



RELAZIONE SANITARIA

Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL

Abteilung 23 - Gesundheitswesen
Epidemiologische Beobachtungsstelle



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

Ripartizione 23 - Sanità
Osservatorio epidemiologico

RELAZIONE SANITARIA 2012

A CURA DELL'OSSERVATORIO
EPIDEMIOLOGICO PROVINCIALE

*Osservatorio Epidemiologico Provinciale – Ripartizione Sanita
Via Canonico M. Gamper 1 – 39100 Bolzano
Tel. 0471 41 80 40
Fax 0471 41 80 48*

*Consultabile sul sito www.provincia.bz.it/oep
per contatti: oepp@provincia.bz.it*

*Provincia Autonoma di Bolzano 2013
E' ammessa la riproduzione parziale del contenuto citandone la fonte*

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

1. POPOLAZIONE ASSISTIBILE

Nella Relazione Sanitaria sono utilizzati diversi criteri per la determinazione della popolazione residente di riferimento a seconda dei diversi ambiti considerati: gli anni vissuti, la popolazione per teste o la popolazione al 31 dicembre riferita dall'Istituto Provinciale di Statistica (ASTAT).

La popolazione in anni vissuti considera il numero di giornate nell'anno in cui un cittadino residente è risultato effettivamente in carico al Servizio Sanitario Provinciale (SSP).

La popolazione per teste considera tutte le persone residenti in provincia che almeno per un giorno tra il 01/01 ed il 31/12 sono risultate assistibili dall'Azienda Sanitaria provinciale, includendo quindi anche tutti i residenti che nel corso dell'anno sono entrati a far parte della popolazione (nati e trasferiti in provincia) o ne sono usciti (deceduti o trasferiti fuori provincia).

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

1.1. DISTRIBUZIONE SUL TERRITORIO

Indicatori di sintesi

- Popolazione residente in anni vissuti: 500.281 abitanti

La popolazione residente nel 2012 secondo l'anagrafe sanitaria, espressa in anni vissuti, è pari a 500.281 unità, per una densità di 67,6 abitanti per km². Il 55,0% del territorio provinciale presenta un basso grado di urbanizzazione¹, il 21,1% è mediamente urbanizzato ed il 23,9% ha invece un alto grado di urbanizzazione (censimento 2011).

¹ Secondo la definizione Eurostat un livello alto si ha con densità abitativa superiore a 500 ab./Km² ed un ammontare di popolazione di almeno 50.000 abitanti, un livello medio per densità superiori a 100 ab./Km² e popolazione non superiore a 50.000 abitanti, un livello basso negli altri casi.

1.2. STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

Indicatori di sintesi

- Età media: 41,7 anni
- Indice di vecchiaia: 121,3%
- Indice di dipendenza: 53,8%

Il rapporto medio di mascolinità è pari a 96,5 uomini per 100 donne.

L'età media della popolazione è pari a 41,7 anni (40,4 anni per la popolazione maschile e 43,0 per quella femminile), ed è cresciuta di 0,9 anni nell'ultimo quinquennio.

L'indice di vecchiaia è pari a 121,3 anziani (65 anni e oltre) ogni 100 ragazzi (0-14 anni). Tale indice è cresciuto di 9 punti negli ultimi cinque anni, ed evidenzia valori più elevati tra le donne (142,6%) rispetto agli uomini (101,4%). Il valore dell'indice provinciale rimane tuttavia significativamente inferiore a quello nazionale, pari a 147%.

L'indice di dipendenza è pari a 53,8%, ed ha evidenziato una costante crescita nell'ultimo decennio. Questo indicatore è più elevato tra le donne (57,4%) rispetto agli uomini (50,2%). Il valore nazionale dell'indice è pari a 53%.

1.3. SPERANZA DI VITA

Indicatori di sintesi

- Speranza di vita alla nascita – Maschi: 80,5 anni
- Speranza di vita alla nascita – Femmine: 85,8 anni

La speranza di vita alla nascita secondo le tavole di mortalità provinciali del 2009 è pari a 79,9 anni per gli uomini e 85,1 anni per le donne. Secondo le stime ISTAT per il 2011 si rileva in Provincia di Bolzano una più elevata speranza di vita rispetto alla media nazionale (80,5 vs. 79,4 per gli uomini e 85,8 vs. 84,5 per donne).

La speranza di vita alla nascita è in costante crescita negli ultimi anni. Negli ultimi dieci anni sono stati guadagnati 2,5 anni di speranza di vita alla nascita per gli uomini e 2,1 per le donne.

La sopravvivenza delle donne è maggiore rispetto agli uomini a tutte le età ed in particolare la probabilità di morte è tra due e cinque volte superiore negli uomini tra i 20 ed i 30 anni, circa due volte superiore a partire dai 30 e fino agli 80 anni.

