Azienda di Brunico all'Azienda di Bolzano, come è positivo anche il saldo dell'azienda sanitaria di Bressanone, mentre Merano registra un saldo negativo.



Appendice

Profilo Donna

Profilo Donna

Questa parte della Relazione Sanitaria “Profilo Donna” si propone di mettere a fuoco e di fornire un quadro informativo d’insieme sulle principali aree d’interesse per la salute dell’universo femminile.

A livello mondiale, ma anche nazionale è sempre più evidente l’esigenza di attuare un’efficace politica di promozione della salute distinta per genere; promozione che, in quanto tale, abbisogna oltre che di dati sulla prevalenza di malattie e disturbi nei due sessi, anche di informazioni sulla loro realtà di vita, sui diversi ruoli lavorativi, la diversa esposizione a rischi per la salute.

La salute delle donne è cambiata anche perché è cambiato il loro ruolo sociale. Oggi la donna si confronta con un carico di impegni maggiore rispetto a quelli che è in grado di gestire. Molte donne devono fare i conti con la fretta, con una maggiore ansia, un aumento dello stress e i disturbi correlati. I disturbi psichiatrici sono in netta prevalenza femminili e le malattie cardiocircolatorie sono diventate la prima causa di morte per le donne. Il detto comune per cui l’infarto era definito the widow maker disease (la malattia che rende vedove), oggi non vale più.

Ancora attuale risulta essere la sottovalutazione dei bisogni di salute della donna nell’ambito della ricerca e della sperimentazione clinica e farmacologica che, centrata sull’uomo e sulla sua realtà biologica e sociale, impedisce di cogliere diversità e differenze, nonostante si vadano sempre più affermando evidenze scientifiche relative alle disomogeneità di comportamento e di risposta terapeutica dei farmaci in funzione del sesso.

La vita di una donna è influenzata da una molteplicità di fattori diversi capaci di incidere profondamente sulla preservazione dello stato di salute. Alcuni sono di natura sociale, culturale, economica, altri di natura biologica.

Una maggiore attenzione alle problematiche connesse alla salute della donna e alla sua peculiarità si è evidenziata negli ultimi anni, tanto che nel PSN 2006-2008 si fa riferimento ad alcune patologie che hanno particolare impatto sulla popolazione femminile, come, ad esempio, l’osteoporosi (il 23% delle donne oltre i 40 anni – Rapporto OSMED 2004); sono previste iniziative per promuovere la prevenzione dei tumori al seno e all’utero, ma soprattutto la donna è considerata il focus su cui incentrare campagne di comunicazione per la prevenzione di alcune patologie connesse agli stili di vita (fumo, alimentazione, attività fisica), per il suo ruolo fondamentale nel controllo diretto sui fattori di rischio legati alla vita quotidiana.

Considerata l’importanza della tematica e tenuto conto di quanto sopra, a livello provinciale si è ritenuto opportuno dedicare anche quest’anno, come nella passata edizione 2005 della Relazione sanitaria, una parte alla donna, in cui vengono decritti i bisogni di salute delle donne e la loro domanda sanitaria e viene evidenziato un profilo sanitario femminile.

Spesso si dice che le donne siano colpite dal paradosso sanitario che le fa vivere di più, ma comunque siano più colpite da patologie invalidanti e infatti, oltre che registrare oggettivamente percentuali maggiori di prevalenza per almeno una malattia cronica, anche a livello soggettivo le donne si lamentano di più del loro stato di salute, sottolineando la delicatezza del rapporto donna-salute. Le donne ricorrono ai farmaci in percentuale superiore all'uomo ma paradossalmente sino ad oggi questo aspetto ha ricevuto scarsa attenzione poiché gli studi clinici che includevano le donne erano rari.

In provincia di Bolzano, gli indicatori socio-sanitari analizzati confermano queste condizioni generali per le donne nei confronti del mondo sanitario.

Speranza di vita alla nascita per le donne di 84,4 anni contro i 78,5 anni per gli uomini.

Donne affette da almeno una malattia cronica pari al 26,4% dell'intera popolazione femminile, 21,9% per gli uomini.

22,4% percentuale di donne che considera il proprio stato di salute non buono, 17,3% l'analoga percentuale maschile.

Donne con almeno una prescrizione farmaceutica pari al 69,1%, contro un 55,0% degli uomini.

Rispetto alle altre realtà italiane, mortalità in linea con i valori medi nazionali, tassi di fecondità più elevati (1,5 figli per donna in P.A. di Bolzano contro 1,2 di media italiana) e una discreta attenzione alla prevenzione e a stili di vita salubri (percentuali più basse di donne con problemi di obesità e abitudini alimentari "insalubri" più contenute, forte diminuzione nei valori di donne fumatrici) caratterizzano comunque un quadro positivo della salute delle donne altoatesine. Nell'ambito della salute riproduttiva, si può dire che in Alto Adige la donna si sente più "protetta e tutelata" dal sistema assistenziale, dal maggior benessere e di conseguenza è più sicura anche nelle sue scelte procreative. Il 59,2% delle donne altoatesine è coniugata al momento del parto contro un valore medio nazionale del 83,4%: la propensione sempre più marcata di avere figli al di fuori del matrimonio può comportare maggiore fragilità della famiglia rispetto al matrimonio stesso e per tanto diffondersi lì dove le donne godono di maggiore indipendenza economica (in Alto Adige il 73,9% delle madri che hanno partorito nel 2006 ha un'occupazione lavorativa contro una media nazionale del 58,1%).

1. ASPETTI DEMOGRAFICI, SOCIALI E DETERMINANTI DI SALUTE

1.1. STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno che coinvolge l'Europa nel suo insieme e le donne, grazie alla maggiore longevità rispetto agli uomini, sono la quota più rilevante del crescente contingente di anziani. In provincia di Bolzano le donne rappresentano il 50,5% dell'intera popolazione. Questa percentuale è più bassa sia rispetto al valore nazionale (51,4%) che rispetto al valore medio dell'Unione Europea (51,2%) e questo perché la struttura demografica altoatesina è mediamente più giovane. Infatti, a partire da un rapporto biologico costante dei sessi alla nascita a favore della popolazione maschile (nel 2006, ad esempio, ogni 100 neonati maschi si sono registrate 97 neonate femmine), la prevalenza femminile si accentua in modo significativo solo dopo i 55/60 anni, arrivando a registrare fino circa tre donne ogni uomo nella popolazione over 85 anni.

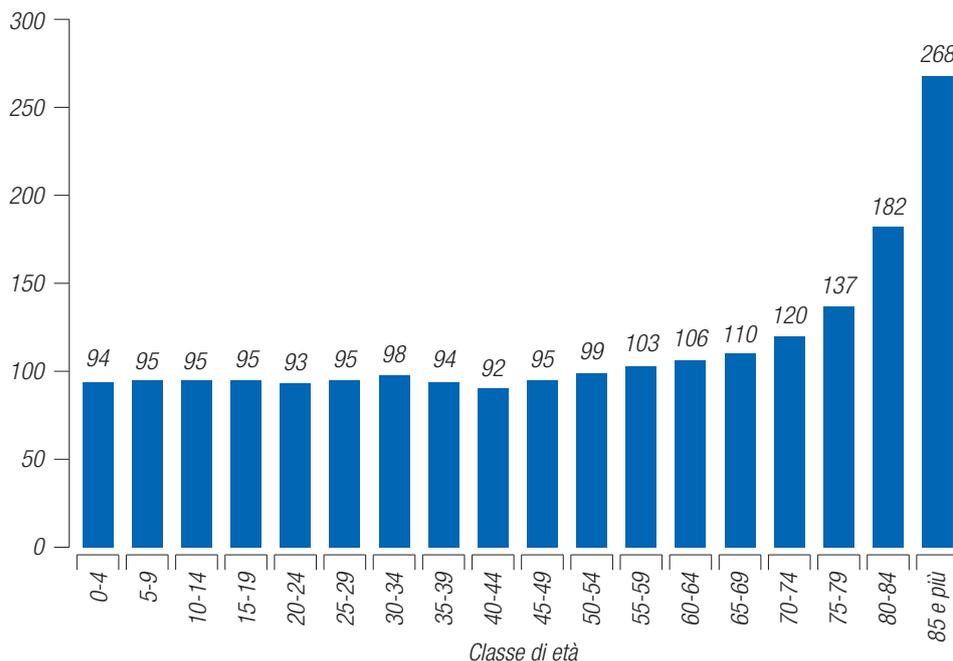
Tabella 1: **Popolazione femminile sul totale della popolazione nei paesi dell'Unione Europea – Anno 2006**

Paese	Totale popolazione*	Numero di donne*	Donne in %
EU 27	492.852,3	252.400,5	51,2
EU 25	463.523,4	237.350,0	51,2
Lettonia	2.294,6	1.237,3	53,9
Estonia	1.344,7	725,4	53,9
Lituania	3.403,3	1.816,6	53,4
Ungheria	10.076,6	5.292,0	52,5
Polonia	38.157,0	19.703,2	51,6
Portogallo	10.569,6	5.453,8	51,6
Slovacchia	5.389,2	2.773,3	51,5
Bulgaria	7.718,7	3.975,2	51,5
Austria	8.265,9	4.246,6	51,4
Italia	58.751,7	30.224,8	51,4
Francia	62.886,2	32.336,9	51,4
Repubblica Ceca	10.251,1	5.248,4	51,2
Romania	21.610,2	11.075,1	51,2
Germania	82.438,0	42.098,0	51,1
Finlandia	5.255,6	2.683,2	51,1
Belgio	10.511,4	5.367,6	51,1
Slovenia	2.003,3	1.021,9	51,0
Regno Unito	60.393,1	30.815,1	51,0
Spagna	43.758,2	22.197,0	50,7
Cipro	766,4	388,6	50,7
Lussemburgo	459,5	232,7	50,6
Grecia	11.125,2	5.617,0	50,5
Danimarca	5.427,4	2.741,6	50,5
Paesi Bassi	16.334,2	8.256,8	50,5
Svezia	9.047,7	4.561,2	50,4
Malta	404,3	203,7	50,4
Irlanda	4.209,0	2.107,1	50,1
Alto Adige	485,8	245,6	50,5

*valori in migliaia

Fonte: EUROSTAT, ASTAT

Figura 1: Numero di donne ogni 100 uomini – Provincia di Bolzano - Anno 2006



Fonte: ASTAT

L'elevato rapporto di femminilità nelle classi di età più anziane è anche in parte il risultato di una differente speranza di vita tra uomini e donne. Infatti, in provincia di Bolzano, in linea con i valori sia nazionali che europei, le donne vivono mediamente circa 6 anni in più rispetto agli uomini (nel 2006 la speranza di vita alla nascita per una donna altoatesina era di 84,4 anni contro i 78,5 anni per l'uomo).

1.2. PRINCIPALI CAUSE DI MORTE

I tassi di mortalità hanno andamenti crescenti al crescere dell'età e gli uomini presentano livelli di mortalità sempre più elevati rispetto alle loro coetanee donne. Diversa è l'incidenza delle differenti cause di decesso per i due generi, anche se a causa dell'invecchiamento della popolazione, sono soprattutto le malattie cardio-vascolari a determinare la morte. I tumori restano, invece, la principale causa di decesso in età non avanzate.

Nel 2004 in Alto Adige le malattie del sistema circolatorio hanno rappresentato la prima causa di morte per le donne con un tasso standardizzato per 10 mila abitanti di 23,75 (35,23 negli uomini). La seconda causa è costituita dai tumori maligni con 16,78 decessi per 10mila abitanti (34,84 negli uomini). Le differenze in termini assoluti osservate tra i generi sono da attribuire sia alla struttura per età della popolazione femminile, più anziana rispetto a quella maschile, sia ai diversi rischi di morte per specifiche cause, riconducibili anche a fattori di natura fisiologica e a determinati comportamenti.

Tabella 2: **Tassi standardizzati di mortalità femminile per le principali cause di morte, per regione di decesso – Anno 2004**

	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Malattie dell'apparato respiratorio	Totale
Piemonte	17,91	22,20	3,10	55,18
Valle d'Aosta	21,20	17,79	2,54	56,71
Lombardia	19,18	19,64	2,78	52,46
P.A. Bolzano	16,78	23,75	3,49	53,83
P.A. Trento	16,91	21,01	2,53	48,81
Veneto	16,60	19,42	2,85	49,97
Friuli-Venezia Giulia	18,34	21,10	3,16	54,74
Liguria	17,02	19,97	2,16	52,98
Emilia Romagna	18,07	20,58	2,63	52,68
Toscana	17,10	20,25	2,29	50,67
Umbria	16,19	22,00	2,62	50,64
Marche	15,94	19,64	1,89	48,07
Lazio	17,67	23,51	2,35	55,81
Abruzzo	11,75	22,10	2,43	49,02
Molise	16,50	22,78	2,30	52,98
Campania	16,04	28,13	2,55	61,93
Puglia	14,37	22,37	2,11	53,13
Basilicata	14,20	24,59	2,30	54,68
Calabria	12,37	25,90	2,04	54,28
Sicilia	15,23	28,38	2,34	60,92
Sardegna	15,26	19,76	2,96	52,77
Italia	16,84	22,16	2,57	53,93

Fonte: ISTAT, Stime preliminari della mortalità

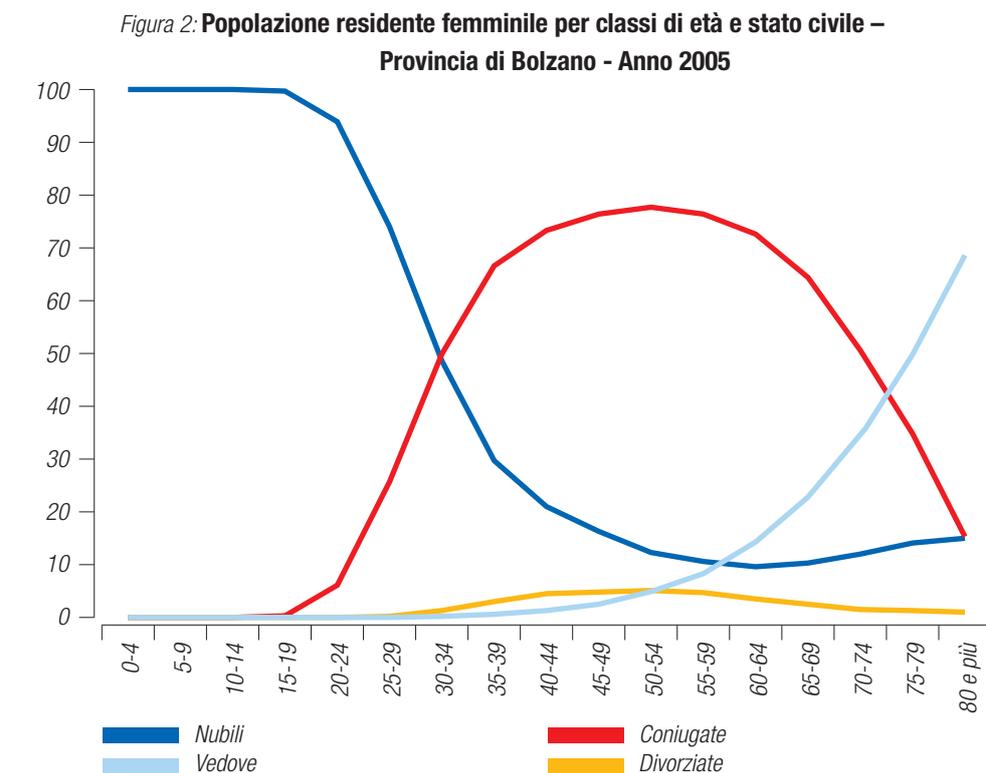
1.3. ASPETTI SOCIALI IN NUMERI

Come già accennato all'inizio, la popolazione femminile residente in provincia di Bolzano nel 2006 comprendeva 245.578 donne, di cui 52.944 (21,6%) minori di ventanni, 144.737 (58,9%) di età compresa tra 20 e 64 anni e 47.897 (19,5%) ultra 65enni. La presenza femminile nella popolazione è inferiore a quella maschile nell'età giovanile per poi aumentare con il passare degli anni fino a raggiungere una netta femminilizzazione della popolazione anziana.

Tra i 20 e 34 anni la percentuale di donne nubili si dimezza, dopodiché inizia un calo costante e progressivo che si stabilizza con una leggera crescita solo dopo i 60 anni. Andamento opposto presenta la percentuale di donne coniugate che sale dal 25 al 65% circa attorno ai 35 anni e dopo un picco verso i 50 anni inizia a calare a 60/65 anni circa per lasciare il passo al progressivo aumento delle vedove. Va ricordato che questa classificazione non consente di distinguere le convivenze.

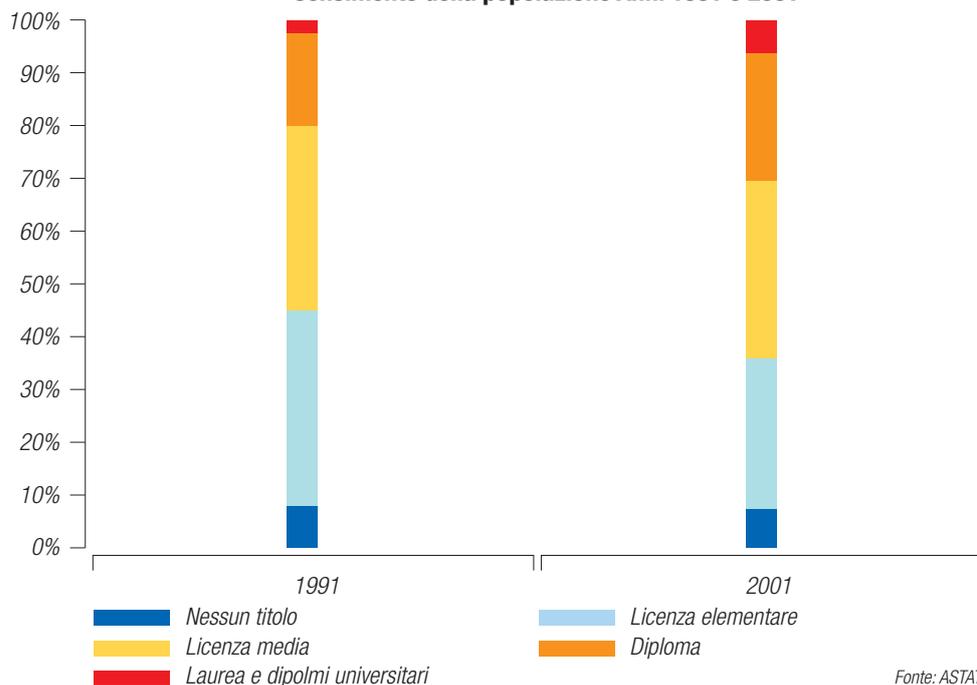
STATO CIVILE

TITOLI DI STUDIO



Tra il 1991 e il 2001 è aumentata la quota di donne con un titolo di studio superiore o con laurea. In particolare il numero delle ragazze diplomate e laureate è leggermente superiore a quello dei ragazzi e l'orientamento allo studio è rivolto anche a settori nuovi o che un tempo erano considerati maschili.

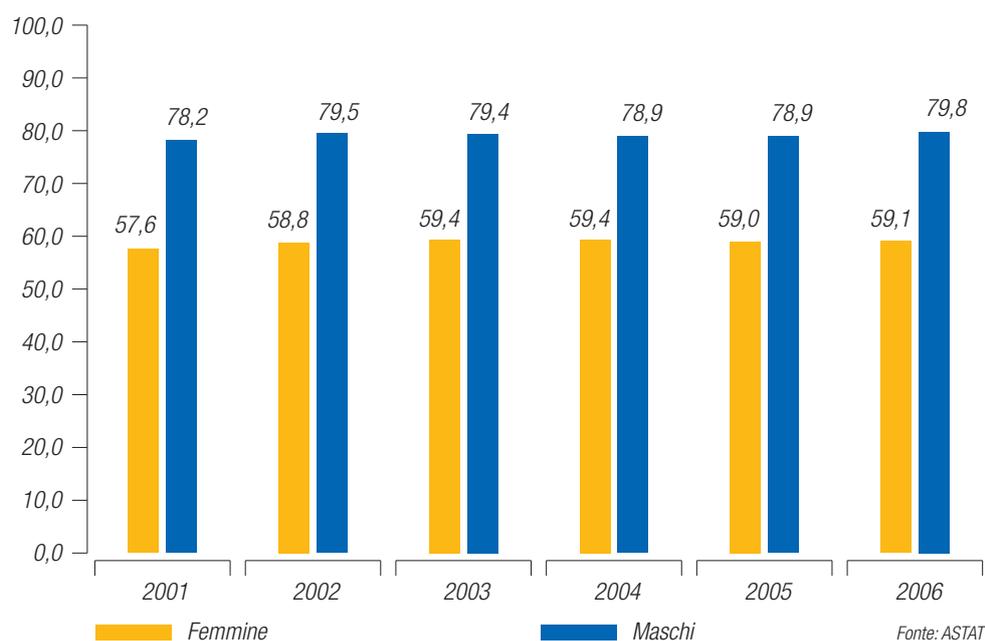
Figura 3: Popolazione residente femminile per grado d'istruzione – Provincia di Bolzano – Censimento della popolazione Anni 1991 e 2001



LAVORO

Nonostante la grave crisi produttiva che perdura a livelli nazionali e internazionali da circa vent'anni, la percentuale di donne lavoratrici altoatesine registra un continuo leggero aumento, se pur in alcuni anni con piccole oscillazioni, per raggiungere nel 2006 un tasso di attività¹ pari al 61,4% e un tasso di occupazione² del 59,1%. La crescita risente in particolare delle donne al di sopra dei 25 anni mentre le più giovani possono risentire dell'azione congiunta della riduzione della natalità, del maggior numero di anni passati a studiare e delle reali difficoltà nel trovare un lavoro. Sempre nel 2006 il tasso di disoccupazione femminile è stato del 3,6%, quasi il doppio di quello maschile.

Figura 4. Tasso di occupazione per sessi – Provincia di Bolzano – Anni 2001-2006



La conciliazione di ruolo di lavoratrice e di madre rappresenta per le donne oggi una delle sfide più complesse. La più intensa partecipazione al mercato del lavoro fa sì che spesso la donna si trovi sulle spalle le stesse responsabilità dell'uomo fuori casa e un carico ben più gravoso nella vita familiare. Carico che dipende dalla cura dei figli e della casa, ma anche, sempre più spesso, dall'accudimento di familiari anziani, malati e disabili.

1.4. DETERMINANTI DI SALUTE

Il fumo, l'eccesso di consumo alcolico e l'eccesso di peso espongono la popolazione a maggiori rischi per le condizioni di salute. I governi europei negli ultimi anni hanno investito risorse per sensibilizzare la popolazione rispetto ai rischi che comportamenti alimentari e stili di vita sbagliati possono comportare.

La percentuale di fumatori abituali è in tutti i paesi europei maggiore tra gli uomini che tra le donne. Si distingue solo la Svezia, dove la quota di fumatrici supera di due punti percentuali quella dei fumatori di sesso maschile.

FUMO

¹Tasso di attività: percentuale di forze di lavoro in rapporto alla popolazione residente tra 15 e 64 anni inclusi

²Tasso di occupazione: percentuale di occupati in rapporto alla popolazione residente tra 15 e 64 anni inclusi

Solo di recente le donne fumatrici altoatesine, dopo un incremento percentuale notevole negli ultimi anni (quasi due punti percentuali di aumento medio annuale), hanno iniziato a registrare valori di prevalenza in continuo ribasso, raggiungendo nel 2006 una percentuale del 15% con un numero medio di sigarette giornaliere pari a 9. Negli anni passati, comunque, le donne fumatrici altoatesine sono sempre risultate percentualmente al di sopra dei valori medi nazionali.

Tabella 3: **Percentuale di donne fumatrici – Confronto Italia, P.A. di Bolzano - Anni 2001-2006***

Anno	Italia	Alto Adige
2001	16,9	18,7
2002	17,1	19,8
2003	17,4	22,5
2005	16,2	18,9
2006	n.d.	15,0

*Nel 2004 l'indagine Multiscopo non è stata effettuata

Fonte: ISTAT, ASTAT

ALCOL

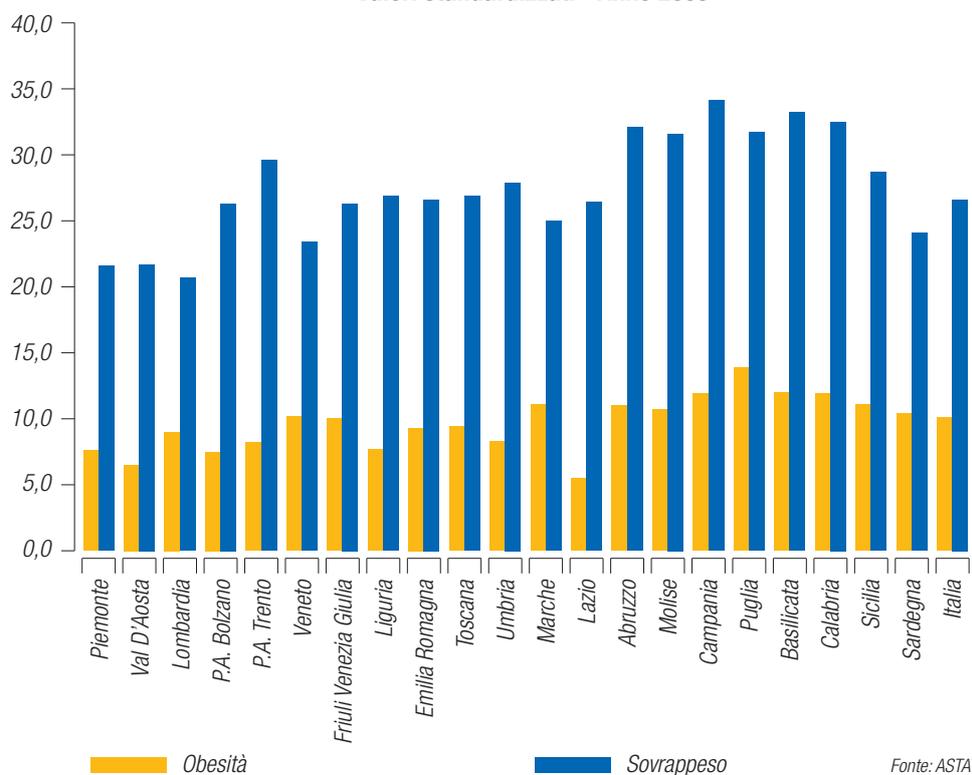
L'abitudine al fumo è spesso associata ad altri comportamenti a rischio, come l'eccesso di consumo alcolico. Studi nazionali e internazionali hanno evidenziato come il problema dell'abuso di alcol riguarda sempre più da vicino il mondo giovanile e in particolare le ragazze, che vi ricorrono, probabilmente per sentirsi più sicure ed essere accettate dal gruppo; altro periodo di rischio nella vita delle donne è quello a cavallo dei 40/50 anni, quando molte di esse si trovano a fare un bilancio della propria vita, bilancio, che spesso, risulta deludente.

In Alto Adige nel 2006 i consumatori giornalieri di bevande alcoliche, secondo l'Istat, sono stati quasi un quarto (24,0%) della popolazione di 11 anni e più, con marcate differenze fra i sessi: 34,9% i maschi e 13,4% le femmine.