Il differenziale nella speranza di vita tra maschi e femmine è tuttavia in progressiva diminuzione nel corso degli anni (da 8,1 anni delle tavole 1977-79 si passa a 5,3 delle tavole più recenti).

1.4. NATALITÀ

Indicatori di sintesi

- Bambini nati in Provincia di Bolzano: 5.668
- Bambini nati da madri residenti in Provincia di Bolzano: 5.281
- Età media al parto dei genitori: 31,5 anni per la madre e 35,2 anni per il padre
- Percentuale di donne straniere residenti che hanno partorito in Provincia di Bolzano sul totale delle partorienti residenti: 20,0%
- Percentuale di donne altoatesine in gravidanza con più di 35 anni che hanno effettuato almeno un'indagine prenatale invasiva: 17,3%

L'assistenza alla gravidanza, al parto e ai neonati ha una valenza strategica nel sistema sanitario, in considerazione delle ricadute sul benessere dell'intera popolazione ed è per questo che diviene importante monitorarne le caratteristiche e le criticità.

Nel corso del 2012 in Provincia di Bolzano sono nati 5.668 bambini, di cui 5.281 da madri residenti in provincia (93,2%), registrati attraverso il Certificato di assistenza al parto (Cedap); in aumento rispetto al 2011, nel 2012 il numero di bambini nati risulta leggermente superiore alla media dei valori degli anni precedenti (numero medio negli anni 2008-2011 di ca. 5.550 nascite). Quasi tutti i parti sono avvenuti negli otto punti nascita presenti in provincia, solo 17 nascite sono avvenute a domicilio.

In generale i dati altoatesini, confrontati con i dati medi nazionali, continuano ad offrire un quadro positivo sia dell'assistenza in gravidanza sia degli esiti neonatali.

Nell'ambito del ricorso ad indagini invasive prenatali, si riscontrano sempre notevoli differenze tra il comportamento delle mamme altoatesine rispetto alle donne nel resto del territorio nazionale: le donne altoatesine che si sottopongono ad almeno un'indagine prenatale invasiva sopra i 35 anni (fattore di rischio che comporta l'effetto dell'intervento) rappresentano il 17,3% delle donne in gravidanza con più di 35 anni d'età, contro una media in altre regioni italiane, quali Emilia –Romagna, Veneto e Toscana, di ca. il 50,0%.

* Fonte: *La Nascita in Emilia Romagna – 9 Rapporto sui dati CEDAP – Anno 2011*

1.4.1 Caratteristiche dei genitori

Indicatori di sintesi

- Età media al parto delle donne: 31,5 anni
- Donne residenti che hanno partorito nel corso del 2012: 5.180
- Percentuale di donne con più di 35 anni alla nascita del figlio: 30,1%
- Percentuale di madri casalinghe al momento del parto: 18,5%
- Percentuale di padri occupati al momento del parto: 91,4%
- Percentuale di padri con il diploma di scuola media inferiore al momento del parto: 45,2%

L'età media delle donne al parto registra un lieve aumento pari a 31,5 anni. Questo valore indica che le mamme altoatesine sono in media più giovani rispetto alle realtà regionali quali Emilia-Romagna, Veneto e Toscana ma più anziane rispetto alle regioni Piemonte, Marche e Campania*. Considerando la distribuzione per età delle donne residenti che hanno partorito nel 2012, più di 6 su 10 hanno oltre 30 anni (64,8%), quasi 1 su 3 oltre 35 anni (30,1%) e il 6,8%, pari a 352 donne, oltre 40 anni. Anche l'età media del padre, pari a 35,2 anni nel 2012, fa registrare un lieve aumento rispetto all'anno precedente. Particolare attenzione va comunque rivolta anche alle mamme giovani e alle coppie di adolescenti: si contano, infatti, 66 donne con età inferiore ai 20 anni, che hanno partorito nel corso del 2012, pari a 1,3% del totale delle madri residenti (si tratta generalmente di coppie particolarmente in difficoltà a gestire la propria crescita personale e il ruolo genitoriale, con carenza obiettiva di risorse sociali ed economiche). Sempre significativamente molto alta la percentuale di donne altoatesine che risulta essere nubile al momento del parto, specialmente tra le madri con cittadinanza italiana: tra quest'ultime infatti, una su due risulta non essere coniugata. Questo valore continua ad essere circa il doppio più alto rispetto a quello registrato a livello nazionale dove solo il 21,3%* delle nascite avviene fuori dal matrimonio: questa è una scelta che tende a diffondersi lì dove le donne godono di maggiore indipendenza economica e di conseguenza di maggiore sicurezza. Per quanto riguarda il titolo di studio, il 62,0% delle madri registra una scolarizzazione medio-alta (diploma di scuola media superiore, laurea) contro il 48,9% dei padri. Significativamente inferiore risulta invece la percentuale di madri che dal punto di vista della condizione professionale risulta occupata al momento del parto (74,9%) rispetto a quanto dichiarato dai padri (91,4%). La frequenza di madri residenti con cittadinanza straniera è in continuo aumento secondo i dati Cedap: dal 14,6% del 2005 al 20,0% del 2012 (una madre ogni cinque). La cittadinanza più rappresentata è quella marocchina. Se si considera il Paese di origine della donna, le madri residenti nate all'estero nel 2012 sono il 23,1% del totale delle madri residenti.

* Fonte: *La Nascita in Emilia Romagna – 9 Rapporto sui dati CEDAP – Anno 2011*

1.4.2. Gravidanza e parto

Indicatori di sintesi

- Numero medio di visite effettuate in gravidanza: 6,8
- Percentuale di partorienti residenti che hanno eseguito almeno un'indagine prenatale invasiva: 6,5%
- Percentuale dei nati da parto cesareo in Provincia di Bolzano: 25,3%
- Percentuale dei nati da parto vaginale presso la Casa di Cura S.Maria: 59,0%
- Numero parti gemellari: 100, pari all' 1,9% del totale dei parti
- Donne ricorse a tecniche di procreazione medica assistita: 117, pari all'2,3% del totale delle partorienti residenti

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

Nel 2012 in media ogni donna in gravidanza si è sottoposta a 6,8 visite di controllo (valore costante negli anni). A tale riguardo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità propone un modello di assistenza basato, per le gravidanze a basso rischio, su una media di 4 visite di controllo. Un numero di visite inferiore a 4 (indicatore di assistenza insufficiente) si registra nel 4,7% delle gravidanze. Il 63,1% delle donne residenti in gravidanza ha effettuato la prima visita entro l'ottava settimana, quindi in epoca gestazionale precoce.

Tra le donne residenti che hanno partorito in Alto Adige nel 2012, 335 (6,5%) hanno eseguito almeno un'indagine prenatale invasiva (nel 2005 la percentuale era del 9,8%). Il 2,9% ha effettuato un'amniocentesi (tecnica di diagnosi prenatale che permette di rilevare eventuali alterazioni cromosomiche fetali, come ad es. la sindrome di Down) e il 2,4% ha effettuato una villocentesi.

Valutando le modalità del parto per le donne residenti, il 68,5% dei bambini è nato da parto vaginale e un ulteriore 6,1% da parto vaginale operativo (ventosa o forcipe). Nel 2012 si registra un valore percentuale di nati da parti per via chirurgica costante a quello dell'anno precedente, pari al 25,3%. Rispetto al luogo del parto si ha sempre un'elevata propensione all'uso del taglio cesareo in Casa di Cura privata, in cui tale procedura risulta nel 38,5% dei parti contro il 25,0% degli ospedali pubblici.

Se si considera la percentuale di nati da parti cesarei depurata NTVS (Nullipar, Terminal, Single, Vertex), indicatore che misura l'appropriatezza della modalità del parto depurandolo da fattori che possono aumentare il ricorso al cesareo stesso, il valore calcolato è pari al 19,2%. Si registra una discreta variabilità tra i punti nascita nella differenza tra le percentuali grezze e

depurate di nati da parti cesarei. In corrispondenza a differenze elevate tra percentuali grezze e depurate si osserva una più alta concentrazione di casi complessi che richiedono in misura maggiore il ricorso al taglio cesareo. Valori depurati maggiori dei valori grezzi possono essere invece indicativi di un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica.

I parti plurimi costituiscono l'1,9% del totale (100 parti gemellari per un totale di 201 bambini). La quota di gravidanze plurime associata alla procreazione medico assistita è pari al 32,0% (un parto plurimo ogni tre è dovuto al ricorso di tecniche di PMA).

Nel 2012 117 donne residenti, pari all'2,3% del totale delle partorienti, sono ricorse a tecniche di procreazione assistita, in linea con i dati registrati nella regione Emilia Romagna nel 2011 (2,0%).

La percentuale dei nati vivi prematuri (con età gestazionale inferiore o uguale a 36 settimane) è pari al 7,9% mentre quello di gravidanze post-termine è del 0,1%.

1.5. DINAMICA DEMOGRAFICA

Indicatori di sintesi

- Tasso di crescita: 4,0 per 1.000 abitanti
- Tasso di crescita naturale: 2,1 per 1.000 abitanti
- Tasso di crescita migratoria: 1,9 per 1.000 abitanti
- Tasso di Fecondità Totale: 1.688,7 per 1.000 donne
- Tasso di Fecondità Totale (2010-2012): 1.641,1 per 1.000 donne

La crescita della popolazione nel corso del 2012 è stata pari a 4,0 unità per 1.000 abitanti:

Una componente importante della crescita della popolazione è costituita dal saldo migratorio, pari al 1,9‰. La crescita naturale, pari al 2,1‰, si conferma ai livelli più elevati tra le regioni italiane.