PESO E ALIMENTAZIONE

La diffusione di abitudini alimentari scorrette e l'obesità rappresentano un problema di grande rilevanza epidemiologica, sociale ed economica poiché, insieme all'inattività fisica, costituiscono uno dei principali fattori di rischio per molte malattie cronicodegenerative. In termini percentuali le donne altoatesine (considerando la popolazione femminile dai 18 anni in su) sono meno soggette a forti problemi di peso, quali appunto l'obesità, ma sono più predisposte ad essere in sovrappeso. Infatti rispetto ad una media nazionale pari al 10,1% di donne con problemi di obesità e al 26,6% di donne in sovrappeso, in Alto Adige si ha un valore del 7,5% nel primo caso, mentre la prevalenza di donne altoatesine con problemi di sovrappeso è pari ad 26,3% (valore medio per il Nord –Italia pari al 23,2%).

Figura 5: Donne di 18 anni e più con problemi di obesità o in sovrappeso per regione italiana – Valori standardizzati - Anno 2005



Consumare i salumi giornalmente, o carne e formaggi più di una volta al giorno è considerato “consumo eccessivo” e quindi dannoso per la salute personale. Tra le donne della provincia di Bolzano l’11,4% consuma almeno giornalmente salumi (oltre una ragazza ogni quattro con età tra 14-19 anni ha dichiarato di consumare giornalmente salumi), mentre l’uso quotidiano dei formaggi nella propria alimentazione viene adottato da circa una donna su due.

Tabella 4: **Abitudini alimentari nella popolazione femminile di tre anni e oltre in provincia di Bolzano – Consumo giornaliero – Anno 2006**

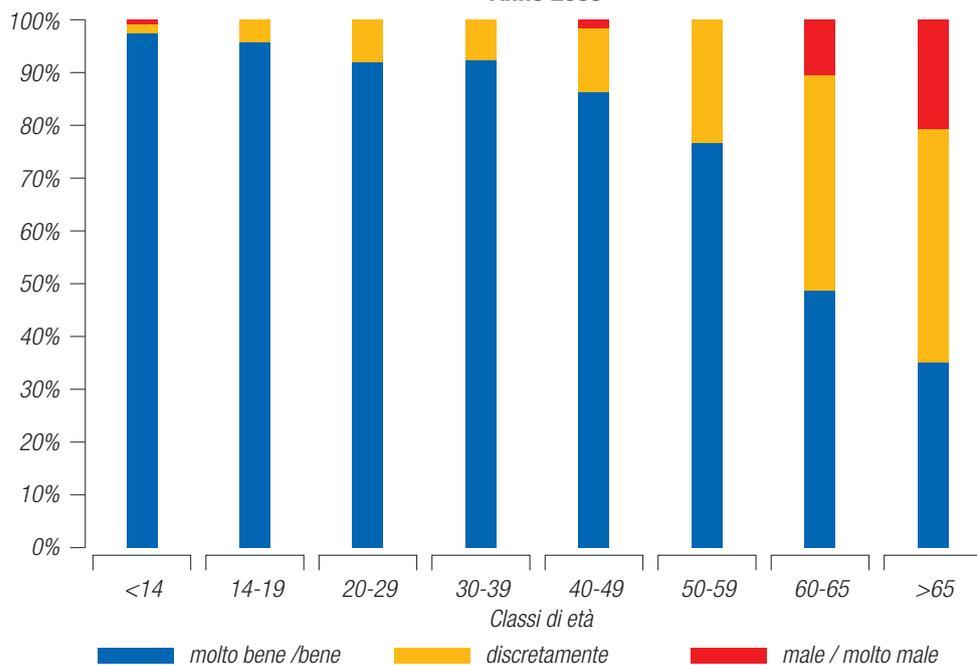
Classe di età	Alimenti										
	Pane Pasta	Salumi	Carne bianca	Carne bovine	Latte	Formaggio	Uova	Pesce	Verdure in foglie	Altra verdura	Frutta
03-13	74,9	12,5	2,1	1,0	74,1	55,4	6,2	-	46,6	31,8	65,5
14-19	70,3	28,5	-	-	56,4	47,0	3,3	-	55,8	42,8	65,8
20-29	72,2	4,1	4,1	4,1	64,6	49,7	3,0	-	55,1	46,2	69,2
30-39	69,7	11,3	0,9	0,9	64,4	54,4	5,4	-	69,2	50,7	76,9
40-49	72,6	13,5	1,7	0,8	65,5	43,1	4,7	-	73,1	46,3	73,1
50-59	70,1	7,8	2,3	2,4	65,4	35,8	2,2	2,5	69,4	51,6	79,2
60-65	79,5	8,0	4,4	2,8	64,6	43,1	1,4	1,5	60,5	38,3	78,1
65+	74,4	11,1	1,5	0,7	79,2	46,1	7,2	0,7	62,1	49,9	75,2
TOTALE	72,8	11,4	2,1	1,5	68,1	47,3	4,6	0,5	62,5	45,7	73,3

Fonte: ASTAT

1.5. PERCEZIONE DELLA SALUTE

“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto assenza di malattia o infermità” (OMS, Organizzazione mondiale della Sanità) e la percezione dello stato di salute della popolazione viene utilizzata in molti paesi europei come indicatore globale delle condizioni di salute della popolazione.

Figura 6: **Percezione dello stato di salute della popolazione femminile – Provincia di Bolzano – Anno 2006**



Nel 2006 circa il 78% delle donne altoatesine ha considerato il suo stato di salute buono/molto buono. Questa percentuale è ovviamente più alta nelle fasce d'età più giovani e cala proporzionalmente all'aumentare dell'età. Tuttavia, indipendentemente dall'età, tra le donne si registra una quota più alta di persone che valutano il proprio stato di salute non buono, in generale il 22,4% contro il 17,3% degli uomini, che aumenta al 65,0% per le prime contro il 47,9% per i secondi nelle classi di età più anziane. Queste differenze possono essere, in parte, lette come effetto della longevità femminile ma non possono esimersi dal sottolineare la delicatezza del rapporto tra donne e salute, dove appunto appare evidente che il binomio “vita più lunga = miglior stato di salute” non può essere considerato veritiero.

2. MORBILITÀ

2.1. MALATTIE CRONICHE

L'allungamento della vita e l'aumento della popolazione anziana sono fenomeni che hanno interessato negli ultimi decenni tutti i paesi occidentali e l'Italia in particolar modo. Spesso però l'allungamento della vita si accompagna ad un crescente periodo vissuto in difficili condizioni di salute e, come già accennato nel capitolo precedente, la struttura della popolazione femminile risente in maniera incisiva di questo fenomeno.

In provincia di Bolzano nel corso del 2006 le donne affette da almeno una patologia cronica erano il 26,4% dell'intera popolazione femminile pari a 65.501 persone, contro il 21,9% degli uomini (52.557 persone). Tralasciando la classe di età neonatale, dove i tassi risentono della variabilità causata dai piccoli numeri, proprio a partire dai 15 anni, età dalla quale iniziano a manifestarsi le differenze tra i due sessi, le donne registrano costantemente valori di cronicità leggermente più elevati rispetto agli uomini.

Tabella 1: **Tassi reali grezzi di cronicità per sesso e classe di età per 100.000 abitanti – Provincia di Bolzano - Anno 2006**

Classe di età	Donne	Uomini
00	4.124,95	4.000,00
01-04	2.882,95	4.317,77
05-14	2.866,52	4.124,77
15-44	8.831,75	7.152,76
45-64	33.315,10	30.880,23
65-74	63.457,16	63.098,81
>74	79.808,54	79.567,84
TOTALE	26.368,95	21.862,22

Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

Su un totale di 35 patologie croniche analizzate, le donne presentano tassi standardizzati¹ maggiori nel 51% dei casi. Valori più elevati si registrano soprattutto nelle patologie autoimmuni e in quelle endocrinopatiche. Tassi nettamente più elevati per le patologie quali tiroide di hashimoto e ipotiroidismo. Rispetto a queste ultime patologie, i dati confermano la letteratura medica per cui la tiroidite cronica autoimmune è nettamente superiore nel sesso femminile: in Alto Adige nel 2006 la prevalenza reale è stata di 776 casi ogni 100mila donne contro gli 89 casi degli uomini; questa malattia, poi, da frequente evoluzione verso l'ipotiroidismo, che infatti a sua volta ha registrato un tasso reale grezzo femminile di 5.210 casi per 100.000 contro un valore maschile di prevalenza reale di 1.142 casi.

¹ Tassi che annullando l'effetto dovuto alla struttura demografica, misurano una maggiore o minore propensione ad ammalarsi

Tabella 2: **Patologie croniche per sesso – Provincia di Bolzano - Anno 2006**
Tassi standardizzati per 100.000 abitanti

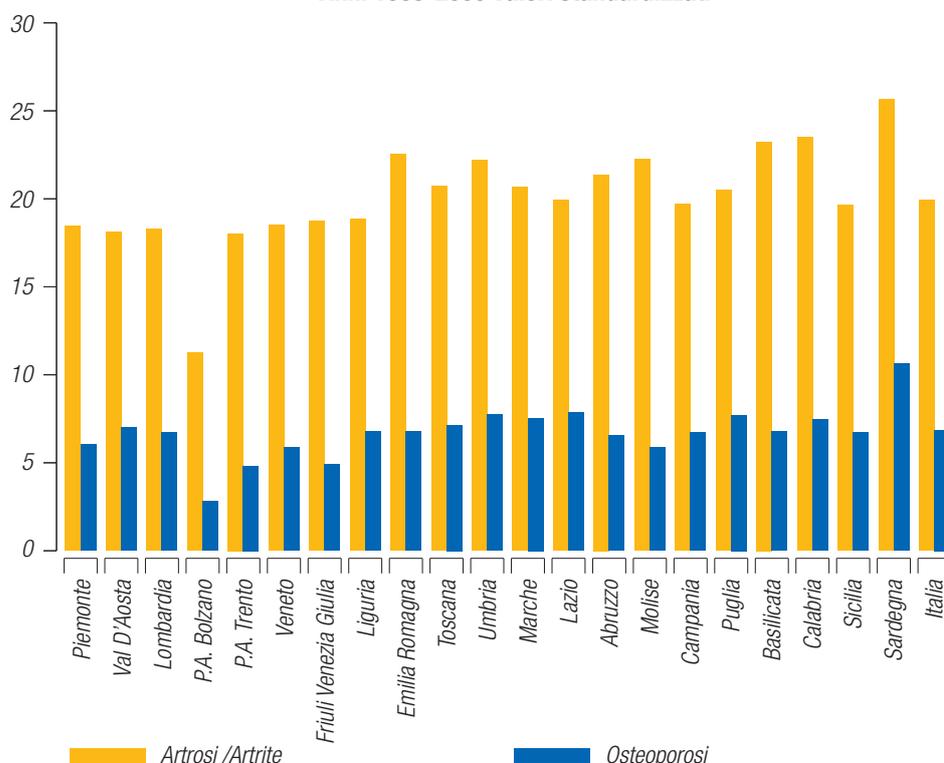
Cronicità	Donne	Uomini
Portatori di trapianto	71,19	120,08
Insufficienza renale	267,29	565,91
HIV e AIDS	36,8	72,85
Neoplastici	2.928,02	3.227,66
Diabete	2.021,34	2.904,36
Ipertensione	9.417,65	9.953,47
Cardiopatìa	3.626,95	5.341,82
Vasculopatia	632,83	1.167,74
Broncopneumopatia	2.093,26	2.877,72
Epato-Enteropatia	531,64	944,79
MRGE	577,02	743,61
Epilessia	599,95	738,88
Parkinson	445,47	461,41
Alzheimer	119,18	88,42
Sclerosi multipla	159,46	74,03
Neuromielite ottica	0,41	-
Demenze	106,47	97,19
Artrite reumatoide	444,16	183,00
LES	96,78	21,70
Sclerosi sistemica	34,36	7,80
Malattia si Sjörgen	40,76	5,16
Spondilite anchilosante	19,83	34,36
Miastenia gravis	12,27	9,82
Tiroidite di Hashimoto	764,02	89,04
Anemie emolitiche	7,04	9,13
Acromegalia	11,06	7,80
Diabete insipido	8,31	7,26
Morbo di Addison	17,03	13,93
Iper-ipoparatiroidismo	42,73	16,06
Ipotiroidismo	4.276,65	992,19
Sindrome di Cushing	9,28	4,34
Morbo di Basedow	279,06	73,77
Nanismo ipofisario	33,50	44,63
Dislipidemie	2.242,69	3.072,78
Psicosi	1.107,84	665,06

Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

Oltre le 35 patologie analizzate con lo studio “mappatura”, esistono ovviamente altre malattie croniche, i cui dati di prevalenza ufficiali sono però ricavabili da indagini campionarie ISTAT che si basano sulle dichiarazioni soggettive degli intervistati, piuttosto che su basi dati epidemiologiche. Da questi dati emerge come l’osteoporosi e l’artrosi colpiscono rispettivamente il 3,1% e il 12,0% della popolazione femminile altoatesina, registrando comunque, in provincia di Bolzano, i valori più bassi rispetto a tutto il territorio nazionale.

**TASSI DI
OSPEDALIZZAZIONE**

Figura 1: Donne che dichiarano artrosi-artrite e/o osteoporosi per regione italiana – Anni 1999-2000 Valori standardizzati



Fonte: ISTAT, Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

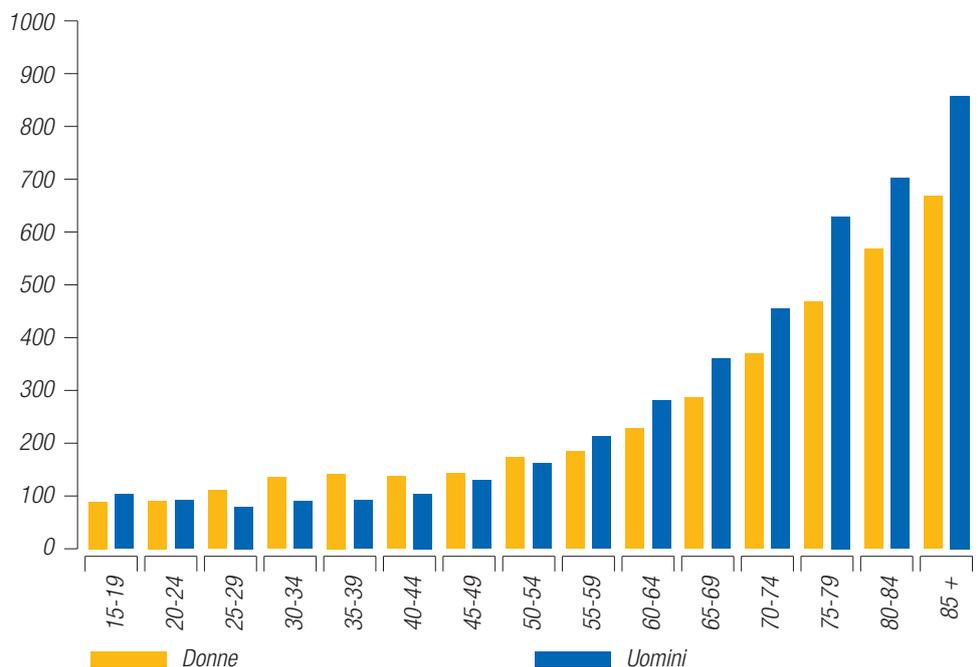
2.2. RICOVERI OSPEDALIERI

Nel caso dei ricoveri ospedalieri, non emergono grandi differenze tra i sessi, se non rispetto all'effetto di gravidanza, parti e patologie ad esse correlate, che nelle donne può incidere sulla determinazione del ricovero.

Infatti, mentre i tassi di ospedalizzazione² maschile per ricoveri per acuti risultano più elevati nelle classi di età estreme (dovuti per lo più ad un'incidenza maggiore di traumatismi nell'età giovanile e a malattie circolatorie in quelle più anziane), nelle fasce d'età centrali, per effetto appunto delle patologie e dei disturbi annessi a gravidanza e all'apparato riproduttivo femminile nonché agli aborti (escludendo i ricoveri per parto), i valori di ospedalizzazione delle donne risultano maggiori, comportando, conseguentemente, un sostanziale equilibrio tra i tassi medi totali (tasso di ospedalizzazione per ricoveri per acuti nel 2006 pari a 196,50 ogni 100mila donne e 187,58 ogni 100mila uomini).

² Vengono considerati i ricoveri complessivi effettuati anche nelle strutture austriache e del resto d'Italia da pazienti altoatesini residenti

Figura 2: Tasso di ospedalizzazione per ricoveri acuti (esclusi i parti) per sesso per 100.000 abitanti – Provincia di Bolzano – Anno 2006



Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Escludendo i ricoveri per parto per le donne altoatesine (eventi frequenti nella popolazione che occupano comunque sempre il primo posto nella graduatoria dei ricoveri), in generale, i principali DRG sono rappresentati dall’"intervento su cristallino con o senza vitrectomia" (DRG 039), che registra percentuali di prevalenza consistenti quasi esclusivamente nelle fasce di età più anziane e per cui il 92,6% dei ricoveri viene effettuato in regime diurno, seguito dal DRG relativo agli "Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne" (DRG 359).

DRG

Tabella 3: Ricoveri ospedalieri per acuti (esclusi i parti) delle donne altoatesine per DRG più frequenti – Anno 2006

DRG	Descrizione DRG	Ricoveri	% cumulata
039	Interventi su cristallino con o senza vitrectomia	2.131	4,4
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	1.574	7,7
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1.229	10,2
119	Legatura e stripping di vene	1.008	12,3
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	986	14,4
430	Psicosi	938	16,3
183	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 senza CC	888	18,1
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasia maligne	885	20,0
410	Chemioterapia senza diagnosi secondaria di leucemia acuta	871	21,8

Fonte: aziende sanitarie - Archivio SDO

In età adulta i ricoveri per le donne sono maggiormente correlati a fenomeni di aborto (sia spontaneo che volontario) che avvengono per lo più in regime diurno; dai 40 ai 59 anni si registrano prevalentemente interventi per malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile, dai 60 agli 84 anni sono invece gli interventi sul cristallino a rappresentare le principali cause di ricovero mentre per le donne over 84, in linea con l'andamento per il sesso maschile, prevalgono le malattie e i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio.

Tabella 4: **DRG più frequente per ricoveri ospedalieri acuti femminili per classe di età (esclusi i parti) – Provincia di Bolzano - Anno 2006**

Classe di età	DRG	Descrizione DRG
15-19	167	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC
20-24	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia
25-29		
30-34		
35-39		
40-44	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC
45-49		
50-54	364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasia maligne
55-59		
60-64	039	Intervento su cristallino con o senza vitrectomia
65-69		
70-74		
75-79		
80-84		
84+	127	Insufficienza cardiaca e shock

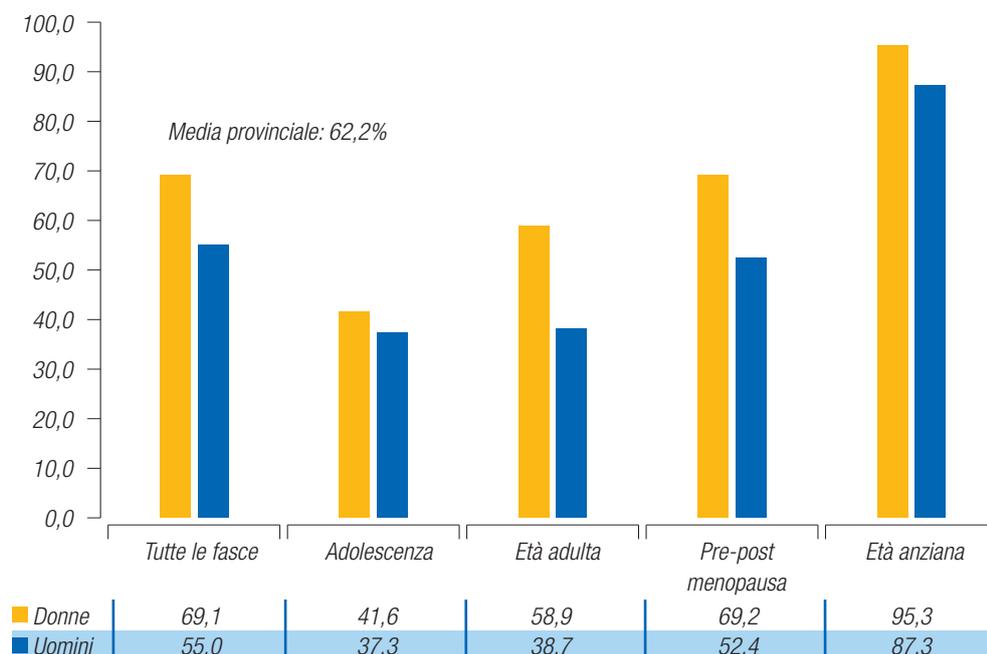
Fonte: aziende sanitarie - Archivio SDO

2.3. DONNE E FARMACI

La comunità scientifica internazionale ha riconosciuto l'importanza della ricerca e della sperimentazione clinica e farmacologia in funzione del sesso. La tutela della salute della donna e una risposta efficace ai suoi bisogni di salute non possono prescindere dalla valutazione delle differenze biologiche esistenti tra i due sessi, differenze che determinano necessariamente una diversa risposta alle terapie farmacologiche (si pensi ad esempio alle fluttuazioni ormonali che scandiscono la vita riproduttiva della donna dalla pubertà alla menopausa o ai profondi cambiamenti durante la gravidanza). Purtroppo però ad oggi questo aspetto ha ricevuto scarsa attenzione poiché i diversi studi clinici che includono le donne sono rari.

Le donne, come si evince anche da studi di farmacoepidemiologia nazionali, ricorrono ai farmaci in percentuale superiore all'uomo. Nel 2006 in Alto Adige il 69,1% delle donne ha registrato almeno una prescrizione farmaceutica, con una differenza di 14 punti percentuali rispetto agli uomini. Questi valori di prescrizione assumono significative oscillazioni nelle diverse fasi della vita: durante l'adolescenza le ragazze rilevano un aumento nel numero di prescrizioni più contenuto rispetto ai coetanei, netta differenza di valori in età fertile, per poi decrescere lentamente nel periodo pre-post menopausa e nell'età anziana (in quest'ultima fascia d'età quasi la totalità delle donne ha bisogno di ricorrere a terapie farmacologiche).

Figura 3: Prescrizioni farmaceutiche per età e sesso – Provincia di Bolzano – Anno 2006



Fonte: Ufficio contabilizzazione ricette – Azienda Sanitaria di Bolzano

Le donne registrano valori più elevati anche in relazione alle quantità medie giornaliere di medicinali assunte (quasi un 23% in più rispetto agli uomini). Ad esempio, assumono quantità maggiori (+21%) per medicinali dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo; un 89% in più di DDD per farmaci del sistema muscolo-scheletrico; un 76% per il sistema nervoso.

DDD

Tabella 5: Consumo di farmaci (DDD/1.000 abitanti die) per ATC e sesso - Provincia di Bolzano - Anno 2006

	DDD/1.000 abitanti pro die	
	Femmine	Maschi
Apparato gastrointest./metab.	57,8	47,7
Sangue e organi emopoietici	55,9	47,8
Sist. cardiovascolare	260,3	253,3
Dermatologici	1,8	2,7
Sist. genitourinario/ormoni	53,5	27,8
Preparati ormonali sistemici	34,2	12,7
Antimicr.gen. per uso sistemico	11,5	10,2
Farmaci antineopl- immunom.	5,6	1,7
Sist. muscolo-scheletrico	33,0	17,5
Sist. nervoso centrale	55,9	31,8
Farmaci antiparassitari	0,9	0,3
Sist. respiratorio	24,1	31,8
Organi di senso	11,0	8,4
Vari	-	0,1
TOTALE	605,8	494,0

Fonte: Ufficio contabilizzazione ricette - Farmaceutica

3. TUMORI MALIGNI FEMMINILI E PROGRAMMI DI SCREENING

3.1. INCIDENZA DI TUMORI MALIGNI FEMMINILI

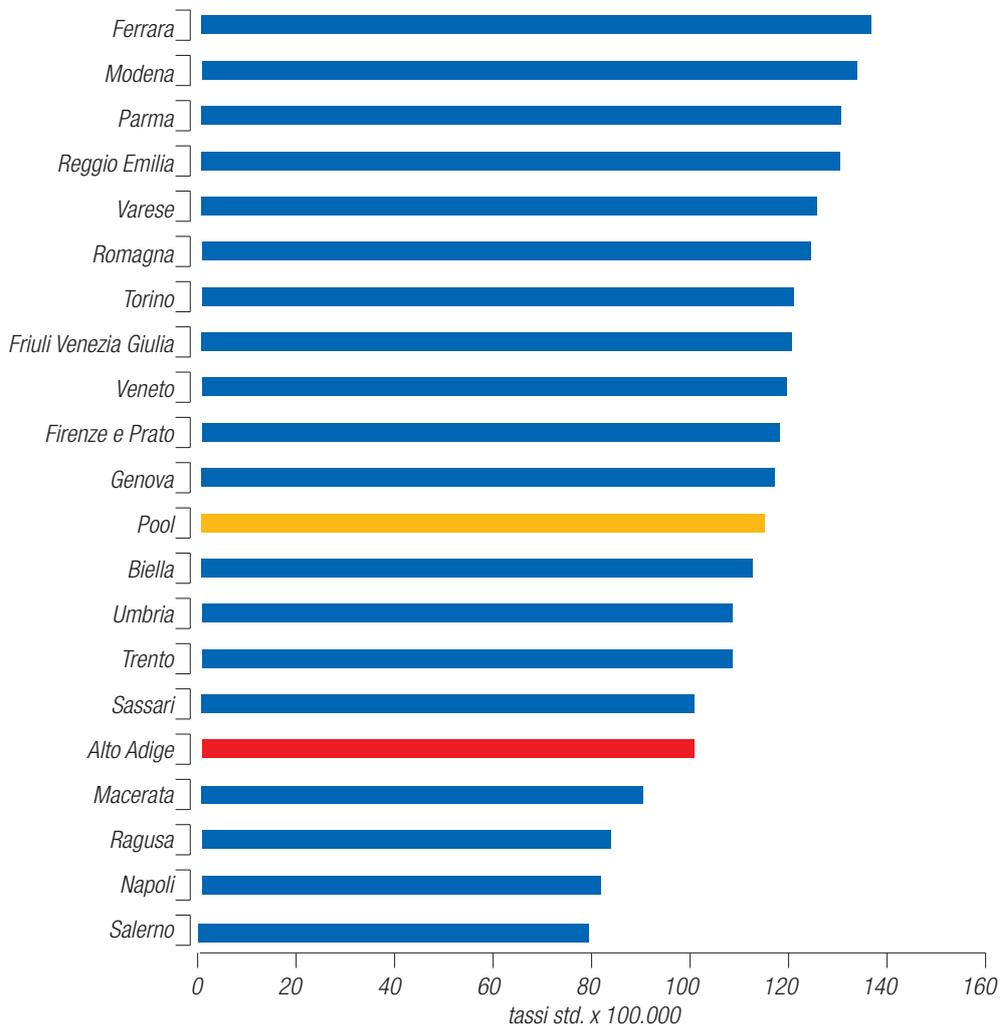
Nell'introdurre la presente sezione va ricordato che in generale l'incidenza delle patologie tumorali nelle donne altoatesine appare meno frequente rispetto a quanto osservato in altri contesti. Per diversi tumori il tasso provinciale è omogeneo o inferiore al valore rappresentativo stimato sulle popolazioni dei 21 registri attualmente operativi sul territorio nazionale. Questo risultato è certamente da porre in relazione allo stile di vita più salutare (seguire una dieta equilibrata, fare movimento, non fumare) che gli altoatesini dichiarano periodicamente di osservare.