Il Tasso di Fecondità Totale, che esprime il numero medio di figli per donna, è pari a 1,7 figli per donna (1,4 nel 2011 a livello nazionale).

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

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

2. ASPETTI DELLA SALUTE

2.1. STILI DI VITA

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

2.1.1. Alimentazione

Indicatori di sintesi

- Persone in sovrappeso nella fascia 18-69 anni: 27,5%
- Persone obese nella fascia 18-69 anni: 6,7%
- Maschi in eccesso ponderale nella fascia 18-69 anni: 44,4%
- Femmine in eccesso ponderale nella fascia 18-69 anni: 23,8%
- Persone nella fascia 18-69 anni che consumano almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura: 5,6%.

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

Il 34,2% della popolazione tra 18 e 69 anni presenta un eccesso ponderale (27,5% sovrappeso, 6,7% obesi). L'eccesso ponderale è maggiore tra gli uomini (44,4%) rispetto alle donne (23,8%), e tra le persone con un basso livello di istruzione (41,7%) rispetto a quelle maggiormente istruite (26,8%). Solo il 5,6% si attiene alla raccomandazione di consumare almeno 5 porzioni al giorno di frutta o verdura.

2.1.2. Attività fisica

Indicatori di sintesi

- Persone fisicamente attive nella fascia 18-69 anni: 54,4%
- Persone sedentarie nella fascia 18-69 anni: 6,0%
- Persone di 3 anni o più che praticano sport in modo continuativo: 37,3%

Uno stile di vita sedentario non rappresenta solo una predisposizione all'obesità, ma è anche un fattore di rischio per patologie importanti come la cardiopatia coronarica, il diabete mellito ed alcuni tipi di cancro. Il 54,4% della popolazione tra 18 e 69 anni è attivo dal punto di vista fisico (per il lavoro che svolge o perché aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica), mentre il 6,0% è completamente sedentario.

2.1.3. Abitudine al fumo

Indicatori di sintesi

- Fumatori nella fascia 18-69 anni: 26,0%
- Fumatori nella fascia 18-34 anni: 36,1%
- Fumatori maschi nella fascia 18-69 anni: 30,8%
- Fumatrici femmine nella fascia 18-69 anni: 21,1%
- Numero medio di sigarette fumate al giorno: 12
- Numero di decessi attribuibili al fumo (2009): 1197

Il fumo è "la prima causa di morte facilmente evitabile". È responsabile di circa il 28% delle morti per tumore e del 33% dei decessi complessivi in provincia. Sono attribuiti al fumo il 75% dei casi di cancro alla cavità orale, alla faringe e all'esofago e l'80% dei tumori polmonari. Il fumo è inoltre responsabile di altre patologie, quali l'infarto miocardico, l'ictus, la bronchite cronica ostruttiva ed altri disturbi dell'apparato respiratorio.

L'abitudine al fumo è diffusa nel 26,0% della popolazione provinciale tra i 18 ed i 69 anni d'età (il 30,8% tra gli uomini ed il 21,1% tra le donne). L'abitudine è più diffusa tra i giovani: fuma il 36,1% dei soggetti con età compresa tra 18 e 34 anni.

2.1.4. Abuso di sostanze

Indicatori di sintesi

- Utenti in carico ai SerD per abuso di sostanze: 816
- Utenti in carico ai SerD per abuso di sostanze nella fascia 15-54 anni: 3,0 per 1.000 abitanti
- Incidenza di utenti in carico ai SerD per abuso di sostanze nella fascia 15-54 anni: 2,1 per 10.000 abitanti
- Dimissioni ospedaliere per cause droga correlate: 234
- Tasso di dimissione ospedaliera per cause droga correlate nella fascia di età 15-54 anni: 86,6 per 100.000 abitanti
- Alcoldipendenti in carico ai SerD: 1.767
- Prevalenza di alcoldipendenti in carico ai SerD: 3,5 per 1.000 abitanti
- Dimissioni ospedaliere per cause alcool correlate: 1.098
- Tasso di dimissione ospedaliera per cause alcool correlate: 2,2 per 1.000 abitanti
- Bevitori a rischio nella fascia di età 18-69 anni: 40,0%

Oltre ad influenzare direttamente la salute, la dipendenza da sostanze influenza negativamente anche il comportamento sociale dell'individuo. Nel 2012, sono stati assistiti dai servizi per le dipendenze provinciali (SerD) 816 soggetti con problemi derivanti da consumo di sostanze, pari a 3,0 utenti in carico ogni 1.000 abitanti in età compresa tra 15 e 54 anni.