Va sottolineata in particolare la minore frequenza con cui il tumore della mammella colpisce le donne altoatesine. Questa patologia è di gran lunga il tumore più frequente nel sesso femminile, rappresentando in genere il 25% di tutti i nuovi casi di tumore diagnosticati. A livello italiano si stimano oltre 36.000 nuove diagnosi all'anno; per una donna, il rischio di avere una diagnosi di tumore della mammella entro i 74 anni è pari a circa 90,2‰ (ovvero si ammala 1 donna ogni 11). Inoltre, in termini di mortalità, è responsabile di poco meno di un quinto dei decessi per patologia tumorale. A livello provinciale, nel quinquennio 1999-2003 sono state effettuate 1.421 nuove diagnosi (120,6 casi ogni 100mila donne), con una media di oltre 280 nuovi casi all'anno. A partire dalle donne con 30 anni, il tumore della mammella è la neoplasia con maggiore rilevanza, variando dal 42% di tutti i tumori diagnosticati alle donne più giovani al 19% nelle donne più anziane.

Nel panorama nazionale, l'Alto Adige si colloca nella parte inferiore della graduatoria dei tassi standardizzati di incidenza, presentando un valore (99,9 per 100mila nel periodo 1999-2003) inferiore rispetto al dato calcolato sul pool dei registri (11,4).

**TUMORE DELLA
MAMMELLA**

Figura 1: Tassi standardizzati di incidenza del tumore della mammella nei registri tumore italiani

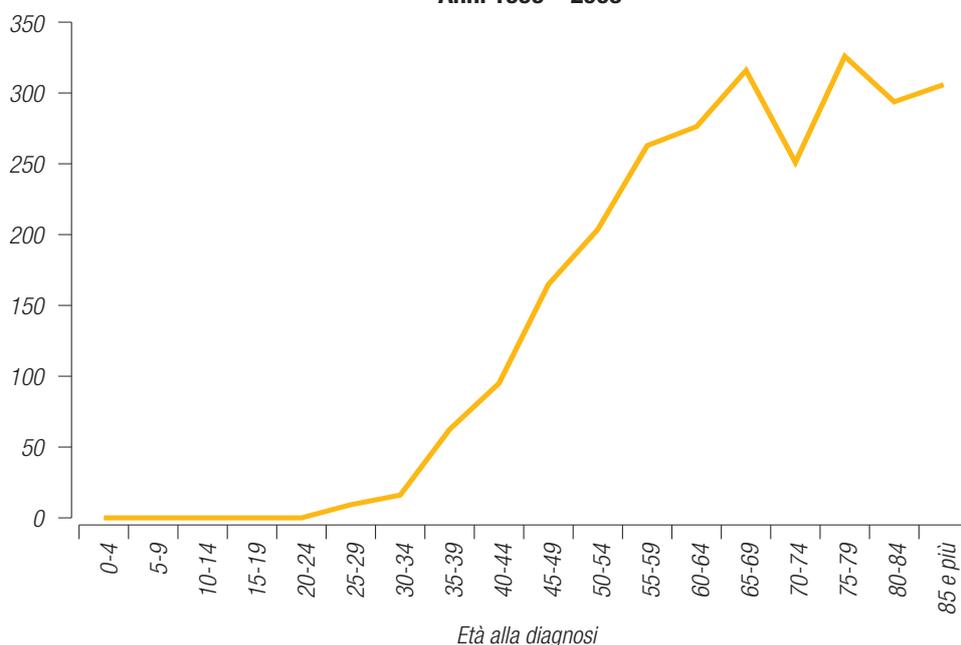


Fonte: Associazione Italiana dei Registri Tumori

Quasi la metà dei tumori (47,8%) viene diagnosticato a donne in età 50-69 anni, che corrisponde alla fascia di età interessata dall'attività di diagnosi precoce di questo tumore.

La curva dell'incidenza per classi di età presenta un andamento che sembra evidenziare un'anticipazione diagnostica del cancro nelle donne sotto i 70 anni: nel corso del primo round di screening 2003-2005 del programma su invito organizzato a livello provinciale, a circa 120 donne sottoposte ad esame di screening mammografico è stata fatta una diagnosi di tumore. Appare quindi importante promuovere con ogni mezzo la partecipazione della donna ad un'iniziativa così importante per la tutela della sua salute, che già da diverso tempo ha dimostrato di poter incidere significativamente sulla mortalità causata da questa neoplasia.

Figura 2: Tassi di incidenza specifici per età (per 100mila) – Tumore della mammella – Anni 1999 – 2003



Fonte: Associazione Italiana dei Registri Tumori

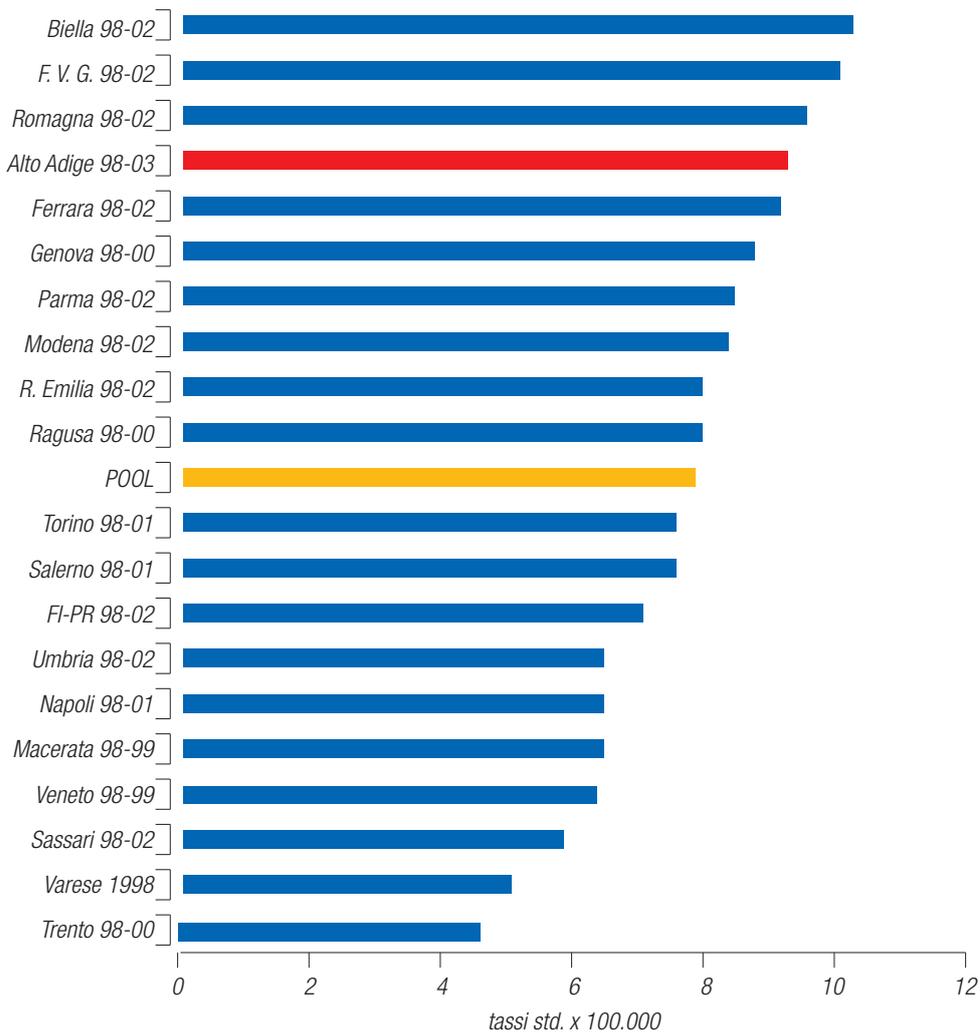
I dati 1999-2003 fanno osservare una maggiore registrazione di nuovi casi tra le residenti nelle aziende di Bolzano e Merano (che riportano tassi standardizzati pari rispettivamente a 106,8 e 101,7 casi per 100mila) rispetto alle donne che vivono a Bressanone (90,7) e Brunico (88,5).

Una seconda neoplasia verso la quale la donna può efficacemente seguire un'attività di diagnosi precoce riguarda il tumore del collo dell'utero. Anche in questo caso, la donna dispone di uno strumento (il Pap-test) che permette l'individuazione di lesioni anticipandone la loro evoluzione in cellule cancerose. L'attività di prevenzione, che nella Provincia di Bolzano riguarda una quota importante della popolazione attraverso lo screening spontaneo e su invito, influisce sicuramente sulla bassa incidenza osservata: in media, vengono registrati meno di 25 nuovi casi all'anno, pari a circa 10 donne ogni 100mila residenti.

A livello italiano i tassi standardizzati oscillano da 5 a 10 casi per 100mila, a conferma della diffusione sul territorio nazionale di una elevata attenzione da parte della popolazione femminile.

IL TUMORE DEL COLLO DELL'UTERO

Figura 3: Tassi standardizzati di incidenza - Tumore del collo dell'utero – Femmine – Italia

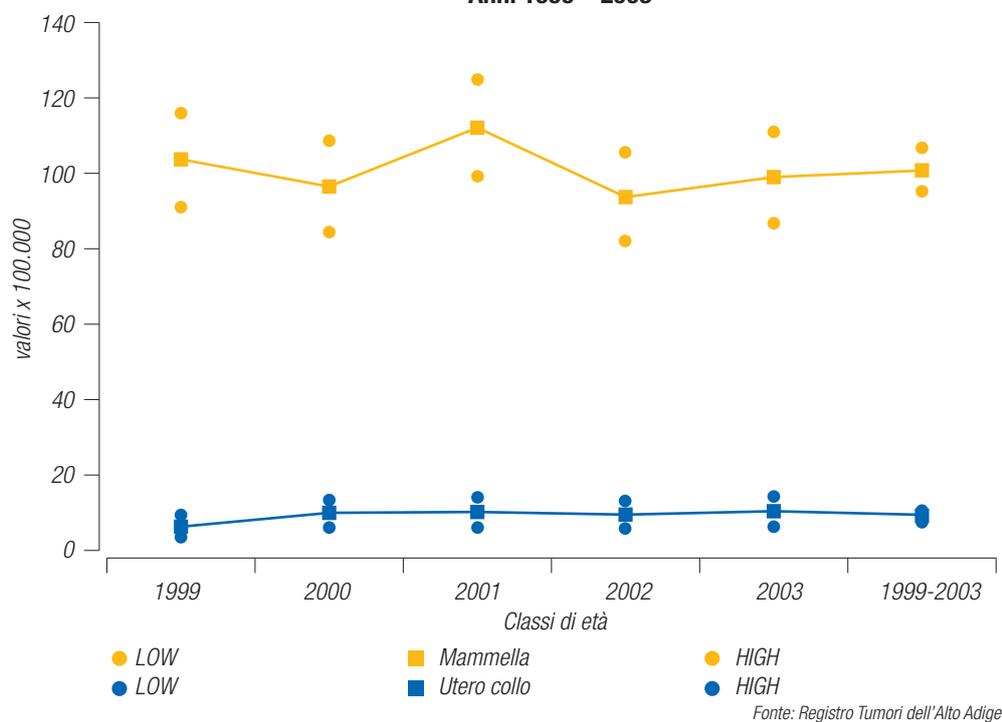


Fonte: Associazione Italiana dei Registri Tumori

ANDAMENTO TEMPORALE

Per entrambi i tumori l'analisi temporale dal 1999 al 2003 non evidenzia trend particolari. Il cancro del collo dell'utero presenta un andamento fortemente stabile nel tempo. Per quanto concerne il tumore delle mammella, pur in presenza di oscillazioni numeriche di un certo rilievo (da 264 a 316 nuovi casi per anno), i tassi non si discostano in modo significativo rispetto al dato rappresentativo per l'intero periodo.

Figura 4: Tassi standardizzati di incidenza - Tumore della mammella e del collo dell'utero - Anni 1999 - 2003



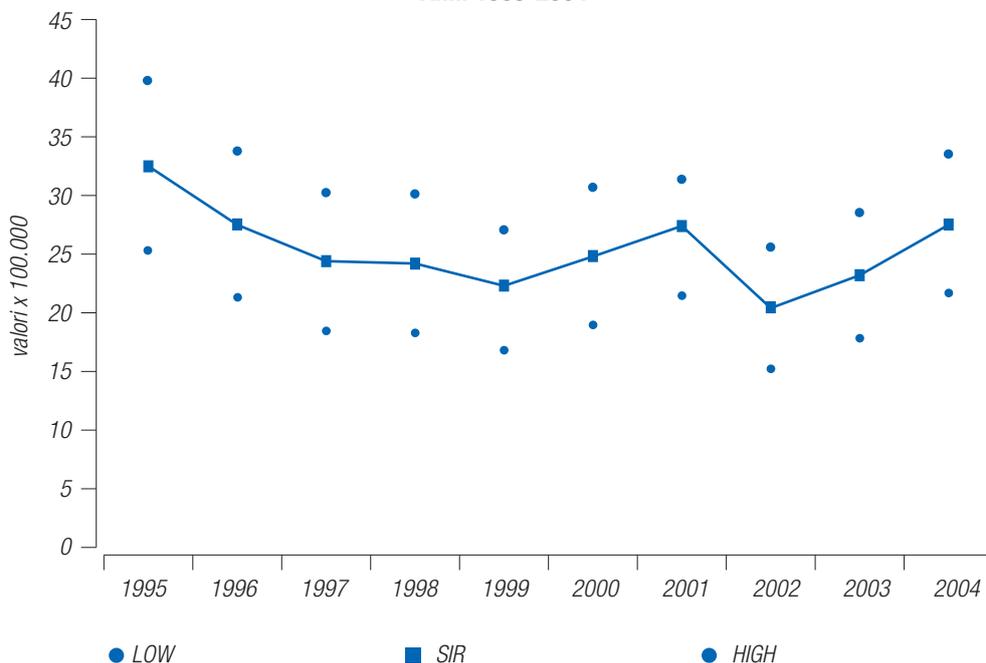
3.2. MORTALITÀ PER TUMORI MALIGNI FEMMINILI

In generale, la mortalità per tumore osservata per le donne altoatesine negli anni 1999-2003 (131,1 decessi per 100mila) risulta molto vicino al dato medio calcolato sull'area coperta dai registri italiani (130,9). Ogni anno poco meno di 500 donne residenti in provincia perdono la vita a causa di un tumore: si tratta in prevalenza di un cancro della mammella (16% dei casi), o del colon-retto (13,6%), o del polmone (8,8%). L'età media della donna al decesso è attorno ai 74 anni, che si abbassa a 71 nel caso del tumore della mammella (in media si verificano 80 decessi all'anno). L'analisi temporale mostra, dopo una fase di decremento tra il 1995 ed il 1999, una certa variabilità del tasso standardizzato di mortalità nel periodo successivo. La sopravvivenza relativa a cinque anni per questo tumore è stimata a livello nazionale attorno al 75%, in linea con il dato europeo.

**PROGRAMMA
PROVINCIALE DI
SCREENING**

POPOLAZIONE OBIETTIVO

Figura 5: Tasso standardizzato di mortalità - Tumore della mammella -
Anni 1995-2004



Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

Sensibilmente più bassa è la mortalità dovuta al tumore del collo dell'utero: 27 altoatesine sono decedute nel quinquennio 1999-2003, mentre 2 sono stati i casi rilevati nel 2004. La sopravvivenza è altissima in tutti i casi diagnosticati nelle prime fasi della malattia, riducendosi poi dal 20 al 65% negli stadi più avanzati del tumore.

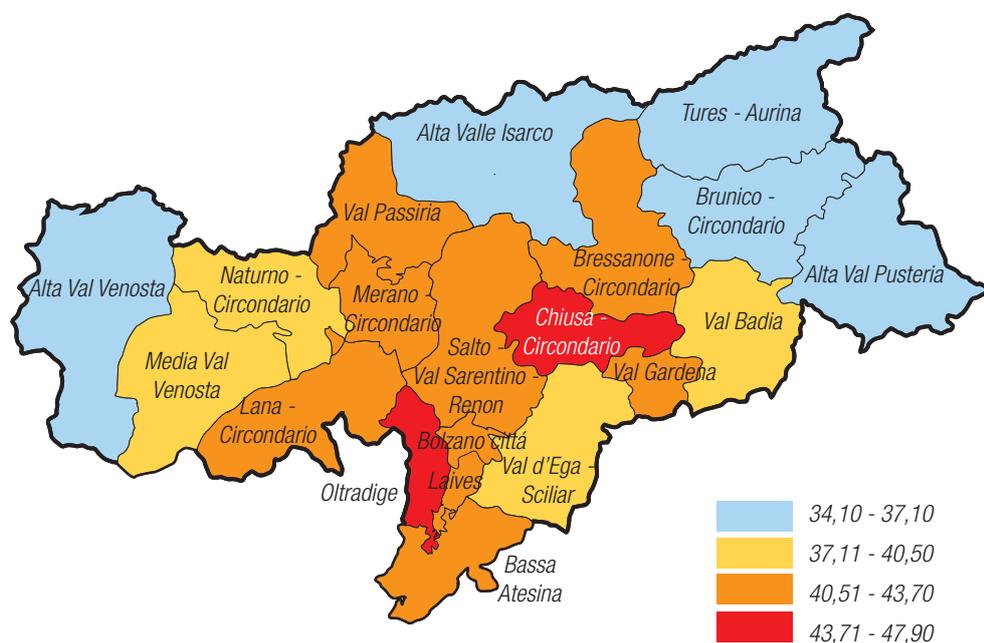
3.3. PROGRAMMA DI DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DELLA CERVICE UTERINA

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 Paptest, 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.

Le donne invitate al programma di screening nell'anno 2006 sono state 30.361: 17.953 donne (59,1%) hanno ricevuto il primo invito, nei rimanenti 12.408 casi (40,9%) si tratta di donne alle quali è stato spedito il primo e/o il secondo sollecito. Il rapporto tra donne invitate e donne residenti evidenzia a livello provinciale un valore pari a 21,8%.

Per stimare la copertura della popolazione femminile ovvero la proporzione di donne che nell'anno hanno effettuato almeno un Pap-test, la compliance al programma su invito va integrata con la quota di donne che hanno spontaneamente effettuato l'esame nel corso dell'anno. Si osserva così che nel 2006 58.467 donne in età 23-65 anni si sono sottoposte almeno ad un Pap-test, pari al 42,0% della popolazione femminile residente. Ripetendo l'analisi per il triennio 2004-2006, si registra che il 75,3% di donne altoatesine in età 20-65 anni presentano almeno una diagnosi citologica.

Figura 6: Distribuzione territoriale della copertura della popolazione femminile - Anno 2006



Fonte: servizio Interaziendale di Anatomia Patologica

La Comunità Europea auspica per questo programma una copertura non inferiore all'85% della popolazione obiettivo. In Italia sono considerate accettabili coperture superiori al 65%, con uno standard desiderabile superiore all'80%.

Recentemente, lo studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per il Salute in Italia) effettuato nel 2005 su un campione di donne residenti in 123 aziende sanitarie in rappresentanza di tutte le regioni italiane, informa che il 70% delle intervistate dichiara di aver eseguito almeno un Pap-test negli ultimi tre anni.

Considerando tutti i Pap-test effettuati indipendentemente dalla presenza della lettera di invito e quindi dalla campagna di screening, sono stati individuati tre carcinomi e 639 displasie (1,1% di tutti i test effettuati), 129 delle quali erano displasie gravi (0,2% dei test), Nel 3,3% dei casi il test ha avuto un risultato dubbio e nel 0,1% un esito di sospetto.

3.4. PROGRAMMA DI DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DELLA MAMMELLA

Lo screening del tumore della mammella in Provincia di Bolzano è contemplato nel programma per la prevenzione e la lotta contro le malattie neoplastiche approvato con delibera della G.P. n. 2076 del 27/04/1992 e successive integrazioni.

Nel mese di ottobre del 2005 ha preso avvio il secondo round del programma provinciale per la diagnosi precoce del tumore della mammella, rivolto ad una popolazione obiettivo composta da 57.818 donne residenti in età compresa tra i 50 ed i 69 anni; ciascuna donna veniva invitata a distanza di almeno 18 mesi dall'ultimo esame mammografico effettuato. Le sedi operative per l'esecuzione della mammografia di screening sono rappresentate dai servizi di radiologia attivi nei presidi ospedalieri pubblici.

Gli esami radiologici vengono refertati presso la radiologia dell'ospedale di Bolzano, ad eccezione delle mammografie eseguite nell'Azienda Sanitaria di Bressanone, che vengono esaminate dai medici radiologi degli ospedali di Bressanone e di Vipiteno.

IL ROUND 2003-2005

ATTIVITÀ NEL 2006

Durante il round 2003-2005 la popolazione raggiunta è risultata pari al 98,6% (55.534 donne) della popolazione obiettivo.

Le donne invitate nel 2006 sono state complessivamente 32.762, e di queste 20.185 risultavano essersi sottoposte a mammografia di screening (pari al 61,6% delle invitate). Di queste, 8.832 (43,4% delle aderenti allo screening) si sono presentate al controllo dopo il ricevimento dell'invito, 3.660 donne (18,0%) hanno anticipato la chiamata mentre 7.863 (38,6%) hanno aderito dopo il secondo invito.

Il tasso grezzo di adesione alla mammografia, calcolato sulla popolazione raggiunta, è stato a livello provinciale pari al 62,1%, includendo in questo dato anche le adesioni spontanee, e oscilla dal 56,1% per l'Azienda Sanitaria di Merano al 70,5% per quella di Bressanone. I valori attualmente raccomandati dal Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (GISMa) per questo parametro sono $\geq 50\%$ (partecipazione accettabile) e $\geq 70\%$ (partecipazione desiderabile).

A livello nazionale, secondo quanto indicato dal Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening (anno 2004), il tasso grezzo di partecipazione allo screening calcolato sul pool dei programmi attivati risulta pari al 56,4%.

Con riferimento alla popolazione sottoposta a screening durante il 2006, sono stati complessivamente 52 i casi positivi rilevati in fase di screening. Rapportando il numero di carcinomi diagnosticati alle donne esaminate, si ottiene un tasso di identificazione grezzo (limitatamente alle diagnosi corredate da istologia positiva) pari a 2,6 tumori per 1.000 donne.

Tabella 1: **Popolazione obiettivo e donne aderenti per classe di età e tipologia di adesione allo screening mammografico - Anno 2006**

	Popolazione obiettivo	Invitate	Aderenti in totale	% adesione	Adesioni spontanee	% spontanee	Positive	Tasso di identificazione (x 1.000)
45-49	5.394	569	357	62,7%	182	51,0%	2	5,6
50-54	13.474	8.312	4.754	57,2%	1.135	23,9%	9	1,9
55-59	13.618	9.235	5.577	60,4%	888	15,9%	10	1,8
60-64	13.037	9.050	5.461	60,3%	775	14,2%	16	2,9
65-69	11.789	5.441	4.068	74,8%	655	16,1%	14	3,4
70-74	506	155	138	89,0%	25	18,1%	1	7,2
TOTALE	57.818	32.762	20.355	62,1%	3.660	18,0%	52	2,6

Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

4. DONNA IN GRAVIDANZA E PIANIFICAZIONE FAMILIARE

L'innalzamento dell'età media al parto delinea soprattutto una tendenza a posticipare l'inizio della vita riproduttiva ma, in parte, indica anche un recupero di fecondità in età matura. Di conseguenza si dedica una maggiore attenzione alla gravidanza e al parto, in particolare ai fattori di rischio per la salute della madre, del feto e del neonato.

Per la tutela della maternità occorre adottare tutti quei provvedimenti che garantiscono alle donne di essere opportunamente salvaguardate sia nel momento in cui affrontano lo stato di gravidanza, sia nel momento in cui si accingono ad affrontare problemi comunque correlati alla tutela del loro diritto ad una maternità serena e responsabile.

4.1. LA NATALITÀ

I 5.618 parti del 2006, registrati attraverso il Certificato di nascita al parto (CedAP), sono avvenuti quasi tutti negli 8 punti nascita presenti in regione, solo 21 si sono tenuti a domicilio. Il 50% dei parti si concentra presso l'ospedale di Bolzano e quello di Merano. Il 94,1% dei parti che avvengono sul territorio è relativo a donne residenti in provincia.

Tabella 1: **Luogo, numero dei parti e residenza delle madri – Anno 2006**

Luogo	Numero di nati	% sul totale dei nati	di cui residenti in PAB	% residenti PAB sul totale nati
Ospedale di Bolzano	1.603	28,5	1.482	92,5
Ospedale di Merano	1.222	21,8	1.202	98,4
Ospedale di Bressanone	757	13,5	749	98,9
Ospedale di Brunico	651	11,6	629	96,6
Ospedale di Vipiteno	493	8,8	406	82,4
Ospedale di San Candido	224	4,0	165	73,7
Ospedale di Silandro	379	6,8	377	99,5
Clinica Santa Maria	268	4,8	257	95,9
A domicilio	21	0,4	20	95,2
TOTALE	5.618	100	5.287	94,1

Fonte: aziende sanitarie - CEDAP

Il tasso di natalità registrato per il 2006 risulta pari a 11,1 nati vivi per 1.000 abitanti, a conferma della lieve flessione che continua ad interessare le nascite (nel 2000 il tasso era di 11,7, nel 2005 di 11,5; fonte Astat).

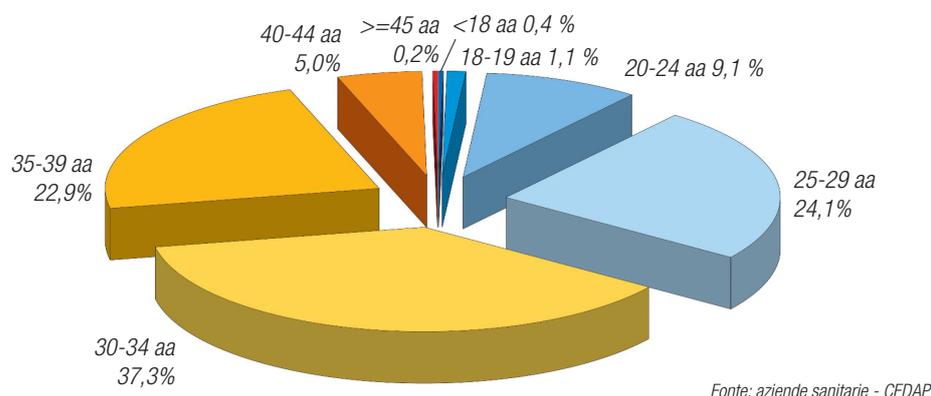
La natalità sempre più bassa è un fenomeno di grande preoccupazione nel contesto nazionale e la provincia di Bolzano, pur appunto registrando anch'essa un continuo abbassamento dei tassi, conferma comunque di avere, insieme alla vicina provincia di Trento e alla regione Campania, i tassi di natalità più elevati rispetto al resto d'Italia. Questa tendenza di maggiore procreatività rispetto ai valori medi nazionali può ricondursi al fatto che l'Alto Adige è una piccola provincia alpina, dove soprattutto nelle zone rurali, la cultura della famiglia, pur nelle sue nuove tipologie, è sempre molto radicata. La scelta di una donna di avere più figli, indipendentemente anche dalla sua situazione di stato civile, è sinonimo di maggiore sicurezza, maggiore indipendenza economica (si pensi alle percentuali di disoccupazione femminile sensibilmente al di sotto delle medie europee). La qualità della vita in Alto Adige è elevata ed è indubbio che l'intera rete dei servizi assistenziali presenti sul

territorio locale, spaziando da quello sanitario a quello sociale a quello culturale, permettono alla donna di poter conciliare il suo ruolo di madre con quello di moglie/compagna e di lavoratrice. Si può dire che in Alto Adige la donna si senta più “protetta e tutelata” dal sistema assistenziale, dal maggior benessere e di conseguenza è più sicura anche nelle sue scelte procreative.

4.2. L'ETÀ MATERNA E LO STATO CIVILE

La popolazione in età fertile al 31 dicembre 2006 (assunta per convenzione come quella tra 15 e 49 anni) era pari a 116.468¹ unità: il 34,9% di questa popolazione con un'età compresa tra 15 e 29 anni, il 33,1% tra i 30 e 39 anni, il 32,0% tra i 40 e 49 anni. Il continuo invecchiamento della popolazione femminile (rispetto al 1995 si registra un calo di quasi 10 punti percentuali rispetto alla quota di donne giovani in età fertile) viene anche confermato dal progressivo innalzamento dell'età materna evidenziatosi nel corso degli ultimi anni. L'età delle madri al momento del parto è passata, in provincia di Bolzano, da 27,8 nel 1980 a 31,8 nel 2006 e si attesta a 29,5 per le donne con cittadinanza straniera e a 32,2 per quelle con cittadinanza italiana. L'innalzamento dell'età media della madre dovuto a posticipazioni delle scelte procreative è conseguenza delle nuove strutture familiari e dei nuovi stili di vita, che riguardano un maggior livello di istruzione e un maggiore coinvolgimento lavorativo delle donne. I dati relativi alle diverse fasce d'età mostrano come nel 2006, 1.573 donne pari al 28,0% del totale delle partorienti, hanno partorito ad un'età uguale o superiore ai 35 anni. Dall'altra parte comunque un'attenzione particolare è da rivolgersi alle mamme giovani e alle coppie adolescenti: infatti il numero di parti di donne con età compresa tra i 14 e i 20 anni è di 83, pari a 1,5% dei parti totali. Si tratta di un gruppo sociale particolarmente in difficoltà a gestire la propria crescita personale e il ruolo genitoriale, con una carenza obiettiva di risorse sociali ed economiche.

Figura 1: Distribuzione percentuale delle donne secondo l'età materna - Anno 2006

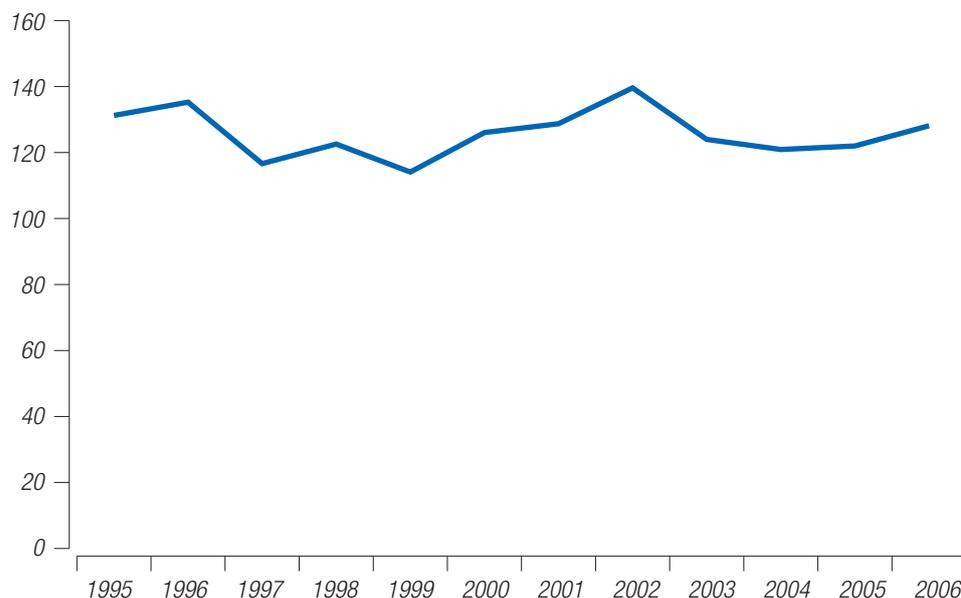


Lo spostamento in avanti dell'età media al parto rappresenta uno dei principali fattori di rischio di abortività spontanea. Dopo aver raggiunto un picco nel 2002 e avere registrato un calo negli anni successivi, nel 2006 il fenomeno ha registrato nuovamente una crescita, con un tasso di abortività spontanea pari a 128 casi ogni 1.000 nati.

**ABORTIVITÀ
SPONTANEA**

¹ Fonte ASTAT

Figura 2: Tasso di abortività spontanea – Provincia di Bolzano – Anni 1995-2006



Fonte: ASTAT

STATO CIVILE

I dati del certificato di assistenza al parto rilevano che il 59,2% delle donne che hanno partorito in Alto Adige sono coniugate, il 38,8% nubili, 1,9% separate o divorziate e lo 0,1% vedove. Se si confronta il dato di stato civile con quello registrato a livello nazionale (83,4% di madri coniugate registrate nel 2004 in Italia) emerge la propensione sempre più elevata delle donne altoatesine ad avere figli al di fuori del matrimonio: questa è una scelta che può comportare maggiore fragilità della famiglia rispetto al matrimonio e per tanto tende a diffondersi lì dove le donne godono di maggiore indipendenza economica.

Tabella 2: Distribuzione percentuale delle madri per stato civile – Anno 2006

	Stato civile		
	Nubile	Coniugata	Separata, divorziata, vedova
P.A. di Bolzano	38,8	59,2	2,0
Italia (2004)	14,0	83,4	2,6

Fonte: aziende sanitarie - CEDAP, Ministero della Salute

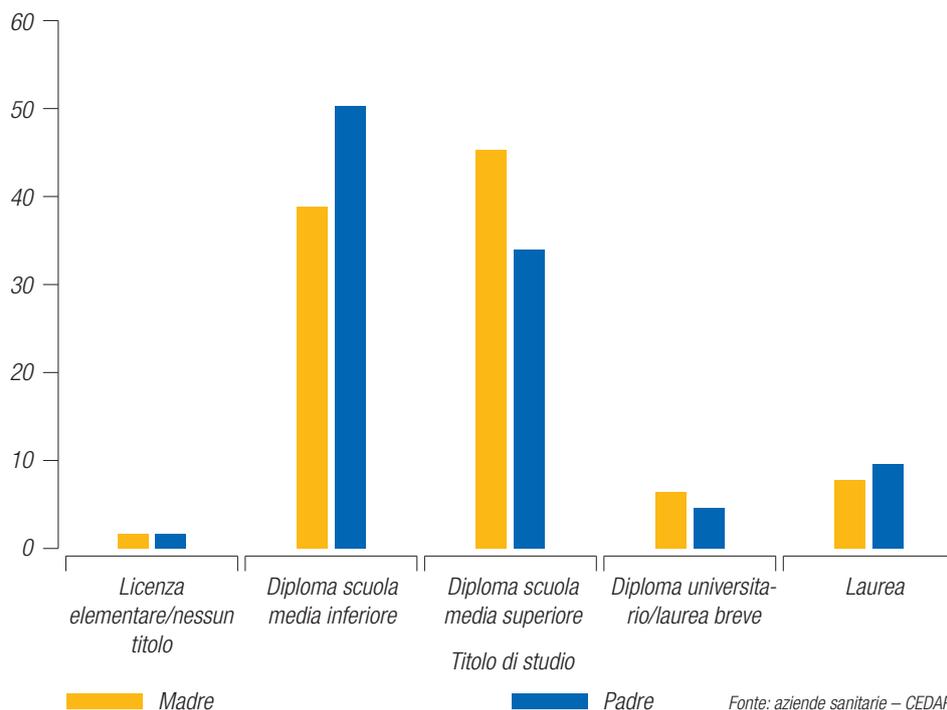
SCOLARITÀ

4.3. SCOLARITÀ E CONDIZIONE PROFESSIONALE

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

Sempre secondo i dati del certificato di nascita al parto, il 40,5% delle madri che hanno partorito presso punti nascita dell'Alto Adige ha una scolarità uguale o inferiore alla licenza di scuola media inferiore (due donne ogni cinque), il 45,3% ha acquisito il diploma di scuola media superiore, il 14,2% è laureata (o ha un diploma di laurea breve). Per ciò che riguarda la scolarità paterna, emerge invece come i padri presentano mediamente dati di prevalenza relativi a scolarità medio bassa maggiore rispetto alle loro compagne, registrando un 51,8% (un uomo ogni due) di titoli di studio pari alla licenza media o inferiore.

Figura 3: Distribuzione percentuale dei genitori secondo la scolarità - Anno 2006



Dal rapporto CedAP si riscontra che il 73,9% delle madri che hanno partorito in Alto Adige nel 2006 ha un'occupazione lavorativa (il 21,3% è impiegata nella pubblica amministrazione, il 14,7% nel commercio/turismo), il 20,8% è casalinga, il 2,5% è disoccupata. Per quanto riguarda la condizione paterna, il 97,4% dei padri ha un'occupazione lavorativa. I nati che hanno entrambi i genitori disoccupati o in cerca di prima occupazione o studenti sono 92 (1,6%).

CONDIZIONE PROFESSIONALE

Tabella 3: Distribuzione percentuale dei genitori secondo la condizione professionale – Anno 2006

	Condizione professionale	
	Madre	Padre
Occupata/o	73,9	97,4
Disoccupata/o	2,5	0,5
In cerca di prima occupazione	-	0,1
Studentessa/Studente	1,3	0,4
Casalinga/o	20,8	0,2
Altra condizione	1,5	1,4

Fonte: aziende sanitarie - CEDAP

4.4. GRAVIDANZA

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

Rispetto alle visite di controllo in gravidanza, il numero medio registrato per il 2006 è di 6,7. L'organizzazione Mondiale della Sanità propone un modello di assistenza basato, per le gravidanze a basso rischio, su una media di 4 visite in gravidanza. Il 58,1% delle madri ha effettuato la prima visita entro l'ottava settimana, quindi la prima visita viene eseguita, nella maggior parte dei casi, in epoca gestazionale precoce.

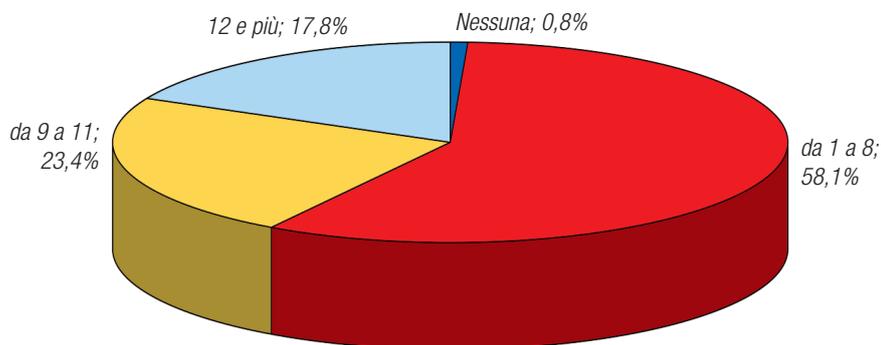
VISITE DI CONTROLLO

ECOGRAFIE

INDAGINI PRENATALI

MODALITÀ DEL PARTO

Figura 4: Epoca (in settimane) della prima visita in gravidanza - Anno 2006



Fonte: aziende sanitarie - CEDAP

L'ecografia ostetrica è la tecnica più usata nello studio del benessere fetale e nel 2006 in Alto Adige ogni donna ha effettuato mediamente 4,4 ecografie, risultando abbastanza in linea con le pratiche raccomandate dal Ministero della Salute che ne prevedono 3. In generale comunque le procedure diagnostiche effettuate nel periodo della gravidanza sono superiori a quelle identificate dalle raccomandazioni basate sulle prove di efficacia. Ciò evidenzia un'eccessiva medicalizzazione della gravidanza e protocolli non sufficientemente differenziati tra le gravidanze fisiologiche e quelle a rischio, con conseguente possibile trasformazione di gravidanza e parto da eventi naturali in eventi patologici.

Le donne che hanno partorito in Alto Adige nel 2006 ed hanno eseguito almeno un'indagine prenatale invasiva sono 619, pari al 11,0%. Il 4,7% ha effettuato un'amniocentesi e il 2,9% ha effettuato una villocentesi. Rispetto ai valori medi nazionali le donne altoatesine che effettuano un'amniocentesi sono percentualmente molto inferiori (17,0% valore medio nazionale nel 2004). Nel gruppo di donne di età superiore ai 35 anni (fattore di rischio che comporta l'offerta dell'intervento) si osserva un'indagine invasiva prenatale nel 24,9% dei casi.

Tabella 4: Distribuzione dei parti secondo l'effettuazione di indagini prenatali ed età della madre – Anno 2006

Età	Indagini perinatali							
	Amniocentesi		Villi coriali		Fetoscopia/ Funicolocentesi		Almeno un'indagine	
		%		%		%		%
Donne < 35 anni	61	1,5	25	0,6	157	3,9	236	5,8
Donne ≥ 35 anni	205	13,1	137	8,7	56	3,6	383	24,9
TOTALE	266	4,7	162	2,9	213	3,8	619	11,0

Fonte: aziende sanitarie - CEDAP

4.5. PARTO

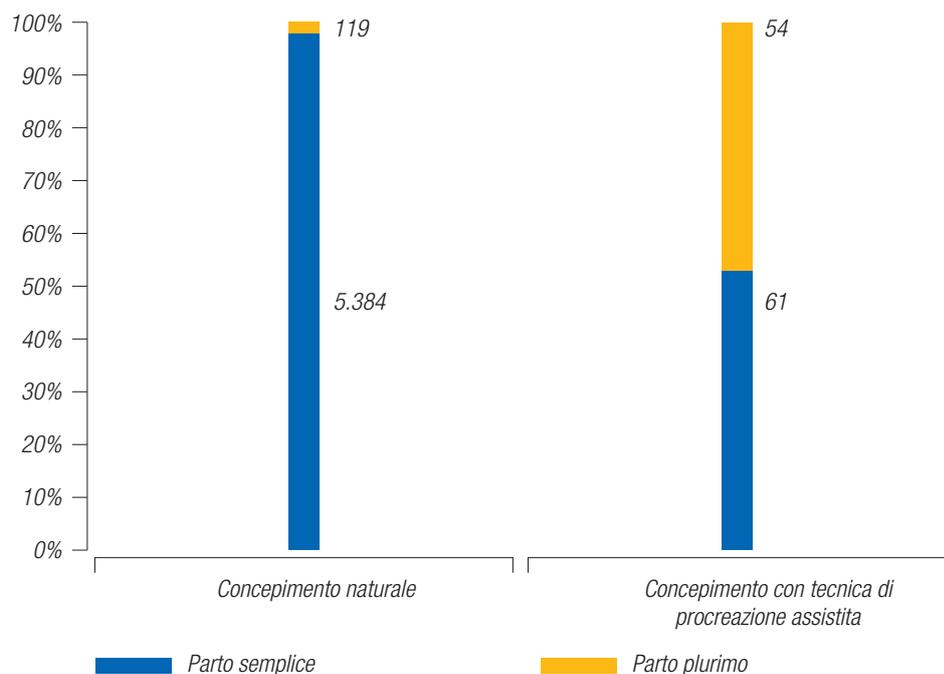
Valutando le modalità del parto, in contrapposizione alla tendenza del resto d'Italia che ne registra un inesorabile aumento, in Provincia Autonoma di Bolzano si evince una certa stabilità nei valori di parti cesarei (25,2%² nel 2005 e 25,5% nel 2006). Questa percentuale, che è anche abbondantemente inferiore rispetto ai valori nazionali (36,4% in Italia nel 2004), comporta vantaggi sia in termini di minor rischio di morte per la madre, sia in termini eco-

² Fonte dei dati: CedAP (Certificato di assistenza al parto)

nomici per il servizio pubblico, visto gli elevati costi che un intervento chirurgico comporta. L'uso raccomandato da parte dell'OMS dei parti cesarei, si aggira, comunque, attorno ad un 10-15%.

Il 69,4% dei parti è avvenuto nel 2006 per via vaginale e il restante 5,1% per via vaginale operativa (ventosa o forcipe).

Figura 5: **Parti gemellari per tipo di concepimento – Anno 2006**



Fonte: aziende sanitarie – CEDAP

I parti plurimi costituiscono il 3,1% del totale (173 parti gemellari per un totale di 357 bambini nati). Il tasso di gravidanze plurime associato alla procreazione medico assistita è del 47,0% (115 donne pari al 2,0% del totale delle partorienti sono ricorse nel 2006 a tecniche di procreazione assistita contro 1,2% registrato nel 2004 a livello nazionale).

Nell'85,8% dei casi la donna ha accanto a sé al momento del parto una persona di fiducia, rappresentata nel 96,3% dei casi dal papà del bambino, nel 2,9% da un familiare, nel restante 0,8% da altra persona di fiducia della donna. La presenza di una persona di fiducia accanto alla donna durante il parto rappresenta un'importante opzione per favorire il sostegno emotivo. Le donne che hanno un precoce e continuo supporto durante il travaglio, in particolare da persone che non appartengono allo staff ospedaliero, ricorrono meno frequentemente all'analgisia.

4.6. PIANIFICAZIONE FAMILIARE

In campo demografico e sociale è sempre più forte la necessità di teorie valide che spieghino il comportamento umano in relazione ai processi sociali in atto, in particolare nello studio del comportamento riproduttivo, caratterizzato dalla forte denatalità dei paesi sviluppati. In Europa, il tasso di fecondità totale in nessun paese raggiunge il livello di sostituzione di 2,1 figli per donna con conseguenze importanti dal punto di vista sociale, economico e politico. L'aumentata partecipazione delle donne al mercato del lavoro, il più ampio

PARTI PLURIMI

PRESENZA DI PERSONE DI FIDUCIA IN SALA PARTO

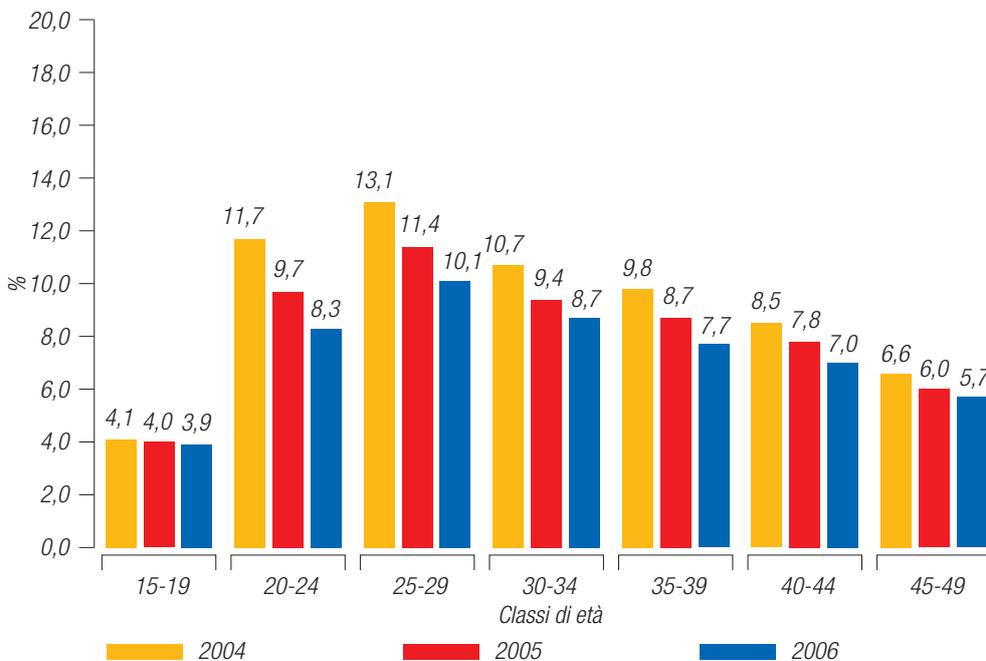
quadro di scelte di vita, dovuto anche alla maggiore disponibilità di mezzi di controllo delle nascite, hanno sicuramente contribuito a frenare la fecondità, dove però il calo non è correlato ad una perdita d'importanza dei figli e del loro ruolo nella vita dei genitori (esistono studi internazionali sull'argomento).

Con l'introduzione della pillola anticoncezionale in Italia o meglio con la sua legalizzazione nel 1975, e con le successive iniziative tendenti all'introduzione legalizzata dell'aborto, è stato fatto un grande lavoro d'informazione sui metodi contraccettivi. Il decremento delle nascite in presenza di una minore abortività può infatti essere spiegato in parte proprio con un maggior uso dei metodi contraccettivi. Le ragazze giovani spesso sono poco informate e non si rivolgono a una contraccezione sicura, mentre le donne di età intermedia, quelle che hanno magari già avuto una gravidanza, oppure che hanno un lavoro impegnativo e di responsabilità, fanno ricorso a un tipo di contraccezione molto sicura, come la pillola o la spirale o, addirittura, dopo una certa età e un determinato numero di figli, la sterilizzazione.

In provincia di Bolzano, considerando i contraccettivi orali concedibili dal SSN, si è registrato per il 2006 un valore pari al 7,4% di donne in età fertile che ha utilizzato la "pillola", per un numero complessivo di confezioni acquistate di ca. 82.000 unità. La percentuale più alta si registra nella fascia d'età 25-29 anni.

Questo valore negli ultimi anni ha registrato un calo costante, passando da un 9,4% del 2004 di donne in età fertile che utilizzavano la pillola anticoncezionale, ad un 8,3% nel 2005. Alla diminuzione dell'uso del contraccettivo orale non si associa però un aumento di IVG che anzi, negli ultimi anni sono rimasti pressoché stabili se non diminuiti dal 2005 al 2006.

Figura 6: Percentuale di donne altoatesine che utilizzano contraccettivi orali – Anni 2004-2006

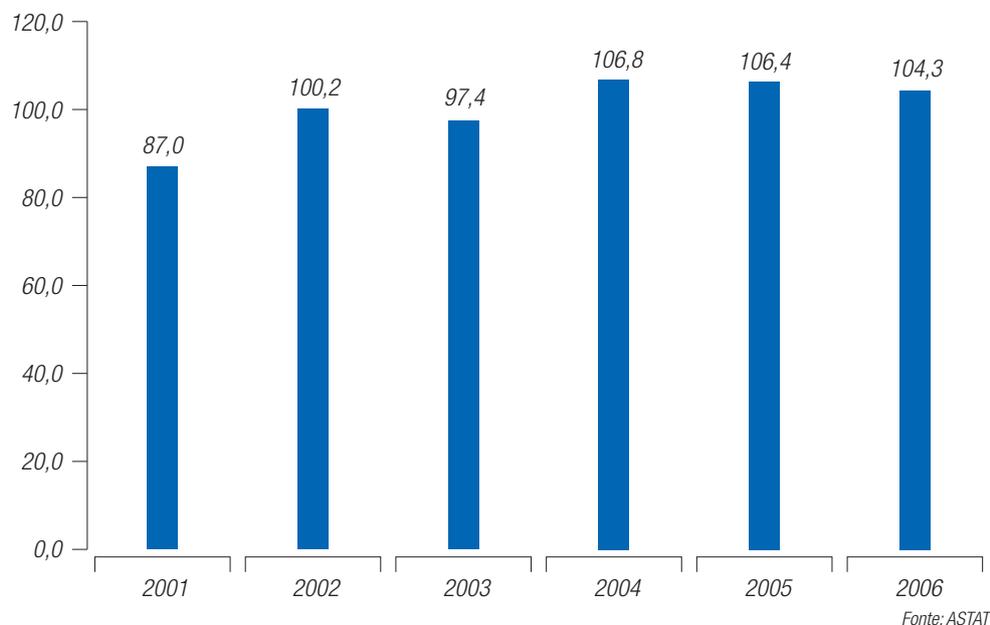


Fonte: Azienda Sanitaria di Bolzano – Ufficio contabilizzazione ricette

L'aumento del rapporto di abortività volontaria si osserva in Alto Adige se si confronta il 2001 con il 2006 (+19,9% passando da 87,0 a 104,3 ogni 1.000 nati vivi). Questi valori rimangono comunque sempre largamente al di sotto dei valori nazionali.

IVG

Figura 7: Rapporto di abortività volontaria – Provincia di Bolzano - Anni 2001-2006



Il 3,2% delle donne che hanno partorito nel corso del 2006, ha avuto in passato almeno un'esperienza di interruzione volontaria di gravidanza e tra queste nell'84,4% dei casi è stato registrato un unico intervento IVG, nel 13,4% due interventi e nel restante 2,2% tre o più interventi precedenti all'attuale parto.

Tabella 5: Numero IVG precedenti rispetto all'ultimo parto per età della madre – Anno 2006

Età	Numero IVG			
	1	2	3	3+
Donne <35 anni	101	11	2	1
Donne >=35 anni	50	13	-	1
TOTALE	151	24	2	2

Fonte: aziende sanitarie - CEDAP

4.7. PREVENZIONE

La promozione della salute materna ed infantile rientra tra le priorità delle politiche sanitarie della Provincia Autonoma di Bolzano. L'attenzione particolare data dai servizi sanitari al periodo perinatale negli ultimi 20 anni si è riflessa positivamente sui dati di carattere epidemiologico. Confrontato con altre regioni italiane e province autonome, l'Alto Adige possiede uno tra i più alti tassi di natalità, un bassissimo tasso di mortalità infantile e ha dimezzato il rischio di mortalità alla nascita. I parti naturali sono più frequenti che nel resto d'Italia, nonostante l'età relativamente alta delle madri. In aggiunta agli screening neo-natali e ai controlli della salute di routine è stato recentemente introdotto (ottobre 2006) uno screening neo-natale per la diagnosi precoce e la cura di 16 malattie metaboliche. Un al-

tro importante campo d'azione è la promozione di una alimentazione sana sia delle donne in gravidanza che dei bambini. Durante la gravidanza vengono date delle informazioni alle madri per promuovere un consumo di cibo bilanciato e per prevenire la carenza di importanti micronutrienti (ad es. l'acido folico). La presenza del bambino nella stanza della madre dopo la nascita costituisce una pratica diffusa (52% in confronto alla media italiana del 33%). Anche l'allattamento al seno è pratica comune: il 78% dei bambini vengono allattati al seno sino ai tre mesi di vita (media italiana 63%) e il 54% sino a sei mesi di età (media italiana 31%). In Provincia di Bolzano 3 dei 7 ospedali presenti (Merano, Bressanone e Vipiteno) sono stati certificati dall'UNICEF come ben predisposti nei confronti dell'allattamento al seno, mentre in tutta la provincia vengono offerti sia materiale informativo specifico che corsi post-parto. L'assistenza prosegue con iniziative relative ad una alimentazione sana dei bambini. Aggiornate dal punto di vista scientifico ma assolutamente intelligibili, le informazioni sullo svezzamento e su una buona alimentazione vengono predisposte dall'Assessorato alla sanità e distribuite attraverso i pediatri, i medici di medicina generale e gli infermieri dei distretti sanitari locali.