L'OMS stima che circa il 9% dei costi complessivi per la salute nella regione Europea sia imputabile all'abuso di bevande alcoliche. L'alcool è determinante nell'incremento del rischio per patologie quali la cirrosi epatica, alcuni tumori, l'ipertensione, l'ictus ed alcune malformazioni congenite.

I bevitori a rischio (bevitori "binge" oppure bevitori fuori pasto o forti bevitori) in Provincia sono pari al 40,0% della popolazione tra 18 e 69 anni, e tra questi il 30,1% beve prevalentemente fuori pasto, il 20,1% è bevitore "binge" (consumo di 5 o più unità alcoliche in una unica volta nell'ultimo mese per gli uomini, 4 per le donne) e il 3,5% è un forte bevitore (consumo medio negli ultimi 30 giorni di più di due unità al giorno per gli uomini ed una per le donne).

Nel 2012 sono stati inoltre assistiti dai servizi per le dipendenze 190 utenti per gioco d'azzardo problematico, 111 per abuso di farmaci, 129 per problemi di nicotina, 365 familiari e 82 altri utenti per motivi diversi.

2.2. MALATTIE E MORTALITÀ

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

2.2.1. Diffusione delle malattie croniche

Indicatori di sintesi

- 27,6% della popolazione soffre di almeno una malattia cronica
- 62,3 età media dei malati cronici
- 75,3% della popolazione anziana soffre di almeno una patologia cronica
- 14,7% della popolazione è ipertesa
- più di 21.000 le persone che nella sola città di Bolzano soffrono di una cardiovasculopatia
- 6,9% delle donne soffre di ipotiroidismo
- 4,8% della popolazione ha contratto neoplasie
- 4,0% degli uomini presenta una malattia cronica respiratoria

Le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte quasi in tutto il mondo. Si tratta di un ampio gruppo di malattie, che comprende le cardiopatie, le neoplasie, il diabete, le malattie respiratorie croniche ecc.. Oltre ad avere un alto tasso di mortalità, le malattie croniche possono essere anche particolarmente invalidanti, così che la lotta a queste malattie rappresenta una priorità per la salute pubblica.

Le malattie croniche si manifestano clinicamente soprattutto in età anziana, quindi esiste una correlazione tra età media della popolazione e prevalenza dei malati cronici. La popolazione altoatesina assistibile, rispetto ai valori medi nazionali, è una popolazione ancora abbastanza giovane (anche se in linea con i trend demografici, sta invecchiando sempre di più), con un'età media per il 2012 pari a 41,6 anni e un indice di vecchiaia pari a 121 (ovvero sono presenti 121 anziani ogni 100 giovani). A livello nazionale si stima per il 2012 un indice di vecchiaia pari a 147.*

Nel corso del 2012, la popolazione altoatesina con almeno una malattia cronica è risultata essere pari al 27,6% (1 persona su 4). Le donne registrano rispetto agli uomini un rischio leggermente più elevato di contrarre almeno una malattia cronica: valori più elevati per il genere femminile si registrano soprattutto nelle patologie neurologiche e in quelle autoimmuni ed endocrinopatiche.

Quasi 15 persone ogni 100 in Alto Adige sono affette da ipertensione; a quasi 5 persone ogni 100 è stata diagnosticata una neoplasia e a 4 uomini ogni 100 una malattia respiratoria; 4 persone ogni 100 soffrono di diabete. Se consideriamo solo la popolazione anziana (con 65 anni e più), 75 persone ogni 100 registrano almeno una patologia cronica.

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

*Fonte: ISTAT

2.2.2. Malattie infettive

Indicatori di sintesi

- Casi di malattie infettive di classe II notificate: .3.038
- Tasso di notifica di malattie infettive di classe II: 607,3 per 100.000 abitanti
- Casi di malattie infettive di classe III notificate: 71
- Tasso di notifica di malattie infettive di classe III: 14,2 per 100.000 abitanti
- Dimissioni ospedaliere per malattia infettiva: 2.132
- Tasso di dimissione ospedaliera per malattia infettiva: 426,2 per 100.000 ab.
- Casi di decesso per malattia infettiva (2009): 43
- Tasso di mortalità per malattia infettiva (2009): 8,8 per 100.000 abitanti
- Nuovi casi di AIDS (2011): 6
- Casi prevalenti di AIDS (2011): 136
- Tasso di incidenza di AIDS (2010): 1,2 per 100.000 abitanti
- Tasso di prevalenza di AIDS (2010): 27,3 per 100.000 abitanti

Le malattie infettive maggiormente notificate nel 2012 sono state quelle legate all'infanzia, e tra queste la varicella, con 1.991 casi, pari ad un'incidenza di 398,0 per 100.000 abitanti. Nel 2012 sono stati inoltre notificati 71 casi di tubercolosi, pari a 14,2 per 100.000 abitanti (11,8 nel 2011).

Tra il 1982, anno della prima diagnosi in Italia, ed il 2010, sono stati segnalati 290 casi di AIDS tra i residenti in Provincia di Bolzano. I nuovi casi segnalati nel 2011 sono stati 6, pari a 1,2 per 100.000 abitanti. I nuovi casi segnalati in Italia nel 2011 sono stati 774 per una corrispondente incidenza di 1,3 casi per 100.000 abitanti. Il tasso di notifica delle nuove infezioni da HIV (28 casi) in Provincia nel 2011 è pari a 5,6 per 100.000 abitanti (4,5 nel 2010).

2.2.3. Tumori maligni

Indicatori di sintesi

- Nuovi casi attesi di tumore maligno – Maschi (2012): 1.856
- Nuovi casi attesi di tumore maligno – Femmine (2009): 1.398
- Tasso annuo di incidenza di tumori maligni – Maschi (2003-2007): 652,3 per 100.000 maschi
- Tasso annuo di incidenza di tumori maligni – Femmine (2003-2007): 500,1 per 100.000 femmine
- Decessi attesi per tumore maligno – Maschi (2012): 808
- Tasso annuo di mortalità per tumore maligno – Maschi (2003-2007): 271,1 per 100.000
- Decessi attesi per tumore maligno – Femmine (2012): 603
- Tasso annuo di mortalità per tumore maligno – Femmine (2003-2007): 209,6 per 100.000 femmine

Le stime di incidenza dei tumori maligni diagnosticati nella popolazione residente in Provincia di Bolzano sono riferite al quinquennio 2003-2007.

Il numero medio di nuovi casi per anno diagnosticati nel periodo è pari a 1.556 tra i maschi (652,3 per 100.000) ed a 1.221 tra le femmine (500,1 per 100.000). Escludendo i tumori della pelle (ICD X: C44), i nuovi casi attesi per il 2012 sono pari a 1.856 per i maschi e 1.398 per le femmine. I tumori giovanili (0-14 anni) osservati in media ogni anno sono stati 5,6 tra i maschi e 4,2 tra le femmine.

Escludendo la cute (ICD X C44), i tumori più frequenti tra i maschi sono quelli della prostata (23,1% dei casi), del colon-retto (12,0%), del polmone (9,6%), della vescica (8,9%) e dello

stomaco (5,2%).

Nelle femmine, il tumore della mammella (24,7% dei casi) è al primo posto tra tutte le neoplasie, seguito dal tumore del colon-retto (12,4%), dal tumore del polmone (5,3%), dai melanomi (5,1%), e dal tumore dello stomaco (5,1%).

Nel periodo 2003-2007 sono deceduti ogni anno per tumore in media 646 maschi (271,1 decessi ogni 100.000 residenti), e 512 femmine (209,6 decessi ogni 100.000). Per l'anno 2012 è quindi possibile stimare per la Provincia di Bolzano un totale di 1.411 decessi per tumore di cui 808 tra i maschi e 603 tra le femmine.

Tra i maschi, le cause di morte per neoplasia più frequenti risultano il tumore del polmone (20,0% dei casi), del colon-retto (11,5%), della prostata (10,8%), dello stomaco (7,8%) e del fegato (6,6%). Nelle femmine, i decessi dovuti al tumore della mammella (16,6%) rappresentano la quota più importante, seguiti dai decessi per tumore del colon-retto (12,1%), del polmone (9,9%), dello stomaco (8,1%) e del pancreas (7,7%).

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

2.2.4. Diabete

Indicatori di sintesi

- Prevalenza dei pazienti diabetici sul totale della popolazione assistibile: 4,1% (3,9% diabetici di tipo II e 0,2% di tipo I)
- Età media pari a 68,0 anni (diabetici di tipo II 69,3 anni, di tipo I 38,7 anni)
- Tre quarti della popolazione diabetica di tipo II soffre anche di una cardiovasculopatia, due terzi è anche ipertesa
- Oltre il 75% dei diabetici effettua annualmente almeno un monitoraggio di creatinina e di emoglobina glicata
- L'84,6% dei diabetici di tipo II ha assunto almeno un farmaco per il diabete (antidiabetico orale, antiaggregante, ipolipemizzante o l'insulina)
- Il tasso di ospedalizzazione per diabete nella Provincia di Bolzano è pari a 98,5 ricoveri di residenti per 100.000 abitanti

Il diabete mellito, con le sue complicanze, è uno dei maggiori problemi sanitari dei paesi economicamente evoluti e la sua prevalenza è in continua crescita, anche a causa dell'aumento dell'obesità e della sedentarietà. La prevalenza in letteratura è stimata intorno al 5,5% della popolazione generale (ISTAT, 2012), ma vi è un ulteriore 3% di soggetti con diabete non diagnosticato.