BIBLIOGRAFIA

- AIFA. *Prontuario Farmaceutico Nazionale 2005*
- ASSR. *Monitor nr. 12, 2005. Donne e Farmaci, 59-62*
- ASTAT. *Manuale Demografico della provincia di Bolzano, 2006*
- ASTAT. *Annuario statistico della Provincia di Bolzano, 2006*
- ASTAT. *Raccolta di tabelle, Multiscopo sulle famiglie, 2006*
- ASTAT. *Occupati e disoccupati in Provincia di Bolzano, 2002-2006*
- ASTAT. *Andamento demografico in Provincia di Bolzano, 2006*
- ASTAT. *Interruzioni volontarie di gravidanza e aborti spontanei in Provincia di Bolzano, 2006*
- Commission of the European Communities. *The state of women's health in the European Community, Brussel 1997*
- EUROSTAT. <http://www.eurostat.com/>
- IOM. *Report annuale, Understanding the biology of sex and gender differences*
- ISTAT. *Approfondimenti, Le statistiche di genere, 2007*
- ISTAT. <http://demo.istat.it/>
- Ministero della Salute. *Piano Sanitario Nazionale 2006-2008*
- Ministero della Salute. *Certificato di assistenza al parto, Analisi dell'evento nascita, 2004*
- OMS. (Dipartimento per la salute della donna), *Gender and Health*
- OSMED. *L'uso dei farmaci in Italia, 2004*
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Commissione nazionale per le pari opportunità. *Kit Candidata.*
- Provincia di Torino. *Quaderni della Salute nr.2, La salute delle donne, 2005.*
- Regione Emilia Romagna. *Crescere in Emilia Romagna, Anno 2005, Cap. 5.3*
- Ripartizione Sanità della Provincia Autonoma di Bolzano. *Studio ICONA, 2003*



Appendice

Profilo Stranieri

Profilo Stranieri

Negli ultimi 20 anni il fenomeno dell'immigrazione nei Paesi membri dell'Unione Europea ha assunto dimensioni in costante aumento. Secondo i dati pubblicati dal Ministero della Solidarietà Sociale "Viaggio nell'Italia dell'immigrazione", nel 2005 l'Europa ha accolto il 34% dell'insieme dei migranti, pari a circa 56 milioni di persone, compresa l'ex Unione Sovietica. Oltre all'immigrazione regolare si stima che in Europa, ogni anno, entrino circa 500 mila migranti clandestini.

In Italia, la presenza di cittadini stranieri residenti al 1° gennaio 2006 risulta pari a circa 2,67 milioni di persone, a cui vanno aggiunti i minori residenti che non hanno un soggiorno individuale, pari a circa 70 mila bambini, ed una quota di stranieri irregolarmente presenti, pari a circa 250 – 350 mila, per un totale di oltre 3 milioni di stranieri presenti in Italia.

A fronte della continua evoluzione del fenomeno, solo recentemente, in Europa e in Italia, sono state intraprese politiche indirizzate all'integrazione di questi nuovi cittadini. In ambito sanitario il quadro normativo nazionale si è notevolmente evoluto, dalla Legge n. 33/1980, prima tappa del percorso evolutivo che prevedeva norme particolari capaci di assicurare agli stranieri presenti nel territorio nazionale le cure urgenti, alla legge n. 40/1998 relativa al Testo Unico sull'immigrazione approvato con d.lgs n. 286/1998 e relativo Regolamento emanato con DPR n. 394/1999 che contengono il regime giuridico dell'assistenza sanitaria erogata agli stranieri nel nostro Paese, attualmente in vigore. Le norme contenute in questi provvedimenti disciplinano l'assistenza sanitaria agli stranieri secondo quattro direttrici principali¹:

1. la piena equiparazione ai cittadini italiani, per quanto riguarda il diritto all'assistenza e i doveri contributivi per:
 - gli stranieri regolarmente soggiornanti che svolgono lavoro subordinato o autonomo;
 - gli stranieri in possesso di regolare permesso di soggiorno o che ne abbiano chiesto il rinnovo (...);
2. l'obbligo per gli stranieri in possesso di regolare permesso di soggiorno (che non siano obbligatoriamente iscritti al SSN in quanto non appartenenti alle precedenti categorie) di assicurarsi, a proprie spese, presso un'impresa assicurativa, oppure iscriversi al SSN, alle particolari condizioni contributive previste dal DM 8 ottobre 1986;
3. l'erogazione a favore degli stranieri extracomunitari non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, delle cure ospedaliere urgenti o comunque essenziali;
4. l'erogazione delle prestazioni sanitarie agli irregolari senza oneri a loro carico se privi di risorse economiche, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani. Conseguentemente le spese per le prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali, sono a carico di un apposito fondo iscritto nel bilancio del Ministero dell'Interno; negli altri casi sono le aziende sanitarie locali del territorio in cui la prestazione è fornita a farvi fronte utilizzando un'apposita quota del FSN.

Dal punto di vista dei flussi informativi sanitari le informazioni disponibili riguardano i dati relativi alla popolazione straniera residente, che al pari dei cittadini italiani, è presente nelle banche dati degli assistibili e degli assistiti.

In questa parte di relazione sanitaria, viene presentato un profilo dell'assistenza sanitaria erogata dal Servizio Sanitario Provinciale alla popolazione straniera residente, dedicando un paragrafo al progetto pilota realizzato presso l'Azienda Sanitaria di Bolzano relativo all'attivazione di un servizio ambulatoriale per stranieri irregolari nel biennio 2005-2006.

¹ Monitor 18 – Immigrati e assistenza sanitaria" - Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali

Al 31.12.2006 in Alto Adige erano presenti 28.394 stranieri residenti, pari al 5,8% della popolazione residente complessiva, di cui 4.014 provenienti dall'Albania, 2.432 dal Marocco, 2.222 dalla Serbia-Montenegro e 7.383 da altri stati EU-25. La popolazione straniera, in particolare quella extra-comunitaria, è costituita in prevalenza da maschi giovani di età compresa tra i 18 e 49 anni. Rispetto ai cittadini italiani si rileva un elevato tasso di natalità (19,3 nati per 1.000 abitanti vs 10,7 per i cittadini italiani).

Le patologie croniche riscontrate nei cittadini stranieri riguardano oltre l'ipertensione e la cardiopatia che si collocano ai primi due posti, il diabete nelle popolazioni asiatica ed africana e la broncopatia nelle popolazioni americana ed africana. Il ricorso all'assistenza sanitaria da parte dei cittadini stranieri risulta più contenuta rispetto ai cittadini italiani; il tasso di ospedalizzazione è pari a 168,3 ricoveri per 1.000 residenti e in media nel 2006 ciascun cittadino straniero ha effettuato circa 9,5 prestazioni ambulatoriali e assunto 3,7 confezioni di farmaci. Oltre il 40% dei ricoveri erogati alle cittadine straniere ha riguardato la categoria MDC della gravidanza, parto e puerperio, mentre i maschi sono stati ricoverati maggiormente per traumatismi e per patologie dell'apparato gastrointestinale. Tra le prestazioni specialistiche erogate a cittadini stranieri si osserva una rilevante consistenza di prestazioni ostetrico-ginecologiche, visite mediche e prestazioni odontostomatologiche, mentre il ricorso a terapie farmacologiche ha riguardato in particolare i medicinali antimicrobici generici per uso sistemico ed i farmaci per il sistema respiratorio.

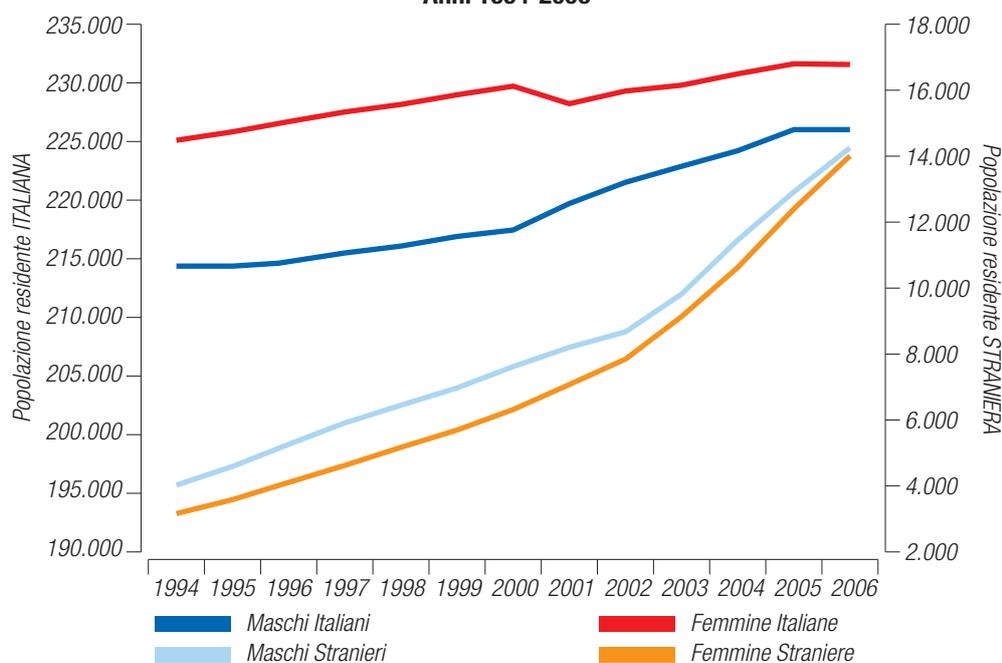
1. POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE

1.1. STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

Secondo i dati pubblicati dall'Istituto di Statistica Provinciale, la popolazione straniera residente in Alto Adige al 31.12.2006, comprensiva di cittadini provenienti dagli altri Stati membri della Comunità Europea (UE-25), ammonta a 28.394 persone, di cui 7.464 (26,3%) comunitari e 20.930 (73,7%) extracomunitari.

Negli ultimi 12 anni la popolazione straniera residente ha registrato un aumento complessivo del 300% circa passando da 7.000 unità circa nel 1994 ad oltre 28.000 nel 2006. Gli incrementi maggiori si sono rilevati nel triennio 2003-2005 con percentuali superiori al 14,5%; rispetto al 2005, l'aumento notato nel 2006 è pari a 2.928 persone, corrispondente all'11,5%.

Figura 1: Distribuzione della popolazione residente straniera ed italiana secondo il genere – Anni 1994-2006



Fonte: ASTAT – Annuario statistico della P.A. di Bolzano; "Info" Gli stranieri in provincia di Bolzano 2006

L'andamento della popolazione straniera residente secondo il genere, contrariamente ai cittadini italiani, evidenzia una consistenza della popolazione femminile inferiore a quella maschile nonostante una progressiva riduzione della differenza negli ultimi anni; nel 2006 la percentuale di donne è risultata pari al 49,5% segno di un processo di stabilizzazione in Alto Adige della popolazione straniera.

Rispetto alla popolazione residente complessiva al 31.12.2006, la popolazione straniera in Alto Adige rappresenta il 5,8%; rispetto alle altre regioni italiane i dati del 2005 evidenziano che la realtà altoatesina in termini di consistenza si colloca a metà classifica, a ridosso delle regioni dell'Italia settentrionale con valori poco superiori alla media nazionale.

**TREND DELLA
POPOLAZIONE
STRANIERA DAL 1994
AL 2006**

STRANIERI IN ITALIA

Tabella 1: **Popolazione residente totale e straniera per Regione d'Italia al 31.12.2005 – Valori in migliaia**

Regione	Popolazione Totale	Stranieri	%	Regione	Popolazione Totale	Stranieri	%
Lombardia	9.475	666	7,0%	Liguria	1.610	74	4,6%
Emilia Romagna	4.188	289	6,9%	ITALIA	58.752	2.671	4,5%
Umbria	868	59	6,8%	Valle D'Aosta	124	5	4,0%
Veneto	4.738	321	6,8%	Abruzzo	1.305	44	3,4%
Marche	1.529	91	6,0%	Calabria	2.004	34	1,7%
Toscana	3.620	215	6,0%	Campania	5.791	93	1,6%
Trentino Alto Adige	985	56	5,7%	Sicilia	5.017	75	1,5%
Friuli Venezia Giulia	1.208	65	5,4%	Molise	321	4	1,3%
Piemonte	4.342	232	5,3%	Puglia	4.072	49	1,2%
PA BOLZANO	481	25	5,3%	Sardegna	1.656	18	1,1%
Lazio	5.305	275	5,2%	Basilicata	594	6	1,1%

Fonte: ISTAT - Popolazione residente italiana e straniera 2005

STRANIERI IN EUROPA

Nel contesto europeo, il fenomeno dell'immigrazione nei Paesi membri EU-25, secondo i dati del 2004, si attesta a livelli superiori rispetto a quelli italiani (4,1%) ed altoatesini (4,7%), in particolare nei Paesi limitrofi all'Italia (Austria 9,4%, Germania 8,8%, Francia 5,6%, Spagna 7,8%).

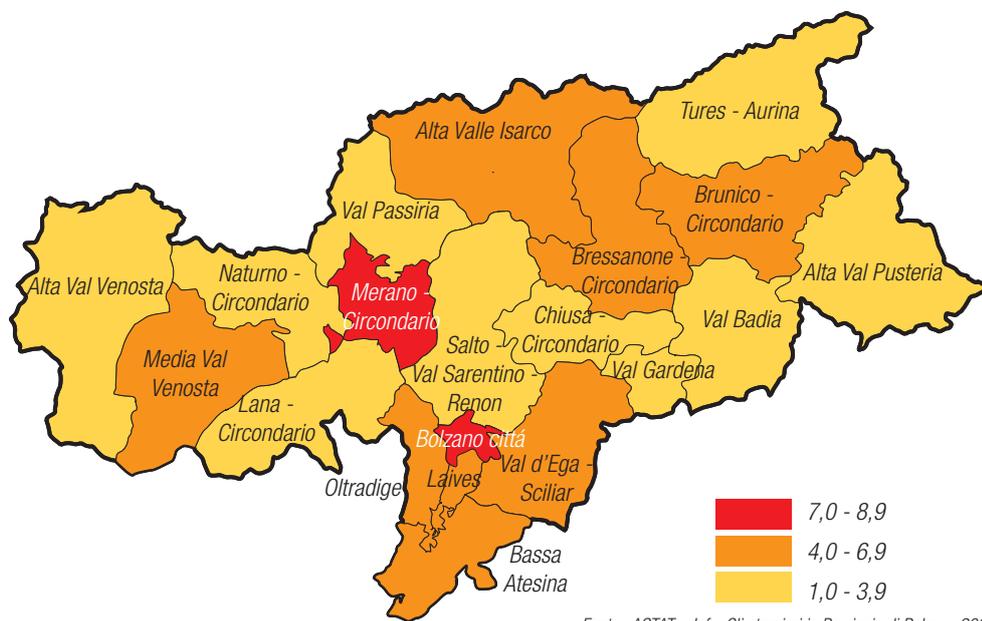
Tabella 2: **Popolazione residente totale e straniera per Stato Membro UE al 31.12.2004 – Valori in migliaia**

Nazione	Popolazione Totale	Stranieri	%	Nazione	Popolazione Totale	Stranieri	%
Lussemburgo	455	177	38,9%	Danimarca	5.412,0	268	5,0%
Lettonia	2.306	487	21,1%	PA BOLZANO	476,3	22	4,7%
Estonia	1.370	274	20,0%	Olanda	16.305,0	699	4,3%
Cipro	749	98	13,1%	ITALIA	58.462,0	2.402	4,1%
Austria	8.140	765	9,4%	Malta	403,0	12	3,0%
Germania	82.501	7.288	8,8%	Repubblica Ceca	10.220,0	254	2,5%
Belgio	10.446	871	8,3%	Portogallo	10.408,0	239	2,3%
Grecia	11.041	891	8,1%	Slovenia	1.997,0	44	2,2%
Spagna	43.038	3.371	7,8%	Finlandia	5.236,0	108	2,1%
Irlanda	4.130	255	6,2%	Polonia	38.230,0	700	1,8%
EU-25	459.488	26.283	5,7%	Ungheria	10.098,0	144	1,4%
Francia	58.521	3.263	5,6%	Lituania	3.425,0	32	0,9%
Svezia	9.011	481	5,3%	Slovacchia	5.385,0	22	0,4%
Regno Unito	58.553	2.941	5,0%				

Fonte: EUROSTAT - Living condition in Europe 2002-2005

In termini di dislocazione territoriale, la popolazione straniera in Alto Adige risiede in prevalenza presso i grandi centri urbani (Figura 2): quasi il 60% risiede nelle città di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico; il 47% nei soli centri abitati di Bolzano e Merano.

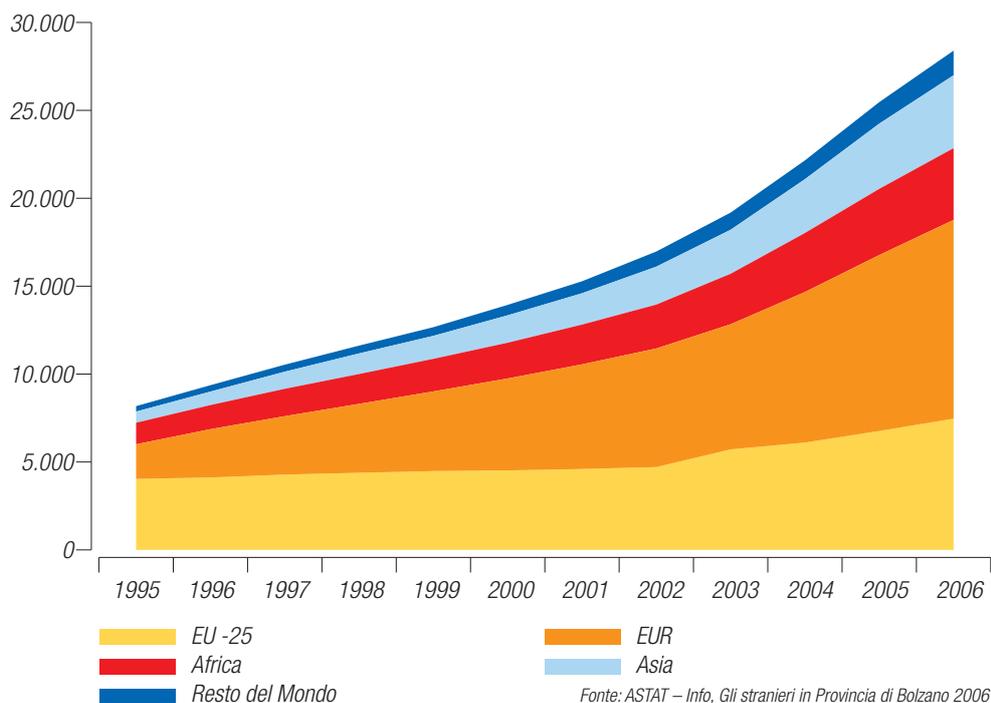
Figura 2: Percentuale di popolazione straniera residente sul totale popolazione per distretto sanitario di residenza – Anno 2006



L'evoluzione nell'ultimo decennio della composizione della popolazione straniera residente secondo la cittadinanza evidenzia una sostanziale stazionarietà della percentuale dei cittadini comunitari (EU-25), a fronte di un elevato incremento della popolazione straniera proveniente da Paesi europei non UE-25, dall'Africa e dall'Asia (Figura 3).

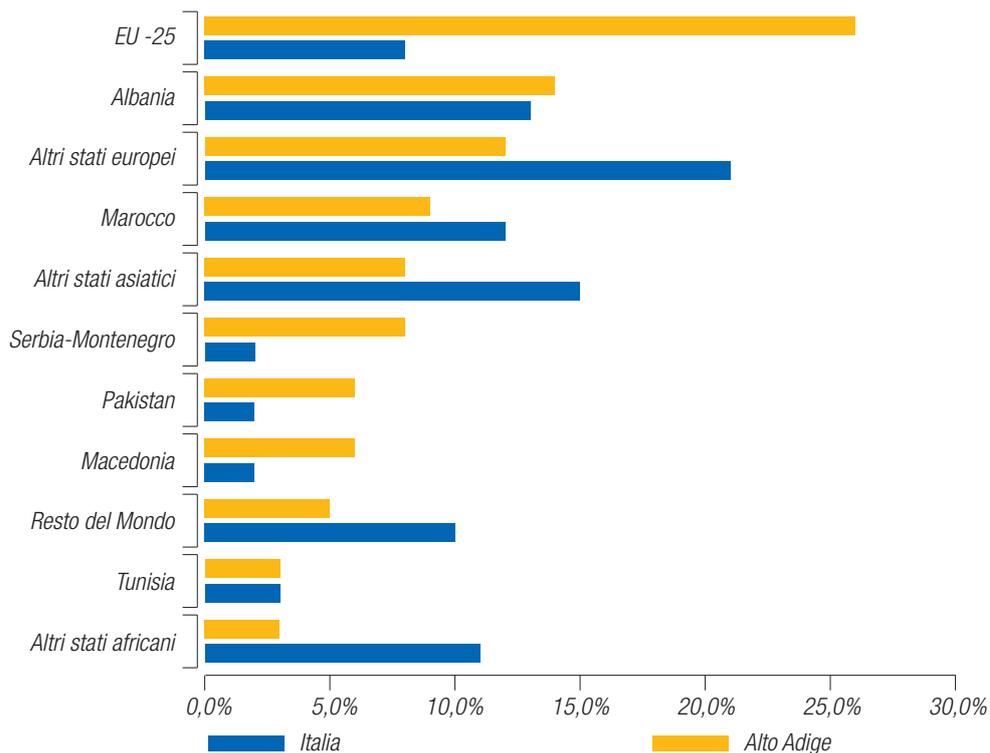
PROVENIENZA DELLA
POPOLAZIONE
STRANIERA RESIDENTE

Figura 3: Popolazione straniera residente per area di provenienza – Anni 1995 - 2006



In particolare, la popolazione straniera residente in Alto Adige al 31.12.2006 proveniente dagli stati europei extra-comunitari rappresenta il 40% della popolazione straniera complessiva (pari a 11.281 persone), di cui oltre 4.000 provenienti dall'Albania, che costituisce la prima nazionalità straniera, seguita dal Marocco con oltre 2.400 cittadini, pari all'8,6% della popolazione straniera residente.

Figura 4: **Percentuale di stranieri residenti in Provincia di Bolzano e in Italia, secondo la cittadinanza – P.A. Bolzano, situazione al 31.12.2006; Italia situazione al 31.12.2005**



Fonte: ASTAT – Annuario statistico provincia di Bolzano 2006; ISTAT – Demografia in cifre

Rispetto alla distribuzione della popolazione straniera residente in Italia, la Provincia di Bolzano si caratterizza per una maggiore presenza percentuale di cittadini della comunità Europea, della Serbia – Montenegro, del Pakistan e della Macedonia; nelle altre regioni italiane, rappresentativa è la nazionalità rumena che contribuisce in buona misura al 21,1% costituito dalla popolazione straniera proveniente dagli Stati europei non EU-25, oltre ad una sensibile rappresentanza dei Paesi Asiatici ed Africani, in quota percentuale superiore rispetto alla realtà altoatesina.

La struttura per età della popolazione straniera evidenzia una componente giovanile di popolazione compresa tra i 18 ed i 49 anni, pari a circa i due terzi del totale degli stranieri. Rispetto alla popolazione residente con cittadinanza italiana, quella straniera è costituita da pochi anziani, circa 1.200 di età oltre i 64 anni (pari al 4,3% del totale, a fronte del 17,8% per i cittadini italiani), e da molti bambini, oltre 5.000 fino a 14 anni (pari al 19,0% del totale, a fronte del 16,8% per i cittadini italiani).

Tabella 3: **Popolazione straniera residente in P.A. di Bolzano al 31.12.2006 e in Italia al 31.12.2005 – Valori assoluti e percentuali**

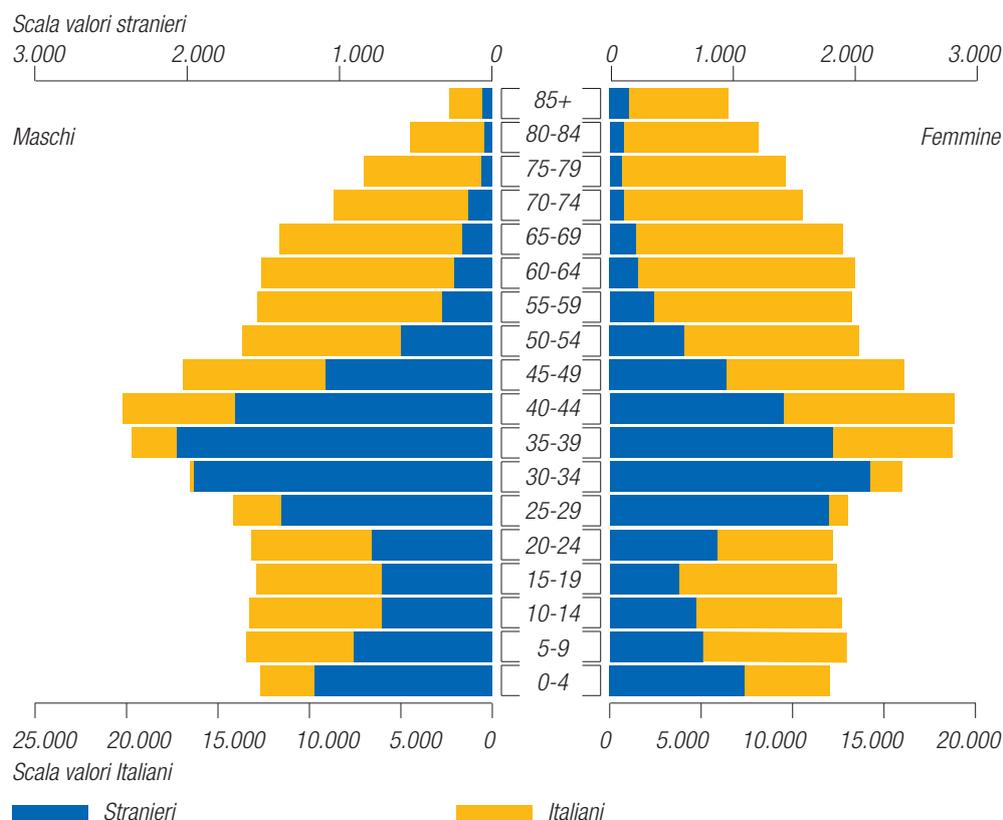
Cittadinanza	Alto Adige		Italia	
	Valori assoluti	Valori %	Valori assoluti	Valori %
EU-25	7.383	26,1%	223.537	8,4%
Albania	4.014	14,2%	348.813	13,1%
Altri stati europei	3.341	11,8%	562.299	21,1%
Marocco	2.432	8,6%	319.537	12,0%
Altri stati asiatici	2.337	8,3%	412.996	15,5%
Serbia - Montenegro	2.222	7,9%	64.070	2,4%
Pakistan	1.812	6,4%	41.797	1,6%
Macedonia	1.704	6,0%	63.245	2,4%
Resto del Mondo	1.392	4,9%	258.769	9,7%
Tunisia	830	2,9%	83.564	3,1%
Altri stati africani	793	2,8%	291.887	10,9%
TOTALE	28.260	100,0%	2.670.514	100,0%

Fonte: ASTAT – Annuario statistico provincia di Bolzano 2006; ISTAT – Demografia in cifre

Analizzando, inoltre, la struttura per età della popolazione straniera secondo la cittadinanza dei residenti, la popolazione straniera proveniente da altri Paesi della Comunità Europea (EU-25), presenta caratteristiche simili agli altoatesini di nazionalità italiana.

**STRUTTURA PER ETÀ
DELLA POPOLAZIONE
STRANIERA RESIDENTE**

Figura 5: **Struttura per età della popolazione straniera e italiana residente in Alto Adige al 31.12.2006**

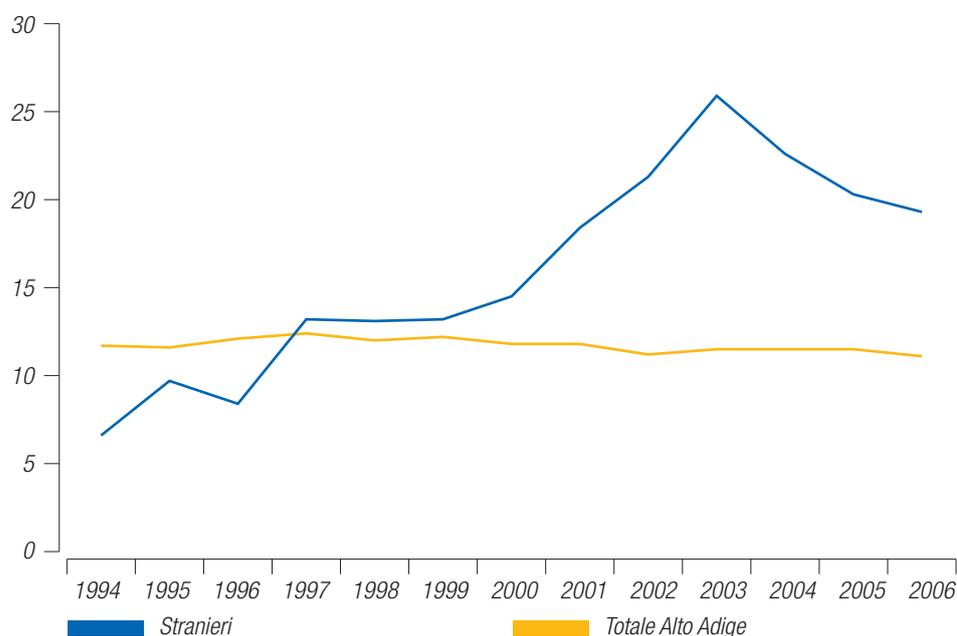


Fonte: ASTAT – Annuario statistico provincia di Bolzano 2006

1.2. DINAMICA DEMOGRAFICA

Nel 2006 i bambini nati nell'anno per i quali almeno un genitore ha dichiarato cittadinanza straniera ammontano a 949 unità, di cui 105 hanno il padre straniero (11,1% dei nati da genitori stranieri), 305 hanno la madre straniera (pari al 32,1%) e 539 hanno entrambi i genitori di cittadinanza straniera (pari al 56,8%). Di questi ultimi 519 bambini sono stati registrati anagraficamente come cittadini di nazionalità straniera che in termini di tasso di natalità, calcolato come il numero di nati vivi ogni 1.000 residenti, corrisponde ad un valore pari a 19,3, a fronte di un tasso di 10,7 nati vivi per 1.000 abitanti di cittadinanza italiana.

Figura 6: Tassi di natalità della popolazione straniera e italiana residente in Alto Adige – Anni 1994 - 2006



Fonte: ASTAT – Info, Gli stranieri in Provincia di Bolzano 2004-2006; Annuario statistico della Provincia di Bolzano

TASSO DI NATALITÀ DELLA POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE

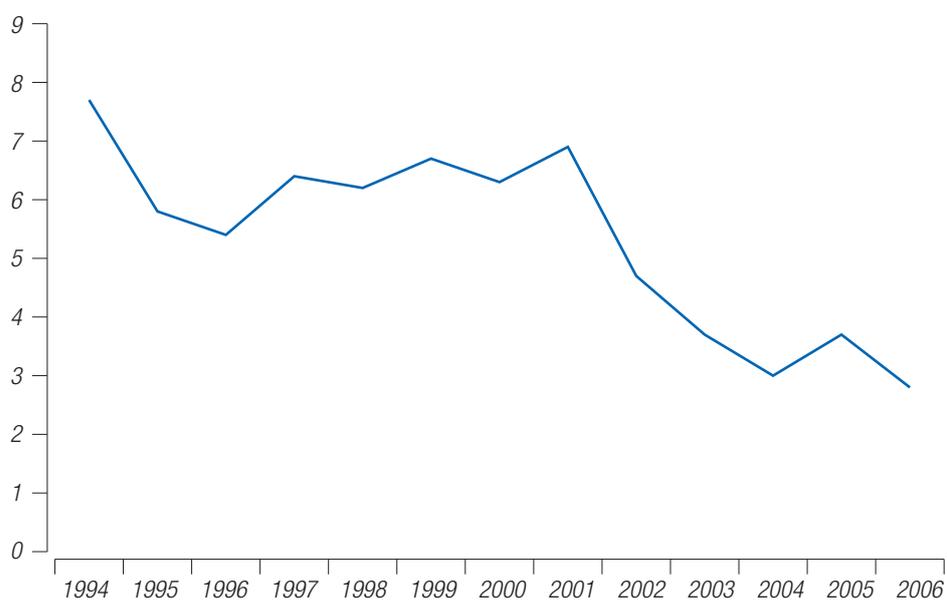
Nel periodo 1994-2006 il tasso di natalità complessivo nella popolazione altoatesina è rimasto sostanzialmente stazionario con una lieve flessione nell'ultimo periodo, contrariamente al trend della popolazione straniera che evidenzia un elevato incremento nel primo decennio fino a raggiungere valori pari a 26 nati vivi ogni 1.000 residenti stranieri nel 2003, per poi invertire tendenza nell'ultimo triennio.

Osservando la distribuzione dei parti di donne altoatesine di nazionalità straniera nel 2006, secondo la cittadinanza, alle donne di nazionalità africana spetta il primato di nascite con 83 parti ogni 1.000 donne residenti, seguite dalla popolazione femminile proveniente dall'America centro-meridionale (70 parti ogni 1.000 donne residenti), dalle cittadine asiatiche (68 parti ogni 1.000 donne) e dalle cittadine europee (55 parti ogni 1.000 cittadine dell'Est Europa e 53 parti ogni 1.000 donne dell'UE-25).

TASSO DI MORTALITÀ DELLA POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE

La mortalità nella popolazione straniera, per effetto della struttura per età giovane rispetto quella altoatesina, si mantiene numericamente molto contenuta pari a 76 persone nel 2006, con un relativo tasso di mortalità che si attesta su 2,8 decessi ogni 1.000 residenti. Nell'ultimo decennio, dopo un periodo iniziale di sostanziale stabilità attorno a 6-7 decessi ogni 1.000 stranieri residenti, il tasso di mortalità ha assunto valori progressivamente decrescenti.

Figura 7: Tasso di mortalità della popolazione straniera residente in Alto Adige – Anni 1994 - 2006



Fonte: ASTAT – Info, Gli stranieri in Provincia di Bolzano 2004-2006

Oltre al movimento naturale della popolazione residente straniera, il cui saldo risulta molto positivo (16,5 per 1.000 residenti stranieri contro il 2,7 per 1.000 cittadini italiani), la crescita della popolazione straniera in Alto Adige è determinata anche dalla dinamica migratoria. Nel 2006 le immigrazioni straniere ammontano a 5.231 persone, di cui 2.901 pari al 55,5% imputabili ad ingressi direttamente dall'estero.

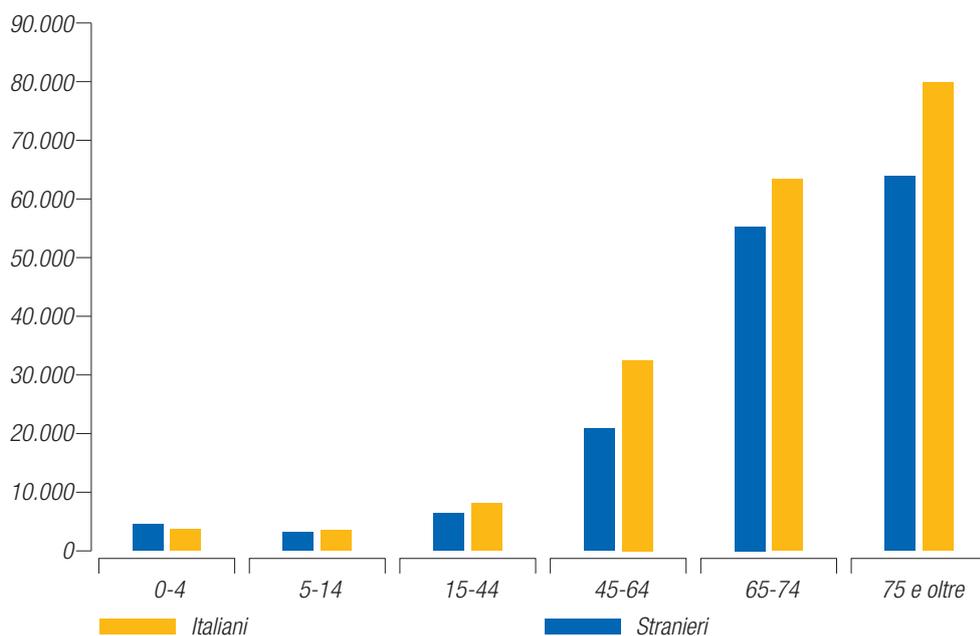
2. CONDIZIONI DI SALUTE

La valutazione delle condizioni di salute di una popolazione non è di per se agevole per i molti fattori che concorrono a determinarla; inoltre, la rilevazione delle informazioni distintamente per popolazione con cittadinanza straniera ed italiana non sempre è possibile soprattutto per i flussi informativi ad hoc.

Sulla base dell'analisi dei flussi informativi correnti, è possibile definire un profilo parziale dello stato di salute, in grado comunque di cogliere le principali peculiarità della popolazione straniera rispetto quella italiana.

I risultati che emergono dall'analisi della mappatura delle patologie croniche (cfr. parte prima capitolo 3.2.), sebbene maggiormente diffuse nella popolazione anziana, quindi apparentemente poco affini con la popolazione straniera, offrono alcune considerazioni interessanti. Nel complesso la prevalenza di patologie croniche nella popolazione straniera è pari al 9,5%, mentre nella popolazione italiana la stessa è 2,7 volte superiore (25,2%). La distribuzione per classi di età della prevalenza delle patologie croniche (per 100.000 residenti), evidenzia valori molto simili tra le due popolazioni, straniera ed italiana, nelle classi di età più giovani.

Figura 8: **Prevalenza di patologie croniche per classi di età nella popolazione residente straniera e italiana. Provincia di Bolzano – Anno 2006**



La prevalenza delle patologie croniche, secondo il genere e la cittadinanza di provenienza, indica nella popolazione straniera, una maggiore diffusione di malattie nella popolazione africana ed asiatica; la presenza di patologie croniche si riscontra maggiormente nella popolazione femminile africana ed americana, mentre in quella maschile per gli altri cittadini stranieri.

**PATOLOGIE CRONICHE
NELLA POPOLAZIONE
STRANIERA RESIDENTE**

Tabella 4: **Cronicità nella popolazione residente per genere e cittadinanza – Anno 2006**

Cittadinanza	Maschi		Femmine		Totale	
	Numero	Tasso Std	Numero	Tasso Std	Numero	Tasso Std
Africa	236	15.093,7	137	15.565,4	373	16.267,8
Altro	44	14.380,7	58	12.895,6	102	13.202,5
America	28	15.746,9	74	17.178,0	102	15.622,7
Asia	241	17.802,0	130	16.661,8	371	17.627,9
UE-25	342	15.509,7	558	15.136,5	900	15.466,3
Resto Europa	387	15.633,4	440	15.513,2	827	15.469,5
Italia	51.279	19.091,0	64.103	20.037,1	115.382	19.554,2

Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

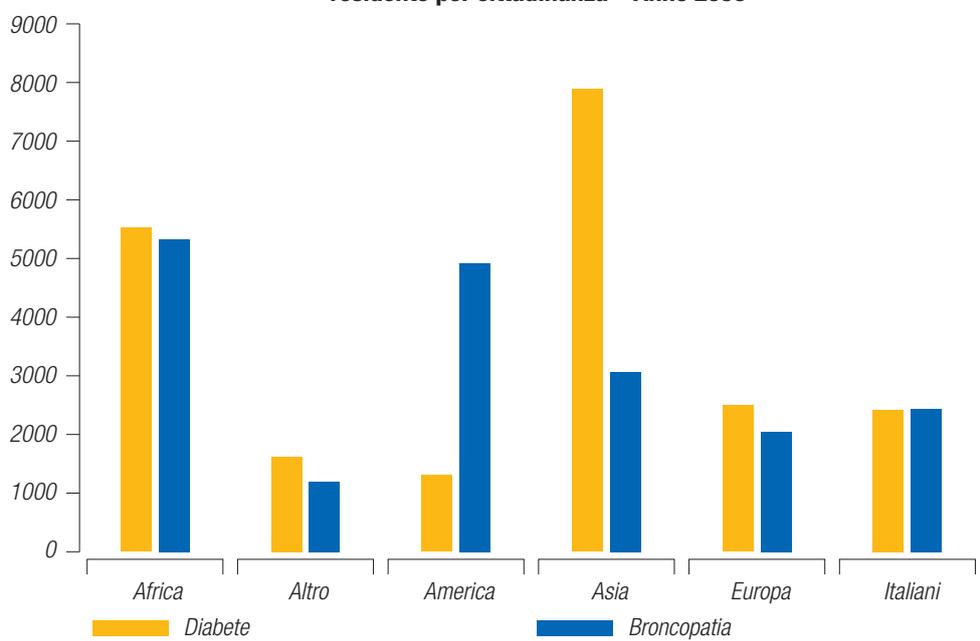
Tabella 5: **Cronicità nella popolazione residente per patologia, genere e cittadinanza – Anno 2006**

Patologia	Stranieri				Italiani			
	Maschi	Femmine	Totale	Tasso Std	Maschi	Femmine	Totale	Tasso Std
Iperensione	428	430	858	7.114,6	28.260	35.162	63.422	9.776,4
Cardiopatìa	250	199	449	4.007,8	16.053	16.455	32.508	4.437,8
Diabete	260	212	472	3.032,4	8.009	7.585	15.594	2.424,2
Broncopatia	308	235	543	2.524,9	7.403	6.078	13.481	2.432,6
Neoplasia	140	157	297	2.351,5	9.476	9.702	19.178	3.043,5
Dislipidemie	139	82	221	2.003,8	8.750	8.331	17.081	2.658,5
Ipotiroidismo Cong. ed Acq.	40	226	266	1.457,0	2.705	12.715	15.420	2.725,8
Vasculopatia	51	43	94	734,5	3.417	2.480	5.897	879,1
Epatopatia/Enteropatia	84	62	146	688,3	2.431	1.478	3.909	740,3
MRGE	43	36	79	593,0	2.156	2.230	4.386	656,3
Psicosi	51	70	121	503,4	1.660	2.872	4.532	913,8
Epilessia	52	42	94	459,3	1.860	1.629	3.489	678,1
Parkinson	22	27	49	363,2	1.409	1.910	3.319	453,9
Insufficienza Renale	40	17	57	362,5	1.687	1.136	2.823	396,8
Tiroidite di Hashimoto	7	63	70	250,1	208	1.864	2.072	435,9
Artrite Reumatoide	10	31	41	237,4	486	1.317	1.803	320,8
Morbo di Basedow	12	34	46	151,4	183	687	870	176,1
Demenze	3	8	11	96,3	341	690	1.031	103,8
Alzheimer	2	6	8	88,5	311	736	1.047	108,0
Portatore di trapianto	11	3	14	71,9	292	185	477	96,5
HIV ed AIDS	10	8	18	70,6	180	87	267	53,7
Lupus Eritematoso	2	9	11	42,0	54	250	304	60,4
Spondilite Anchilosante	3	3	6	27,0	86	51	137	27,7
Sclerosi Multipla	2	8	10	26,7	192	413	605	121,9
Iper/Ipparatiroidismo	1	3	4	23,3	43	125	168	29,8
Malattia di Sjogren	-	4	4	16,5	14	114	128	23,6
Sclerosi Sistemica	-	3	3	13,6	22	96	118	21,6
Acromegalia	2	1	3	10,9	19	29	48	9,0
Anemie Emolitiche	-	1	1	6,1	25	24	49	8,0
Diabete Insipido	1	1	2	5,5	17	19	36	7,9
Miastenia	1	1	2	5,3	26	41	67	11,3
Nanismo Ippofisario	1	-	1	4,3	88	65	153	41,1
Morbo di Addison	1	-	1	3,5	36	53	89	16,1
Sindrome di Cushing	-	1	1	1,7	11	22	33	6,9
Neuromielite Ottica	-	-	-	0,0	-	1	1	0,2

Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

Tra le patologie maggiormente diffuse nella popolazione straniera figurano l'ipertensione e le cardiopatie; la prevalenza del diabete e della broncopatia, oltre a figurare tra le patologie più diffuse tra la popolazione straniera, in termini di prevalenza (per 100.000 residenti) risultano più frequenti rispetto ai cittadini italiani. Valori superiori alla prevalenza della cittadinanza italiana si osservano anche per l'HIV e l'AIDS, con 267 casi tra gli italiani (53,7 per 100.000 abitanti) e 18 casi tra gli stranieri (70,6 per 100.000 residenti).
Maggiormente soggetta al diabete risulta essere la popolazione con cittadinanza asiatica ed africana, nella fascia di età 15-44 anni, mentre la broncopatia colpisce maggiormente gli stranieri di origine americana ed africana nella fascia di età più giovane (0-4 anni) ed in quella giovane adulta (15-44 anni).

Figura 9: Tassi standardizzati del diabete e della broncopatia nella popolazione straniera residente per cittadinanza – Anno 2006

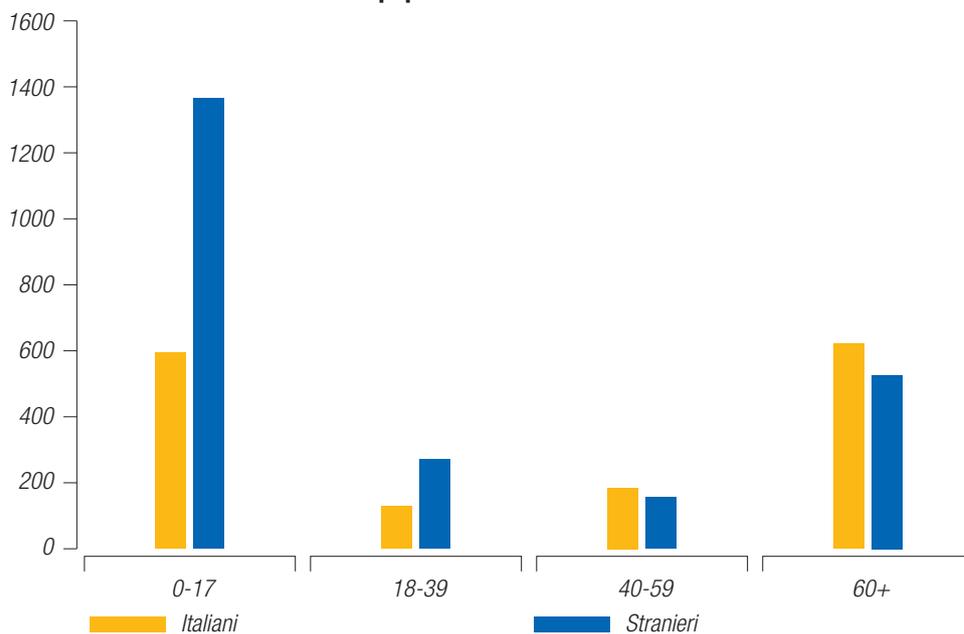


Le dimissioni ospedaliere in regime ordinario nel 2006, con una malattia infettiva come causa principale del ricovero, ammontano per la popolazione residente straniera a 140, circa la metà delle quali (69), a causa di malattie infettive intestinali. Delle rimanenti 71 dimissioni, 12 sono imputabili a infezioni da setticemia, 10 per epatite virali, 7 per erisipela e le rimanenti ad altre forme infettive variamente distribuite.

Rispetto alla popolazione con cittadinanza italiana, le infezioni colpiscono prevalentemente i cittadini stranieri in età giovane, entro i 17 anni, ed in particolar modo i cittadini macedoni, tunisini ed africani.

**MALATTIE INFETTIVE
NELLA POPOLAZIONE
STRANIERA RESIDENTE**

Figura 10: Tasso di ospedalizzazione per malattie infettive, secondo l'età e la cittadinanza della popolazione residente – Anno 2006



RICOVERI PER CAUSE DROGA-CORRELATE

Fattori negativi che possono influire sulle condizioni di salute della popolazione sono l'abitudine al fumo, l'assunzione di sostanze stupefacenti e l'abuso di alcolici. I dati attualmente disponibili sull'utenza che accede ai servizi per le dipendenze non permettono la distinzione tra popolazione residente straniera e italiana. L'analisi dei dati relativi alle dimissioni ospedaliere per cause droga o alcol-correlate permettono comunque di definire un profilo parziale del fenomeno, in uno stadio avanzato della patologia compulsiva.

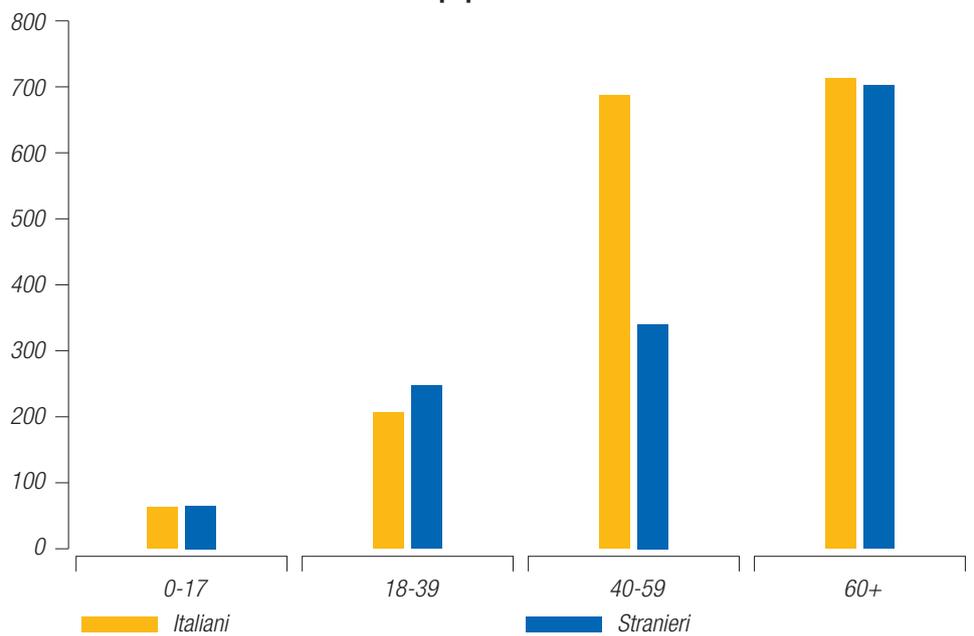
Nel 2006 presso le strutture sanitarie altoatesine sono state effettuate 8 dimissioni di residenti con cittadinanza straniera per cause droga-correlate, di cui 5 (circa il 60%) relative a cittadini di età superiore a 40 anni, contrariamente a quanto si osserva nella popolazione con cittadinanza italiana per la quale il 60% delle dimissioni avvenute nel 2006 si riferiscono a residenti di età inferiore a 40 anni.

RICOVERI PER CAUSE ALCOL-CORRELATE

Molto più diffuso appare il fenomeno dell'alcolismo anche tra la popolazione residente straniera, al pari di quella italiana. Nel 2006 sono state effettuate 73 dimissioni di cittadini stranieri per cause alcol-correlate, delle quali il 51% relative a residenti di età inferiore a 40 anni.

Considerando il tasso di ospedalizzazione per 100.000 residenti, nonostante più del 50% delle dimissioni di cittadini stranieri si riferisca a residenti di età inferiore a 40 anni, i valori nella popolazione giovane risultano relativamente bassi, essendo influenzati dalla struttura per età della popolazione.

Figura 11: Tasso di ospedalizzazione per patologie alcol-correlate, secondo l'età e la cittadinanza della popolazione residente – Anno 2006



3. RICORSO AI SERVIZI SANITARI

3.1. RICOVERI OSPEDALIERI

Nel 2006 le dimissioni ospedaliere di cittadini stranieri da reparti per acuti sono state complessivamente 4.755, con un incremento rispetto al 2005 del 3,3%.

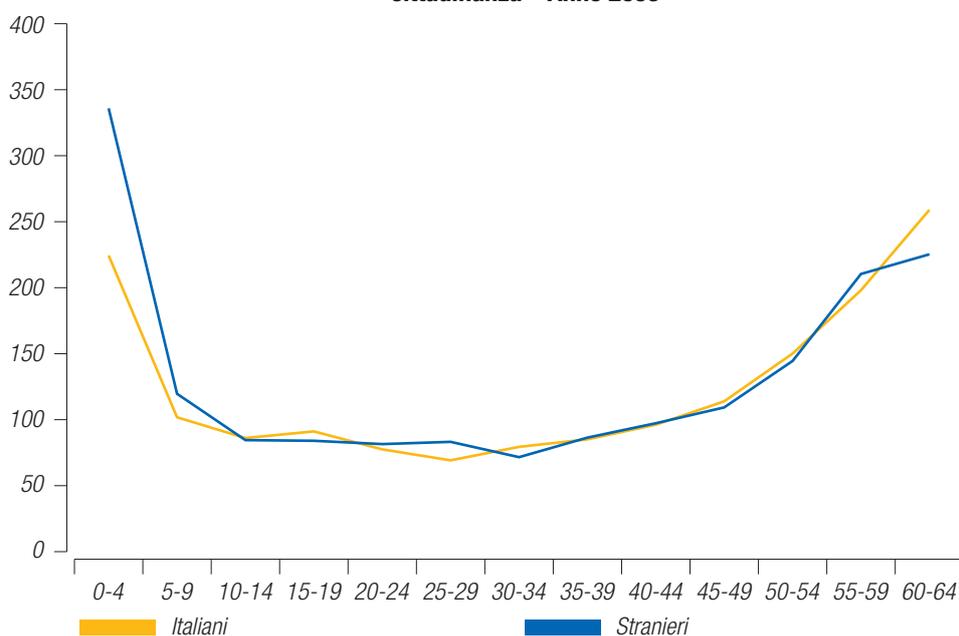
Tabella 6: **Ricoveri e tasso di ospedalizzazione dei residenti per cittadinanza e genere – Anni 2006**

Cittadinanza	Maschi		Femmine		Totale	
	Ricoveri	Tasso Osp.	Ricoveri	Tasso Osp.	Ricoveri	Tasso Osp.
Africa	63	114,13	70	290,46	133	167,72
Albania	289	122,41	386	233,51	675	168,16
Asia	128	93,64	204	210,31	332	142,06
EU-25	391	136,67	840	185,76	1.231	166,73
EUR	136	110,03	331	157,24	467	139,78
Macedonia	124	125,76	141	196,38	265	155,52
Marocco	196	138,32	286	281,77	482	198,19
Pakistan	163	137,21	169	270,83	332	183,22
America e altro	69	156,46	228	239,75	297	213,36
Serbia	171	136,69	230	236,87	401	180,47
Tunisia	74	125,21	66	276,15	140	168,67
ITALIA	39.690	175,61	47.195	203,81	86.885	189,88

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Il tasso di ospedalizzazione della popolazione straniera è pari a 168,3 per 1.000, con valori elevati per la popolazione femminile, pari a 210,7 per 1.000, e più contenuti per la popolazione maschile (126,6 ricoveri per 1.000 residenti). Tra le donne il maggior ricorso alle strutture ospedaliere si osserva per le cittadine del Marocco e degli altri Paesi africani, mentre tra i maschi il maggior ricorso all'assistenza ospedaliera si osserva per i cittadini provenienti dall'America centro-meridionale.