Esistono 2 forme principali di diabete mellito:

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

Nel 2012 in Provincia di Bolzano sono stati assistiti 883 pazienti diabetici di tipo I e 19.561 pazienti diabetici di tipo II (espressi in anni vissuti), con una prevalenza sul totale della popolazione assistibile rispettivamente dello 0,2% e del 3,9%.

La prevalenza di malati del diabete di tipo II aumenta progressivamente con l'avanzare dell'età: il 12,5% tra i 65 ed i 74 anni e 15,5% dopo i 75 anni.

L'età media della popolazione diabetica di tipo I è di 38,7 anni, di tipo II 69,3 anni.

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

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

In Provincia di Bolzano oltre il 75% di tutti diabetici effettua annualmente almeno un monitoraggio di creatinina e di emoglobina glicata. Si fa presente che il valore nazionale di riferimento annuo per l'emoglobina glicata è pari all'84%, a fronte del 100% auspicabile (Linee Guida nazionali AMD).

Per quanto riguarda la terapia farmacologica, nel corso del 2012 il 68,6% dei pazienti diabetici di tipo II ha assunto un antidiabetico orale, il 47,6% un ipolipemizzante, il 39,7% un antiaggregante ed il 15,8% si è curato con l'insulina; in generale l'84,6% ha assunto almeno uno di questi farmaci nell'arco dell'anno. Va considerato che il trattamento farmacologico del diabete prevede nella maggior parte dei casi l'associazione di più farmaci.

Il tasso di ospedalizzazione per diabete nella Provincia di Bolzano è pari a 98,5 ricoveri di residenti per 100.000 abitanti (esclusi i ricoveri effettuati presso le strutture austriache e nel resto d'Italia). Se si considera solo la popolazione con età superiore a 18 anni il tasso si riduce a 114,7 ricoveri per 100.000 abitanti. Considerando i pazienti con più di 18 anni, il tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze a lungo termine (complicazioni renali, oculari, neurologiche, circolatorie periferiche o altre complicanze) risulta pari a 56,2 ricoveri per 100.000 abitanti.

2.2.5. Disturbi psichici

Indicatori di sintesi

- Pazienti assistiti dai Centri di Salute Mentale: 9.621
- Prevalenza di pazienti assistiti dai Centri di Salute Mentale: 19,2 per 1.000 abitanti
- Dimissioni ospedaliere per malattia psichica: 2.968
- Tasso di dimissioni ospedaliere per malattia psichica: 593,3 per 100.000 abitanti
- Pazienti assistiti dai servizi psicologici: 8.380
- Psicoterapie effettuate dai servizi psicologici: 10.044
- Prevalenza di pazienti assistiti dai servizi psicologici: 16,8 per 1.000 abitanti
- Casi di suicidio: 46
- Tasso di suicidio: 9,2 per 100.000 abitanti

Il servizio psichiatrico è una struttura complessa, che attraverso il coordinamento tecnico e gestionale delle strutture operative garantisce il funzionamento integrato delle stesse, la continuità terapeutica, l'unitarietà della programmazione e dell'attuazione dei progetti terapeutici e di risocializzazione. Le strutture sanitarie di cui si avvale il servizio psichiatrico sono il Centro di Salute Mentale (CSM), il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), il servizio day and night hospital, i centri di riabilitazione ed altre strutture per l'attività in regime residenziale e semiresidenziale.

Nel corso del 2012 sono state 9.621 le persone assistite dai Centri di Salute Mentale provinciali, pari a 19,2 per 1.000 abitanti, mentre 2.968 sono state le dimissioni ospedaliere di pazienti con diagnosi principale di tipo psichiatrico (593,3 per 100.000 abitanti). Tra le diagnosi di dimissione prevalgono le psicosi affettive (32,4% delle dimissioni).

Gli assistiti dai servizi psicologici nel corso del 2012 sono stati 8.380, pari a 16,8 ogni 1.000 abitanti, ai quali sono state somministrate 10.044 psicoterapie.

Nel 2012 ci sono stati 46 casi di suicidio (9,2 per 100.000 abitanti), analoga alla media del quinquennio 2008-2012.