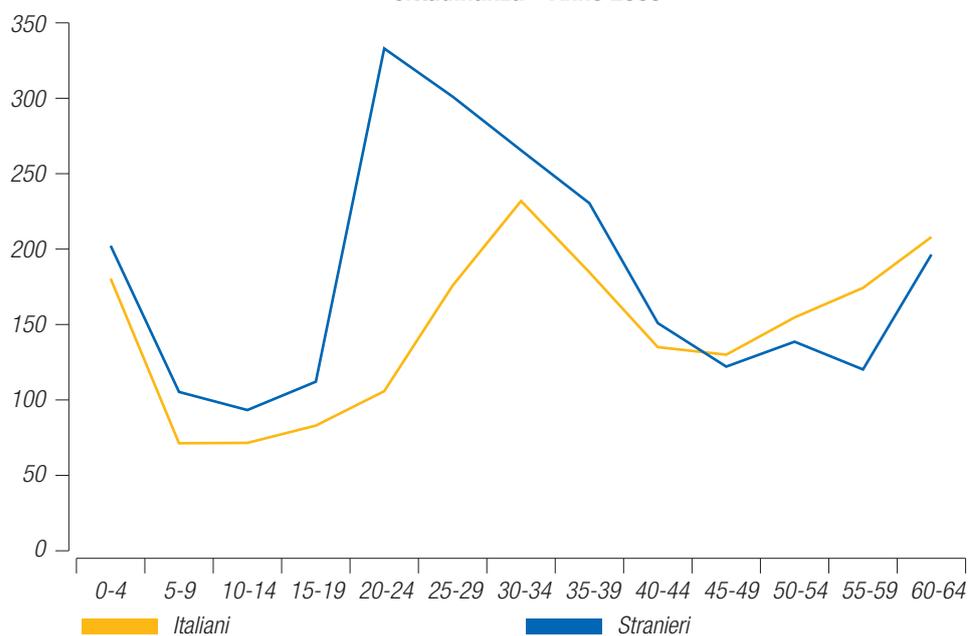
Figura 12: **Tasso di ospedalizzazione nella popolazione residente maschile per classi di età e cittadinanza – Anno 2006**



Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER GENERE ED ETÀ

Figura 13: **Tasso di ospedalizzazione nella popolazione residente femminile per classi di età e cittadinanza – Anno 2006**

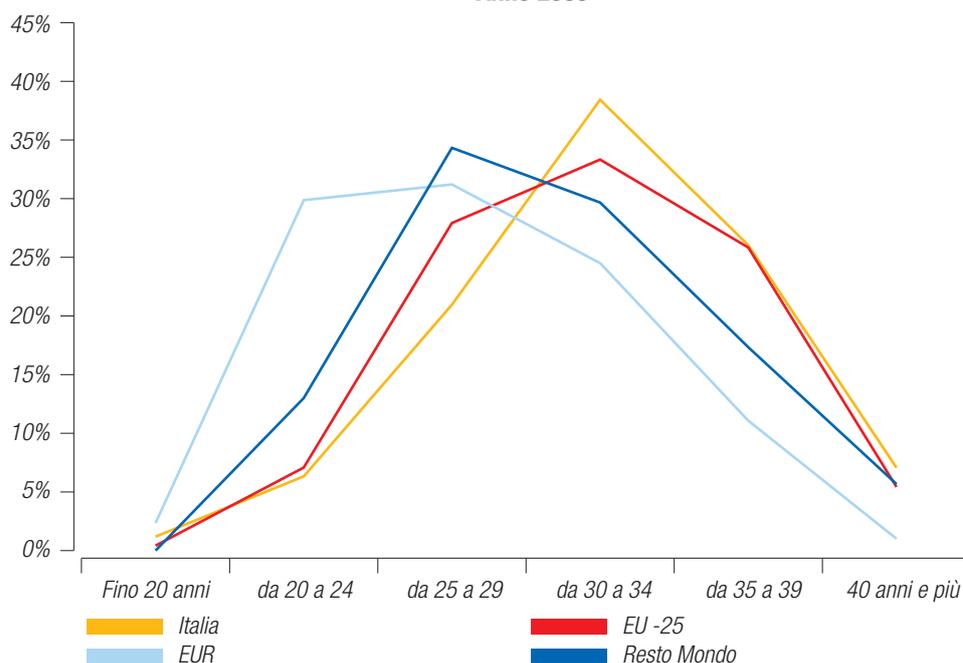


Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

Il confronto della distribuzione del tasso di ospedalizzazione per classi di età e per genere, tra popolazione italiana e straniera, evidenzia un elevato ricorso alle strutture ospedaliere per la classe di età 20-24 nelle donne e in età pediatrica per i maschi.

Oltre il 40% dei ricoveri effettuati da cittadine straniere riguarda la categoria MDC 14 “Gravidanza, parto e puerperio”, a conferma dell’elevata natalità riscontrata in precedenza e dell’andamento del tasso di ospedalizzazione delle donne per classi di età (Figura 13).

Figura 14: **Distribuzione percentuale dei parti secondo l’età della madre e la cittadinanza – Anno 2006**



Fonte: aziende sanitarie – Archivio CEDAP

Il confronto dell'età della madre al parto, rispetto alle differenti nazionalità delle donne residenti in Alto Adige, evidenzia un'età media della madre più giovane per le cittadine provenienti dall'Est Europa rispetto alle donne provenienti da altri Paesi ed in particolare dalle cittadine italiane.

Nella maggior parte dei casi le madri straniere hanno un profilo scolastico inferiore alle altoatesine di cittadinanza italiana (diploma di scuola media inferiore contro diploma di scuola superiore), sono coniugate ed in prevalenza casalinghe.

Nella categoria MDC relativa ai parti figurano anche le dimissioni per interruzione volontaria di gravidanza ed aborti spontanei. Il ricorso delle donne straniere all'interruzione volontaria di gravidanza è molto più frequente rispetto alle donne di nazionalità italiana, (tasso di abortività pari a 20,0 IVG ogni 1.000 donne di età 15-49 anni, a fronte di 3,5 IVG per 1.000 italiane) ed interessa particolarmente le cittadine provenienti dall'Est Europa e dall'America centro-meridionale. Nell'ultimo quinquennio questo fenomeno sta lentamente diminuendo passando da 22,5 IVG per 1.000 straniere nel 2002 agli attuali 20,0 IVG per 1.000.

Con riferimento alla popolazione maschile, i bambini stranieri sono stati ricoverati con maggior frequenza rispetto ai cittadini italiani, per patologie dell'apparato digerente (12,2% contro 7,5%), altri fattori che influenzano lo stato di salute (6,9% contro 4,3%), interventi chirurgici per circoncisione (5,9% contro 1,1%), patologie legate alle vie urinarie e reni (3,6% contro 1,0%) e malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta (3,3% contro 2,6%).

Tra la popolazione maschile adulta le diagnosi più frequenti riguardano le affezioni mediche del dorso (5,3% dei ricoveri contro il 3,0% delle dimissioni di cittadini italiani), le malattie dell'apparato digerente (3,9% contro 1,8%) ed altre diagnosi relative alla categoria dei traumatismi e degli avvelenamenti (interventi su mano, polso, ginocchio, traumi della pelle e del tessuto sub cutaneo, 10,1%).

Tabella 7: **Ricoveri in regime ordinario e diurno, degenza media, peso medio e tariffa media di residenti in Alto Adige secondo la cittadinanza – Anno 2006**

Cittadinanza	Ricoveri ordinari	Ricoveri diurni	% diurni su totale	Degenza media ord.	Peso medio ordinari	Tariffa media
EU-25	908	323	26,2	5,7	0,93	2.310,9
EUR	1.380	428	23,7	4,6	0,76	1.959,6
Africa	589	166	22,0	4,9	0,74	1.933,0
Asia	496	168	25,3	4,7	0,79	2.026,4
Resto del mondo	217	80	26,9	4,7	0,75	1.960,0
Italiana	64.153	22.732	26,2	7,1	1,14	2.969,9
TOTALE RESIDENTI	67.743	23.897	26,1	7,0	1,12	2.921,4

Fonte: aziende sanitarie - Archivio SDO

L'accesso alle strutture ospedaliere con modalità diurna (day surgery o day-hospital) ha riguardato nel 2006 circa il 25% dei ricoveri erogati a residenti stranieri, di poco inferiore a quella per cittadini italiani. La complessità dei ricoveri effettuati da cittadini stranieri non UE-25 varia da 0,74 a 0,79, a fronte di valori sensibilmente più elevati per i cittadini EU-25 (0,93) e cittadini italiani (1,14); questo risultato trova conferma anche nella degenza media dei ricoveri erogati alla popolazione straniera non UE-25 (da 4,6 a 4,9 giornate in media per ricovero) rispetto gli stessi valori determinati per i cittadini EU-25 (5,7) ed i cittadini italiani (in media 7,1 giornate di degenza per ricovero).

**CARATTERISTICHE
SOCIO-DEMOGRAFICHE
DELLA MADRE AL PARTO**

**L'IVG NELLA
POPOLAZIONE
STRANIERA RESIDENTE**

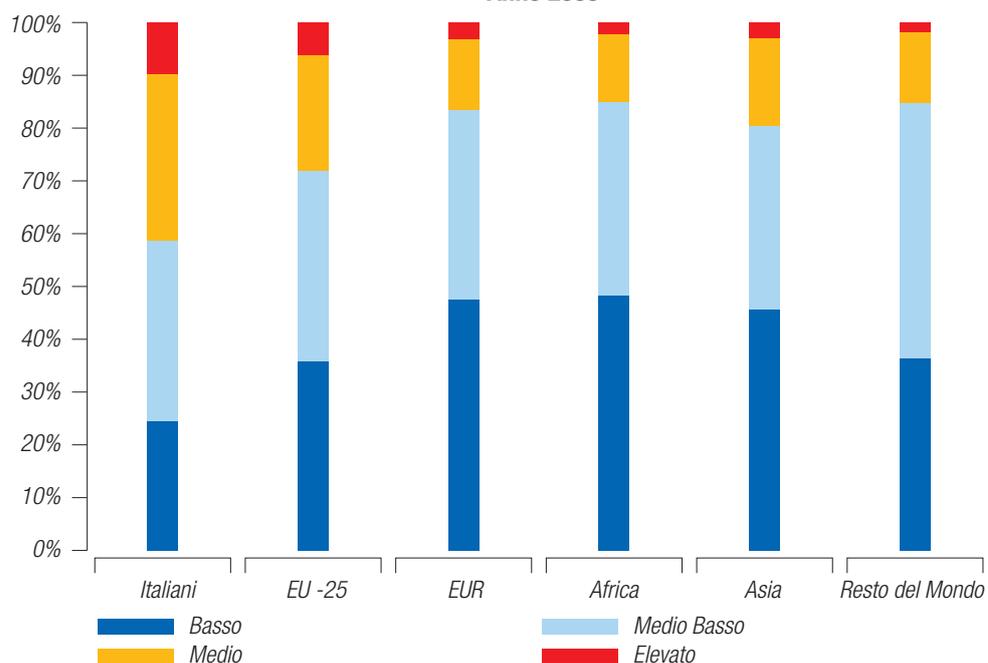
**RICOVERI DELLA
POPOLAZIONE
STRANIERA RESIDENTE
MASCILE**

**COMPLESSITÀ DEI
RICOVERI A STRANIERI
RESIDENTI**

**IMPORTO TARIFFARIO DEI
RICOVERI A STRANIERI
RESIDENTI**

Una stima del valore in termini monetari dell'assistenza ospedaliera erogata a cittadini stranieri si ottiene applicando il tariffario provinciale ai ricoveri erogati dalle strutture provinciali. Nel 2006 il valore dell'assistenza ospedaliera erogata a residenti stranieri ammonta a circa 8,77 milioni di euro, pari a circa il 3,8% del valore complessivo dell'assistenza ospedaliera provinciale, con un incremento rispetto al 2005 pari all'1,3% e rispetto al 2004 pari all'1,9%.

Figura 15: Ricoveri di residenti altoatesini per classi di peso DRG secondo la cittadinanza – Anno 2006



Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

All'interno della categoria dei ricoveri ordinari, la percentuale di ricoveri di un giorno rispetto al totale ricoveri varia dal 14,7% al 19,6% per i cittadini stranieri a fronte di una percentuale pari al 12,1% rilevata per gli altoatesini con cittadinanza italiana. Minore variabilità si osserva tra le diverse nazionalità di provenienza dei residenti altoatesini in relazione alla percentuale di ricoveri oltre soglia, ed alle percentuali di ricoveri con DRG chirurgici e medici.

Tabella 8: Ricoveri ordinari di 1 giorno, oltre soglia, con DRG medici e chirurgici di residenti in Alto Adige secondo la cittadinanza – Anno 2006

Cittadinanza	Ricoveri ordinari 1 giorno	% ricoveri 1 giorno su totale ric.	Ricoveri oltre soglia	% ricoveri oltre soglia	% ricoveri con DRG Medici	% ricoveri con DRG Chirurgici
EU-25	140	15,4	9	1,0	66,9	32,4
EUR	249	18,0	25	1,8	67,4	29,0
Africa	113	19,2	10	1,7	67,1	30,1
Asia	97	19,6	10	2,0	68,1	27,8
Resto del mondo	32	14,7	6	2,8	59,4	40,1
Italiana	7.743	12,1	956	1,5	65,1	33,2
TOTALE RESIDENTI	8.374	12,4	1.016	1,5	65,2	33,0

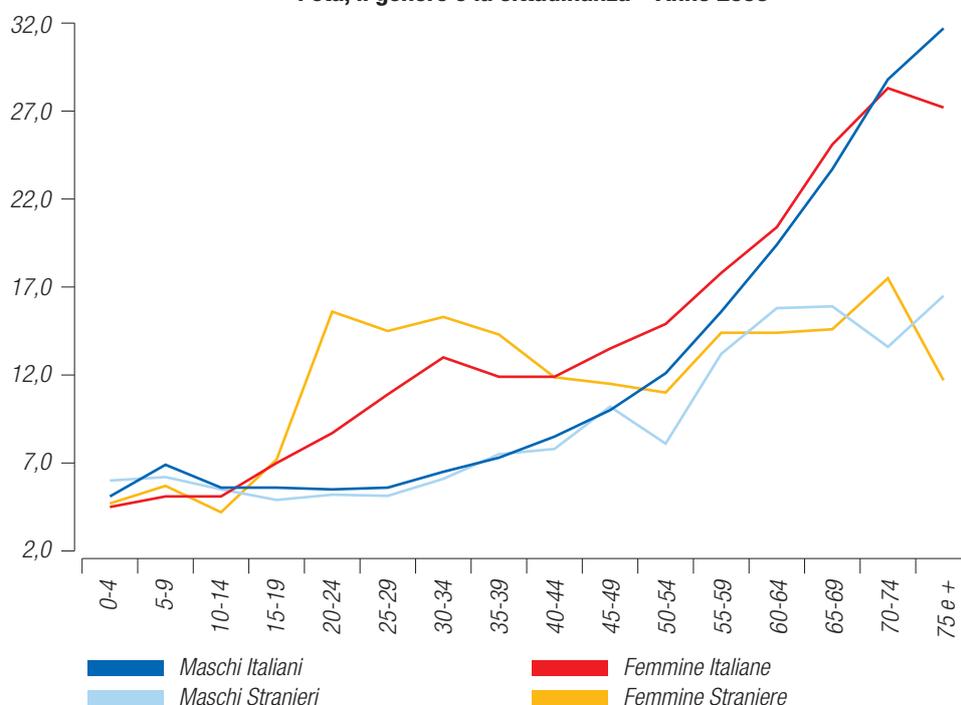
Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

3.2. PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Nel 2006 il volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate alla popolazione residente straniera ammonta a circa 272.000 prestazioni, in media circa 9,5 prestazioni per residente, contro le 13 circa erogate a ciascun altoatesino con cittadinanza italiana. La distribuzione del numero medio di prestazioni specialistiche per classi di età, secondo il sesso e la cittadinanza dei residenti, chiarisce l'origine della differenza indicata in precedenza tra popolazione italiana e straniera. Le prestazioni specialistiche fruite dalla popolazione italiana in età superiore a 50 anni assumono un trend progressivamente crescente, a fronte di un andamento più "costante" del consumo medio osservato per la popolazione straniera.

**PRESTAZIONI
SPECIALISTICA
AMBULATORIALE PER
GENERE, ETÀ E
CITTADINANZA**

Figura 16: Numero medio di prestazioni di specialistica ambulatoriale per residente secondo l'età, il genere e la cittadinanza – Anno 2006

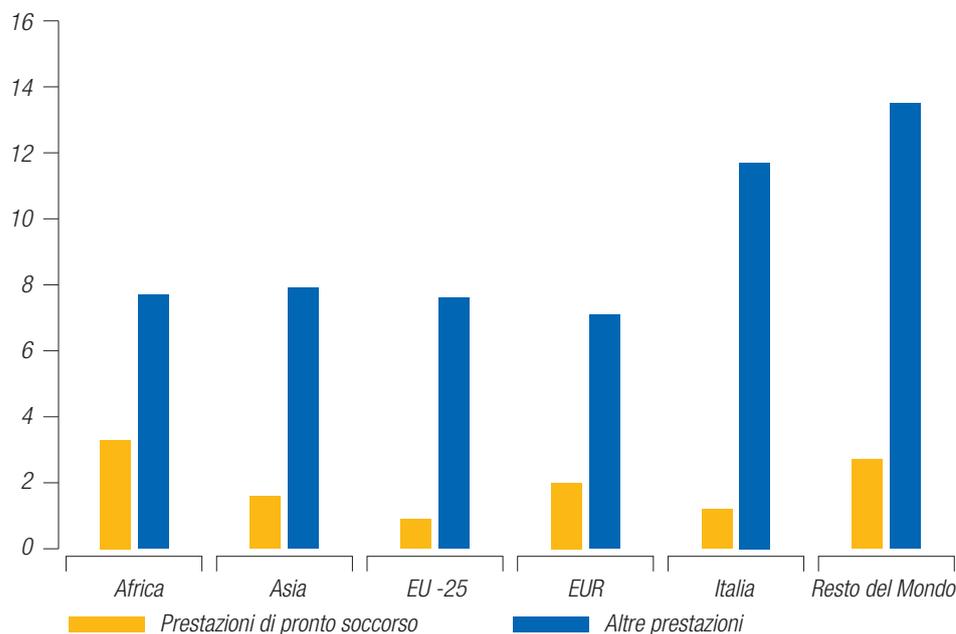


Fonte: aziende sanitarie – Archivio SPA

Nella popolazione femminile straniera si osserva un consumo di prestazioni specialistiche superiore rispetto alle cittadine italiane nella fascia di età 15-44 anni, in corrispondenza dell'età fertile della donna, a conferma dell'elevata natalità della popolazione straniera più volte emersa nel corso di questa parte.

L'accesso ai servizi ambulatoriali da parte della popolazione, secondo la diversa provenienza, evidenzia un'erogazione media di prestazioni specialistiche particolarmente elevata per i cittadini del resto del mondo, ed in particolare dell'America centro-meridionale (16,3), superiore ai cittadini italiani (in media 12,9 prestazioni per abitante).

Figura 17: Numero medio di prestazioni di specialistica ambulatoriale per residente secondo la modalità di accesso alle strutture sanitarie e la cittadinanza – Anno 2006



Applicando la suddivisione tra prestazioni di pronto soccorso ed altre prestazioni, al volume di prestazioni specialistiche erogate nel 2006, si osserva un maggior ricorso al pronto soccorso da parte dei residenti provenienti dai Paesi africani, dall’America centro-meridionale e dai Paesi europei non comunitari.

Oltre la metà delle prestazioni erogate, pari al 53,6%, appartengono alla branca specialistica di laboratorio, che raggruppate alle prestazioni specialistiche di riabilitazione (7,8%), ostetricia-ginecologia (6,9%), radiologia diagnostica (6,6%) e visite specialistiche (3,9%), rappresentano quasi l’80% del totale delle prestazioni erogate nel 2006 a cittadini stranieri.

Il tasso di consumo di prestazioni specialistiche per 1.000 residenti, evidenzia che pur essendo le prestazioni di laboratorio quelle più frequenti, nella popolazione straniera il ricorso a tali prestazioni è inferiore di circa il 30% rispetto ai cittadini italiani. Differenze elevate si osservano anche per la branca della riabilitazione, alla quale afferisce in prevalenza la popolazione anziana; in media le cittadine straniere ricorrono alle prestazioni di ostetricia e ginecologia circa due volte in più rispetto alle altoatesine italiane.

Tabella 9: Prestazioni specialistiche per branca e cittadinanza – Anno 2006

Branca specialistica	Africa	Asia	EU-25	EUR	Resto del Mondo	Totale Stranieri	Italia
Laboratorio	22.951	20.632	37.126	52.183	12.730	145.622	3.604.052
Riabilitazione	2.982	3.089	5.055	8.528	1.643	21.297	663.119
Radiologia diagnostica	3.370	2.479	3.827	6.773	1.462	17.911	379.260
Ortopedia e Traumatologia	1.386	1.001	1.685	3.315	470	7.857	176.012
Ostetricia e ginecologia	3.136	2.665	4.419	6.869	1.648	18.737	155.456
Cardiologia	643	696	1.211	1.651	316	4.517	153.326
Chirurgia generale	797	962	1.143	2.493	237	5.632	129.735
Oculistica	664	441	844	1.498	338	3.785	116.390
Visite spec	2.999	1.633	966	4.300	833	10.731	112.161
Otorinolaringoiatria	739	675	869	1.842	291	4.416	101.973
Dermatologia	390	648	898	1.135	260	3.331	89.867
Psichiatria	299	256	891	962	188	2.596	67.991
Nefrologia	23	215	594	545	175	1.552	65.900
Odontostomatologia	1.371	1.335	600	3.939	423	7.668	51.257
Altro	925	509	420	1.632	279	3.765	49.155
Neurologia	323	340	441	922	150	2.176	46.474
Oncologia	75	84	128	425	339	1.051	42.770
Pneumologia	380	615	364	638	256	2.253	40.162
Gastroenterologia	232	246	324	612	167	1.581	37.595
Urologia	185	140	217	407	69	1.018	36.171
Chirurgia plastica	280	177	319	618	117	1.511	30.334
Radioterapia	2	46	181	235	26	490	23.641
Chirurgia vascolare	39	48	245	150	18	500	17.024
Endocrinologia	59	94	165	212	54	584	17.019
Anestesia	85	18	154	119	30	406	14.732
Medicina nucleare	26	35	82	120	32	295	8.117
Neurochirurgia	108	62	76	217	41	504	6.164
TOTALE	44.469	39.141	63.244	102.340	22.592	271.786	6.235.857

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SPA

Tabella 10: Tasso di consumo (per 1.000 ab.) di prestazioni specialistiche per branca e cittadinanza – 2006

Branca specialistica	Africa	Asia	EU-25	EUR	Resto del Mondo	Totale Stranieri	Italia
Laboratorio	5.659,9	4.972,8	5.028,6	4.625,7	9.145,1	5.152,9	7.418,2
Riabilitazione	735,4	744,5	684,7	756,0	1.180,3	753,6	1.364,9
Radiologia diagnostica	831,1	597,5	518,4	600,4	1.050,3	633,8	780,6
Ortopedia e Traumatologia	341,8	241,3	228,2	293,9	337,6	278,0	362,3
Ostetricia e ginecologia	773,4	642,3	598,5	608,9	1.183,9	663,0	320,0
Cardiologia	158,6	167,8	164,0	146,4	227,0	159,8	315,6
Chirurgia generale	196,5	231,9	154,8	221,0	170,3	199,3	267,0
Ocullistica	163,7	106,3	114,3	132,8	242,8	133,9	239,6
Visite spec.	739,6	393,6	130,8	381,2	598,4	379,7	230,9
Otorinolaringoiatria	182,2	162,7	117,7	163,3	209,1	156,3	209,9
Dermatologia	96,2	156,2	121,6	100,6	186,8	117,9	185,0
Psichiatria	73,7	61,7	120,7	85,3	135,1	91,9	139,9
Nefrologia	5,7	51,8	80,5	48,3	125,7	54,9	135,6
Odontostomatologia	338,1	321,8	81,3	349,2	303,9	271,3	105,5
Altro	228,1	122,7	56,9	144,7	200,4	133,2	101,2
Neurologia	79,7	81,9	59,7	81,7	107,8	77,0	95,7
Oncologia	18,5	20,2	17,3	37,7	243,5	37,2	88,0
Pneumologia	93,7	148,2	49,3	56,6	183,9	79,7	82,7
Gastroenterologia	57,2	59,3	43,9	54,3	120,0	55,9	77,4
Urologia	45,6	33,7	29,4	36,1	49,6	36,0	74,5
Chirurgia plastica	69,1	42,7	43,2	54,8	84,1	53,5	62,4
Radioterapia	0,5	11,1	24,5	20,8	18,7	17,3	48,7
Chirurgia vascolare	9,6	11,6	33,2	13,3	12,9	17,7	35,0
Endocrinologia	14,5	22,7	22,3	18,8	38,8	20,7	35,0
Anestesia	21,0	4,3	20,9	10,5	21,6	14,4	30,3
Medicina nucleare	6,4	8,4	11,1	10,6	23,0	10,4	16,7
Neurochirurgia	26,6	14,9	10,3	19,2	29,5	17,8	12,7
TOTALE	10.966,5	9.433,8	8.566,2	9.071,9	16.229,9	9.617,3	12.835,2

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SPA

Molto superiore alla media provinciale dei cittadini italiani risulta anche il tasso di consumo di prestazioni per 1.000 residenti stranieri per le branche di odontostomatologia, altre prestazioni ambulatoriali, le visite mediche specialistiche, le prestazioni pneumologiche per i cittadini asiatici ed americani e le prestazioni di gastroenterologia per i residenti provenienti dall'America centro-meridionale.

Tabella 11: Importo tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale per cittadinanza. Valori assoluti e procapite – Anni 2004-2006

	Stranieri		Italiani	
	Importo a carico SSN	Importo Ticket	Importo a carico SSN	Importo Ticket
Valori assoluti				
Anno 2004	1.777.686,80	540.318,77	50.899.266,80	13.325.446,23
Anno 2005	2.207.650,98	601.335,74	55.646.890,58	13.532.791,17
Anno 2006	2.688.334,74	696.998,03	59.873.629,08	14.133.830,89
Valori procapite				
Anno 2004	80,50	24,47	111,87	29,29
Anno 2005	87,20	23,75	121,68	29,59
Anno 2006	95,13	24,66	130,85	30,89

Fonte: aziende sanitarie - Archivio SPA

Nel 2006 l'importo tariffario per l'assistenza specialistica ambulatoriale erogata a cittadini stranieri, ammonta complessivamente a circa 2,7 milioni di Euro, corrispondenti in termini procapite a circa 95,13 Euro per abitante. Nell'ultimo triennio l'erogazione di prestazioni specialistiche in termini monetari è incrementata di oltre il 50%, anche per effetto dell'aumento dei cittadini stranieri residenti in Alto Adige (in termini procapite l'aumento percentuale si attesta al 18,1%).

Rispetto ai cittadini stranieri, la popolazione altoatesina con cittadinanza italiana, per il ricorso a prestazioni ambulatoriali, assorbe maggiori risorse finanziarie (130,85 Euro procapite nel 2006), anche in virtù della struttura per età più anziana.

Dal punto di vista della partecipazione della popolazione alla spesa sanitaria, in media ciascun cittadino straniero ha contribuito nel 2006 a circa 25 Euro per ogni prestazione ambulatoriale fruita, con valori differenziati tra le diverse nazionalità (48,99 Euro per i cittadini dell'America centro-meridionale e del resto del mondo a fronte di 20,48 Euro per ciascun cittadino asiatico).

3.3. CONSUMO DI FARMACI

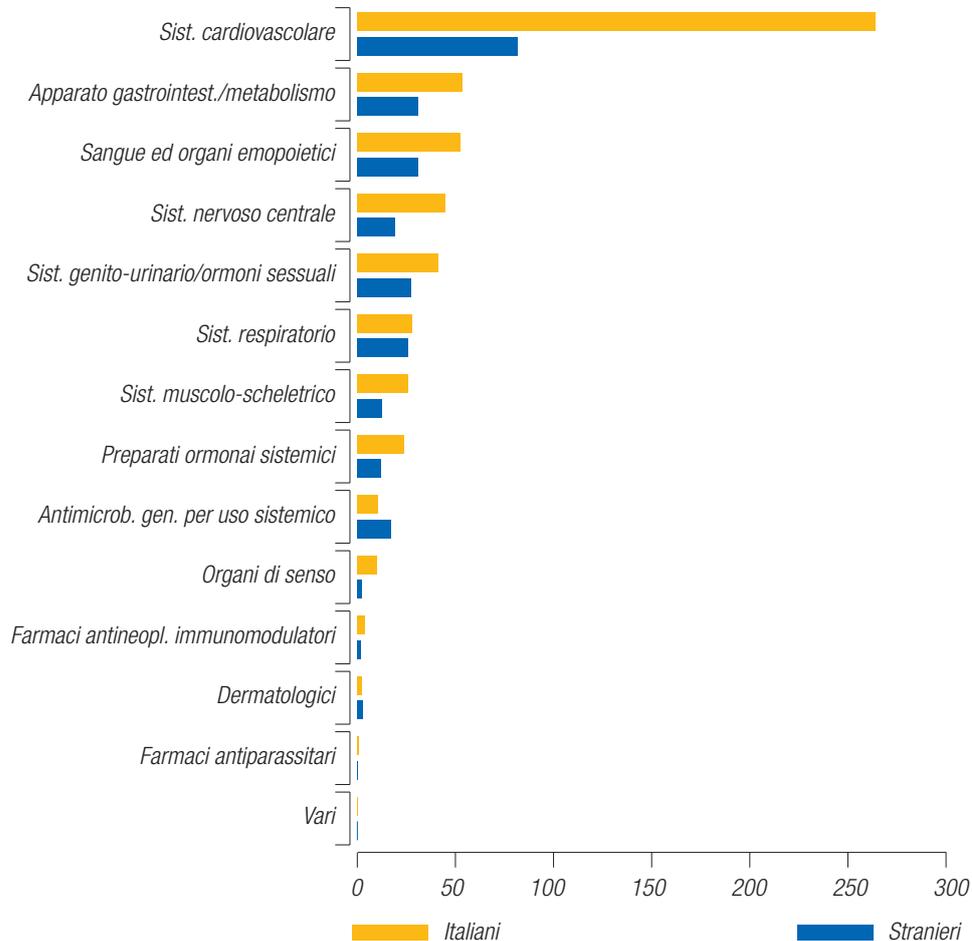
La prescrizione di farmaci distribuiti alla popolazione residente straniera nel 2006 ammonta a circa 103.360 confezioni corrispondenti a 3,7 pezzi per cittadino straniero. Tale dato rappresenta una sottostima del valore reale del numero di confezioni a causa dell'assenza dell'informazione sulla cittadinanza riscontrata su un contingente pari al 7% del totale confezioni erogate dalle farmacie provinciali.

Rispetto alla popolazione con cittadinanza italiana si riscontrano consumi procapite molto inferiori (3,7 confezioni per cittadino straniero vs 10,0 confezioni per cittadino italiano) e diversificati secondo la nazionalità (2,7 confezioni per i macedoni, 3,5 confezioni per gli albanesi, 4,2 confezioni per i pakistani e 4,6 per i cittadini provenienti da altri Stati UE).

**IMPORTO TARIFFARIO
DELL'ASSITENZA
SPECIALISTICA
AMBULATORIALE**

**CONSUMO DI FARMACI
(CONFEZIONI
PRO-CAPITE)**

Figura 18: Consumo di farmaci (DDD/1.000 abitanti die) nella popolazione residente per categoria ATC e cittadinanza – Anno 2006



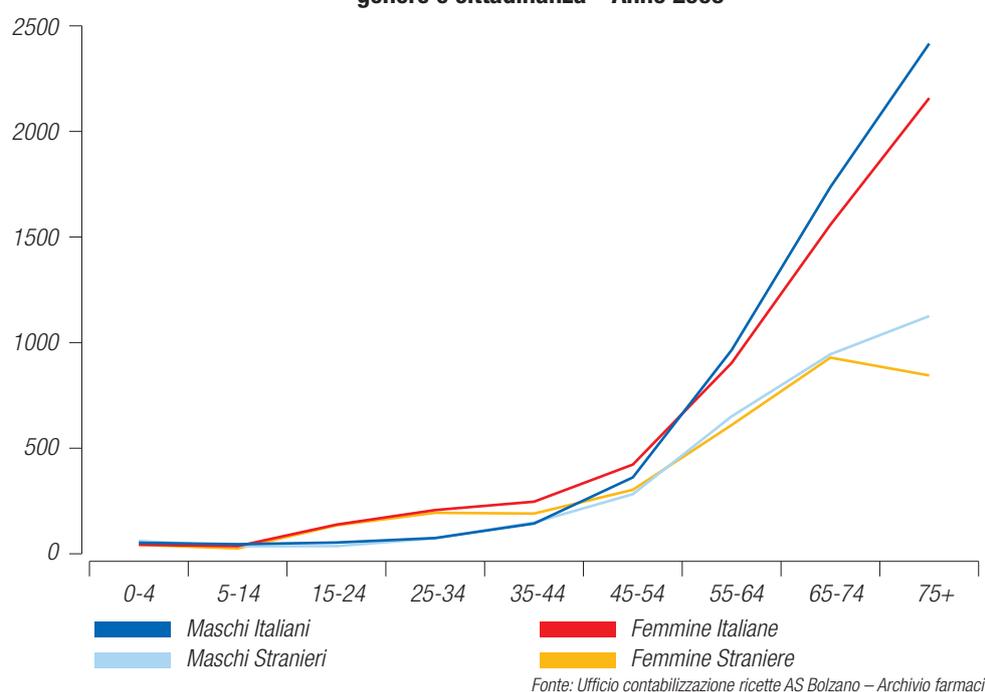
Fonte: Ufficio contabilizzazione ricette AS Bolzano – Archivio farmaci

**CONSUMO DI FARMACI
(DDD/1.000 AB. DIE) PER
GRUPPO ATC**

La ripartizione delle dosi medie giornaliere di medicinali (numero di DDD giornaliere per 1.000 residenti) prescritti nel 2006 alla popolazione straniera ed italiana secondo la classificazione internazionale ATC (Anatomica, Terapeutica, Clinica), tenuto conto anche della diversa struttura per età delle popolazioni, evidenzia una elevata differenza nel consumo di medicinali per il sistema cardiovascolare (i cittadini italiani consumano in media 3,2 dosi giornaliere di farmaci in più rispetto ai cittadini stranieri).

Maggiori consumi di farmaci da parte dei cittadini stranieri, rispetto alla popolazione italiana, si osservano per la categoria dei medicinali antimicrobici generici per uso sistemico e per i medicinali dermatologici; consumi in media con la cittadinanza italiana si riscontrano per i farmaci del sistema respiratorio.

Figura 19: Consumo di farmaci (DDD/1.000 abitanti die) nella popolazione residente per età, genere e cittadinanza – Anno 2006



La distribuzione dei consumi di farmaci secondo il genere, l'età e la cittadinanza, non evidenzia particolari differenze tra i cittadini italiani e stranieri fino alla classe di età 45-54 anni; oltre tale classe di età si osservano invece andamenti costantemente crescenti per i cittadini italiani a fronte di incrementi meno accentuati per la popolazione straniera fino alla classe di età 65-74 anni, e consumi costanti nelle classi di età più anziane.

Tale andamento conferma il limitato ricorso dei cittadini stranieri a farmaci per il sistema cardiovascolare, assunti in prevalenza nelle fasce di età oltre i 50 anni.

L'analisi dei consumi di farmaci da parte dei cittadini stranieri secondo la nazionalità di provenienza, conferma l'esteso consumo di medicinali antimicrobici a tutti i cittadini stranieri ad eccezione dei residenti provenienti dagli stati UE-25, con dosi giornaliere medie per 1.000 abitanti doppie rispetto ai cittadini italiani per i residenti africani e macedoni, e dosi tre volte superiori per la popolazione asiatica.

L'assunzione di tali farmaci riguarda in prevalenza peniciline, macrolidi e lincosamidi, cefalosporine, chinolonici ed altri farmaci antimicrobici.

**CONSUMO DI FARMACI
(DDD/1.000 AB. DIE) PER
GENERE, ETÀ E
CITTADINANZA**

485

**CONSUMO DI FARMACI
(DDD/1.000 AB. DIE) PER
NAZIONALITÀ DEGLI
STRANIERI**

Tabella 12: **Consumo di farmaci (DDD/1.000 abitanti die) nella popolazione residente per categoria ATC e cittadinanza – Anno 2006**

Categoria ATC	Africa	Asia	EU-25	EUR	Resto del Mondo	Totale Stranieri	Italia
Apparato gastrointest./metabolismo	41,5	52,3	21,8	28,7	32,5	30,9	53,6
Sangue ed organi emopoietici	30,2	37,4	28,8	30,6	33,0	30,9	52,7
Sist. cardiovascolare	44,6	68,0	95,2	89,0	58,5	81,8	263,9
Dermatologici	3,4	4,6	1,5	2,7	4,3	2,7	2,2
Sist. genito-urinario/ormoni sessuali	39,8	19,1	33,7	17,3	47,4	27,4	41,3
Preparati ormonali sistemici	9,6	16,5	13,4	10,1	14,5	12,2	24,0
Antimicrob. gen. per uso sistemico	24,3	29,1	9,7	17,2	19,4	17,0	10,6
Farmaci antineopl. immunomodulatori	1,2	1,7	2,1	1,8	0,1	1,7	3,7
Sist. muscolo-scheletrico	11,9	19,8	11,3	10,7	14,6	12,3	25,8
Sist. nervoso centrale	17,3	11,8	22,5	17,7	24,7	19,0	44,9
Farmaci antiparassitari	1,1	0,5	0,2	0,4	2,2	0,5	0,6
Sist. respiratorio	47,9	41,1	17,7	19,9	38,2	25,9	27,9
Organi di senso	3,4	2,7	2,8	1,6	3,9	2,5	10,1
Vari	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
TOTALE	276,1	304,7	260,6	247,8	293,1	264,8	561,4

Fonte: Ufficio contabilizzazione ricette AS Bolzano - Archivio farmaci

Consumi elevati rispetto alle altre nazionalità di provenienza, si riscontrano nella popolazione di origine pakistana, con riferimento ai farmaci per l'apparato gastrointestinale (70,3 DDD/1.000 abitanti die vs 30,9 del totale cittadini stranieri), ai medicinali per il sangue e gli organi emopoietici (48,5 vs 30,9) ed ai farmaci per il sistema muscolo-scheletrico (27,8 vs 12,3).

Nella popolazione asiatica emerge, inoltre, un consumo due volte superiore rispetto ai cittadini italiani di farmaci dermatologici (4,6 DDD/1.000 abitanti die vs 2,2); quasi il doppio rispetto agli altri cittadini stranieri, risulta il consumo di medicinali per il sistema genito-urinario/ormoni sessuali nella popolazione marocchina (52,4 vs 27,4) e del resto del mondo (in prevalenza america centro-meridionale) (47,4 DDD/1.000 abitanti die).

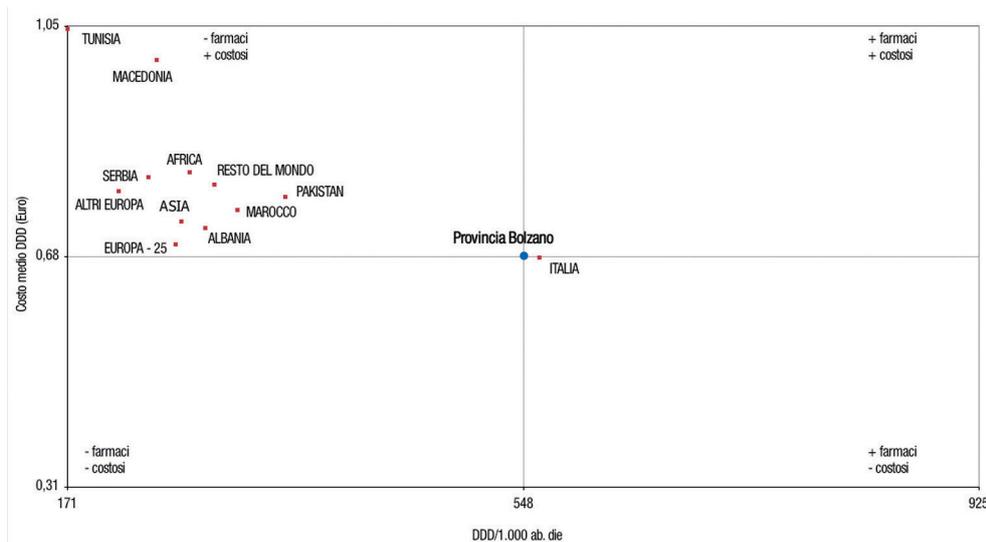
Altro apparato che ha colpito nel 2006 in modo diffuso i residenti provenienti dai Paesi africani, asiatici ed americani è il sistema respiratorio. I consumi di medicinali riscontrati per i cittadini di queste nazionalità sono elevati e riguardano in prevalenza l'assunzione di broncodilatatori, andrenergici, antiasmatici ed antinfiammatori.

La spesa generale lorda per farmaci distribuiti attraverso le farmacie nel 2006 a cittadini stranieri ammonta a 1,56 milioni di Euro, corrispondenti a circa 55 Euro per cittadino, contro i 141 Euro circa di spesa procapite per i cittadini italiani.

A fronte di una spesa farmaceutica "straniera" procapite esigua, il rapporto tra spesa lorda e volume di dosi giornaliere (DDD) assunte, evidenzia una spesa media per dose giornaliera superiore per i cittadini stranieri (0,76 Euro per DDD) rispetto alla popolazione residente italiana (0,68 Euro per DDD).

In Figura 20 è rappresentata un'area suddivisa in quattro quadranti individuati dall'intersezione del consumo medio giornaliero provinciale e della spesa media provinciale per DDD; i consumi di farmaci da parte dei cittadini stranieri si dispongono tutti all'interno del quadrante caratterizzato da bassi consumi ed alti costi unitari rispetto alla media provinciale. In particolare i cittadini pakistani evidenziano il maggior consumo, mentre i cittadini tunisini assumono meno farmaci ma tra i più costosi (antimicrobici).

Figura 20: Confronti provinciali spesa media DDD (Euro) e consumi DDD/1.000 abitanti die secondo la cittadinanza dei residenti – Anno 2006



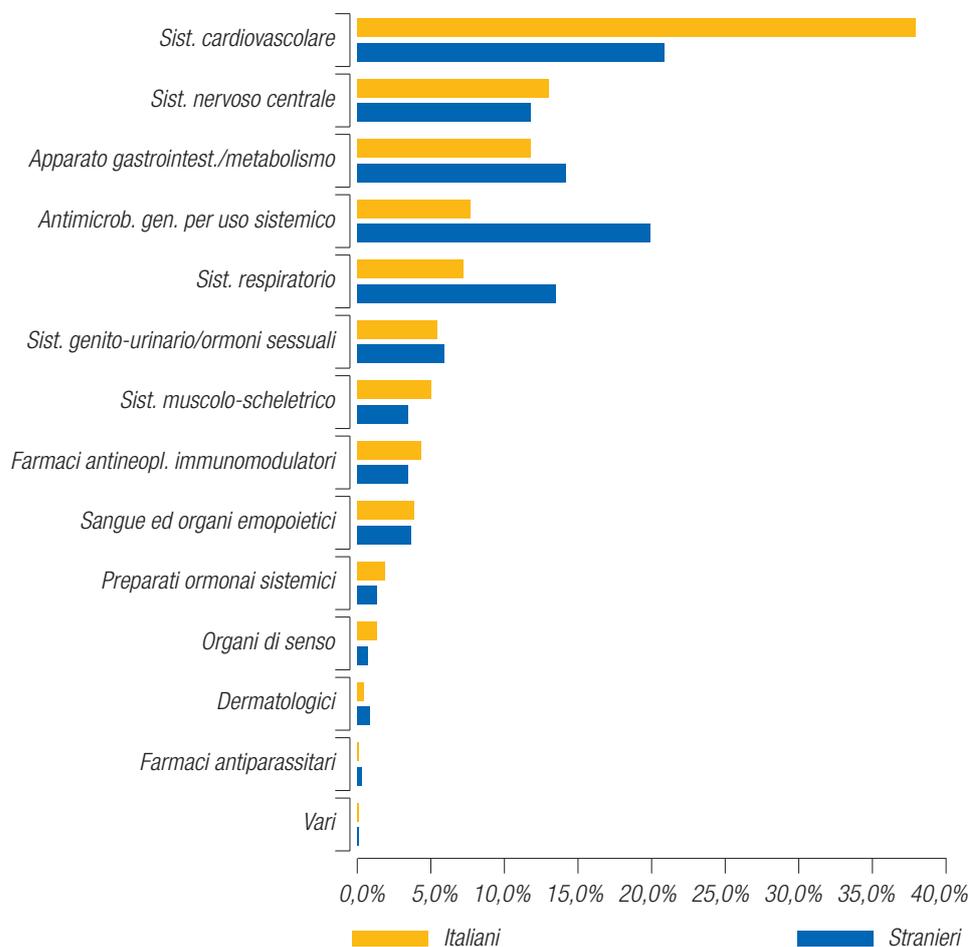
Fonte: Ufficio contabilizzazione ricette AS Bolzano – Archivio farmaci

La distribuzione percentuale della spesa farmaceutica lorda per cittadini stranieri secondo il gruppo anatomico principale (ATC), pone al primo posto la spesa per farmaci relativi al sistema cardiovascolare (20,9%) e al secondo i medicinali antimicrobici generici ad uso sistemico (19,9%); seguono i farmaci per l'apparato gastrointestinale (14,2%), per il sistema respiratorio (13,5%) e per il sistema nervoso centrale (11,8%).

A differenza dei cittadini italiani viene confermata una maggiore percentuale di spesa farmaceutica destinata per i farmaci antimicrobici generici ad uso sistemico, per farmaci dell'apparato gastrointestinale, del sistema respiratorio e del sistema genito-urinario/ormoni sessuali.

**DISTRIBUZIONE
PERCENTUALE SPESA
FARMACEUTICA PER
GRUPPO ATC**

Figura 21: **Distribuzione percentuale della spesa farmaceutica lorda per categoria ATC e cittadinanza dei residenti – Anno 2006**



Fonte: Ufficio contabilizzazione ricette AS Bolzano – Archivio farmaci

Tabella 13: **Spesa farmaceutica lorda per categoria ATC e cittadinanza dei residenti. Valori in migliaia di Euro – Anno 2006**

Categoria ATC	Africa	Asia	EU-25	EUR	Resto del Mondo	Totale Stranieri	Italia
Apparato gastrointest./metabolismo	36,9	36,7	56,7	78,7	11,6	220,6	7.600,8
Sangue ed organi emopoietici	3,7	4,7	23,1	20,9	4,2	56,7	2.477,7
Sist. cardiovascolare	20,1	35,0	132,0	126,5	11,3	325,0	24.460,8
Dermatologici	2,1	1,7	4,4	3,9	1,1	13,2	264,3
Sist. genito-urinario/ormoni sessuali	11,9	13,6	35,3	24,6	6,1	91,5	3.491,5
Preparati ormonali sistemici	2,6	2,8	6,2	8,7	0,7	21,0	1.194,6
Antimicrob. gen. per uso sistemico	53,3	52,3	70,1	115,9	18,3	310,0	4.955,6
Farmaci antineopl. immunomodulatori	1,1	8,9	24,7	18,8	0,1	53,5	2.779,4
Sist. muscolo-scheletrico	5,9	9,5	20,3	15,4	2,9	54,0	3.227,4
Sist. nervoso centrale	19,1	13,7	73,7	66,9	10,0	183,4	8.405,1
Farmaci antiparassitari	2,6	0,4	0,6	0,7	0,5	4,7	84,3
Sist. respiratorio	49,1	36,0	47,4	62,5	15,0	210,1	4.650,2
Organi di senso	2,2	1,5	4,3	2,7	0,5	11,2	861,9
Vari	0,0	1,0	0,0	0,5	0,0	1,6	47,6
TOTALE	210,7	217,8	498,7	546,8	82,3	1.556,3	64.501,3

Fonte: Ufficio contabilizzazione ricette AS Bolzano – Archivio farmaci

4. IL PROGETTO FANON-BALINT

Con delibera dell'Azienda Sanitaria di Bolzano n. 1061 del 17 maggio 2004, è stato istituito un servizio medico ambulatoriale dedicato alla popolazione straniera temporaneamente presente nel territorio provinciale ed irregolare, gestito dall'Associazione Fanon-Balint, fondata nel febbraio 2004.

Il servizio medico è stato erogato presso un ambulatorio aperto due pomeriggi alla settimana, lunedì e mercoledì, dalle ore 16.00 alle 19.00, avvalendosi complessivamente della collaborazione di 11 medici, generici ed ospedalieri, e 5 infermieri volontari.

Con la conclusione del progetto nel dicembre 2006, l'ambulatorio è stato chiuso ed il servizio è stato trasferito presso i poliambulatori del presidio ospedaliero di Bolzano.

4.1. CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DELL'UTENZA ASSISTITA

In fase di accoglienza dell'utenza al servizio medico ambulatoriale, a ciascun nuovo paziente è stato assegnato un codice STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) sostitutivo del codice sanitario non posseduto dal paziente, in relazione alla presenza irregolare dello stesso nel territorio provinciale.

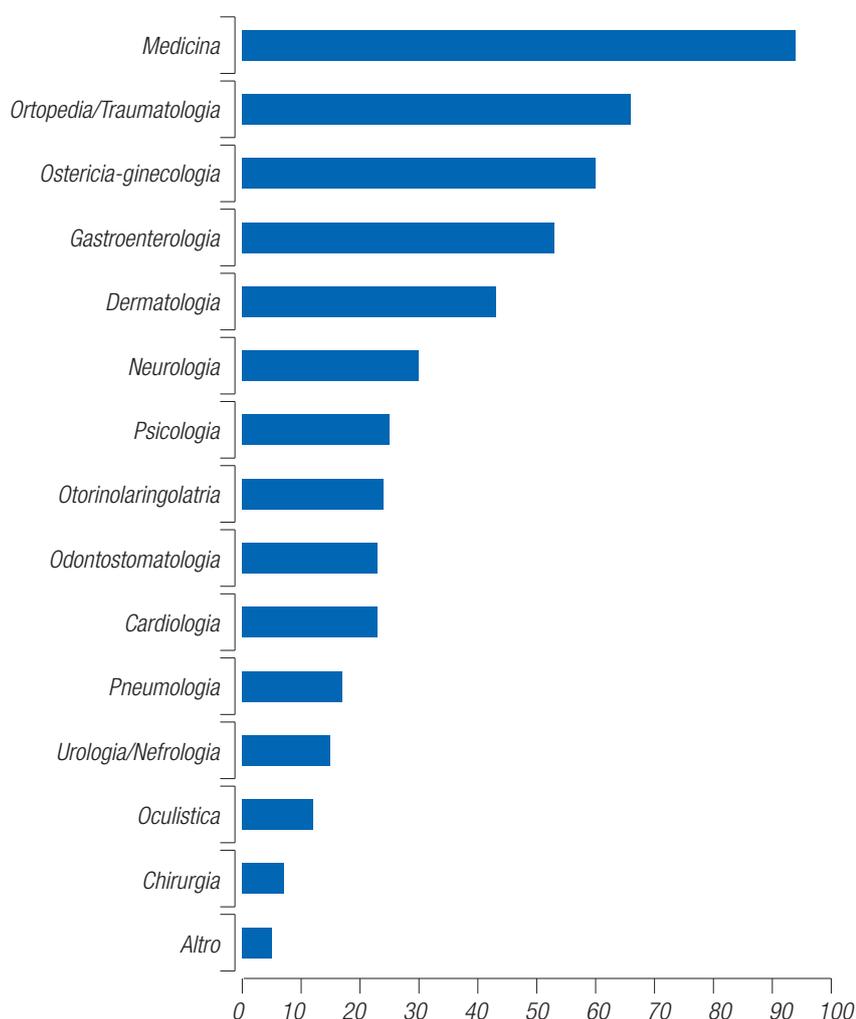
Nel periodo 1 ottobre 2005 – 6 dicembre 2006 sono stati emessi complessivamente 170 codici STP corrispondenti ad altrettanti stranieri irregolari assistiti, provenienti in prevalenza dagli stati dell'Est Europa (56,2%) e dall'Africa (27,2%). Le nazionalità dell'utenza maggiormente rappresentate si riferiscono ad Albania (35 utenti, 20,7%), Marocco (32 utenti 18,9%), Moldavia (25 utenti, 14,8%) e Romania (14 utenti, 8,3%); il 53% degli assistiti, pari a 90 pazienti, era di genere femminile a fronte di 80 stranieri maschi. Oltre l'80% degli assistiti aveva un'età inferiore a 50 anni ed in prevalenza tra 20 e 29 anni (50, pari al 29,4% del totale utenti); il 33,5% possedeva il titolo di studio di scuola media inferiore, ed il 14,1% era laureato. Circa la metà degli assistiti (47,6%) ha dichiarato di essere nubile/celibe ed un ulteriore 38,2% ha indicato come modalità dello stato civile "coniugato/a"; 75 utenti hanno dichiarato di avere figli e di questi il 73,5% ha indicato il Paese di origine come domicilio dei figli.

Il profilo socio-demografico dell'utenza straniera irregolare assistita dall'Associazione Fanon-Balint, presenta caratteristiche simili a quello indicato nei paragrafi precedenti per la popolazione straniera residente ad eccezione della distribuzione degli assistiti per genere; nella popolazione irregolare si osserva una maggior presenza di donne anche in relazione al tipo di occupazione svolta, quella di badante, spesso non regolata con contratti legali e ancora ampiamente diffusa.

4.2. L'ASSISTENZA EROGATA

Durante i 14 mesi di apertura dell'ambulatorio medico sono state erogate complessivamente 470 prestazioni, di cui 300 di controllo, pari al 63,8% del totale. Tra le prime cinque branche specialistiche oggetto di intervento figurano la medicina, l'ortopedia/traumatologia, l'ostetricia/ginecologia, la gastroenterologia e la dermatologia (Figura 22).

Figura 22: **Distribuzione delle prestazioni erogate dall'Associazione Fanon-Balint a utenti stranieri irregolari per tipologia – Periodo 01.10.2005 – 06.12.2006**



Fonte: Associazione Fanon-Balint – Relazione attività associazione 2006

Anche la distribuzione delle prestazioni ambulatoriali erogate per branca specialistica presenta forti analogie con quella presentata nel paragrafo specifico per la popolazione straniera residente; nella popolazione irregolare particolarmente elevate risultano le prestazioni per l'apparato gastrointestinale, ad evidenza di disturbi frequenti legati alle abitudini alimentari.