2.2.6. Malattie dell'apparato circolatorio

Indicatori di sintesi

- Prevalenza di malattie croniche vasculopatiche – Maschi: 166,1 per 1.000 maschi
- Prevalenza di malattie croniche vasculopatiche – Femmine: 175,5 per 1.000 femmine
- Prevalenza della malattia ipertensiva – Maschi: 140,7 per 1.000 maschi
- Prevalenza della malattia ipertensiva - Femmine: 153,3 per 1.000 femmine
- Decessi per malattie del sistema circolatorio – Maschi (2009): 581
- Decessi per malattie del sistema circolatorio – Femmine (2009): 738
- Tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio – Maschi (2009): 241,0 per 100.000 maschi
- Tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio – Femmine (2009): 295,7 per 100.000 femmine
- Dimissioni ospedaliere per malattie del sistema circolatorio – Maschi: 4.942
- Dimissioni ospedaliere per malattie del sistema circolatorio – Femmine: 4.112
- Tasso di ospedalizzazione per malattie del sistema circolatorio – Maschi: 2.011,8 per 100.000 maschi
- Tasso di ospedalizzazione per malattie del sistema circolatorio – Femmine: 1.614,9 per 100.000 femmine

Le malattie cardiocircolatorie rappresentano la prima causa di morte nei paesi sviluppati, e sono responsabili del 36,2% dei decessi in Provincia di Bolzano. I principali fattori di rischio per le malattie dell'apparato cardiocircolatorio sono rappresentati dall'ipertensione, dall'ipercolesterolemia, dal diabete e dall'obesità. Un soggetto iperteso ha un rischio tra 2 e 4 volte superiore rispetto ad una persona non ipertesa di morire di una malattia coronarica, e di oltre 4 volte superiore di morire di ictus. Si stima che il 25% dei decessi per malattie coronariche o ictus sia relazionato all'ipertensione. I soggetti con ipercolesterolemia presentano un rischio di morte per cardiopatia ischemica e ictus doppio rispetto ai soggetti con colesterolemia normale.

Nel 2012, rispetto alla popolazione generale provinciale, si stima una prevalenza di 171,4 casi ogni 1.000 residenti di malati cronici cardiovascolari (166,1 per 1.000 tra i maschi e 175,5 per 1.000 tra le femmine) e 147,1 casi per 1.000 di ipertensione (140,7 tra i maschi e 153,3 tra le femmine). Le dimissioni ospedaliere complessive per malattie cardiovascolari sono state

complessivamente 9.054 (1.809,8 per 100.000 abitanti). Tra le dimissioni per malattie ischemiche (1.454) si contano 706 dimissioni per infarto miocardio acuto (449 maschi e 257 femmine). La patologia più frequente tra le cause di morte per malattie del sistema circolatorio nel 2009 è rappresentata dalle malattie ischemiche del cuore (infarto, angina pectoris ed ischemie cardiache), con 243 decessi tra i maschi (100,8 per 100.000) e 223 decessi tra le femmine (89,4 per 100.000).

2.2.7. Malattie respiratorie

Indicatori di sintesi

- Prevalenza di malattie croniche broncopatiche - Maschi: 40,5 per 1.000 maschi
- Prevalenza di malattie croniche broncopatiche - Femmine: 34,2 per 1.000 femmine
- Decessi per malattie dell'apparato respiratorio – Maschi (2009): 154
- Decessi per malattie dell'apparato respiratorio – Femmine (2009): 139
- Tasso di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio – Maschi (2009): 63,9 per 100.000 maschi
- Tasso di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio – Femmine (2009): 55,7 per 100.000 femmine
- Dimissioni ospedaliere per malattie dell'apparato respiratorio – Maschi: 3.445
- Dimissioni ospedaliere per malattie dell'apparato respiratorio – Femmine: 2.622
- Tasso di ospedalizzazione per malattie dell'apparato respiratorio – Maschi: 1.402,4 per 100.000 maschi
- Tasso di ospedalizzazione per malattie dell'apparato respiratorio – Femmine: 1.029,7 per 100.000 femmine

Le malattie dell'apparato respiratorio in generale rappresentano la terza causa di morte (8,0%) in provincia dopo le malattie del sistema circolatorio ed i tumori.

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

Il fumo di tabacco è il più importante fattore ambientale per lo sviluppo di bronchite cronica e BPCO: il 15-20% dei fumatori accusa un'ostruzione bronchiale clinicamente significativa ed una frazione minore un'insufficienza respiratoria invalidante. La prevalenza stimata nel 2012 di broncopatie croniche in Provincia di Bolzano è pari a 37,3 casi per 1.000 abitanti (40,5 tra i maschi e 34,2 tra le femmine).

Le dimissioni nel 2012, di residenti da strutture provinciali con una malattia del sistema respiratorio come diagnosi principale, sono state complessivamente 6.067, con un tasso di ospedalizzazione pari a 1.212,7 per 100.000. Le diagnosi più frequenti di ricovero sono state polmoniti ed influenza.

Le malattie polmonari cronico ostruttive sono state nel 2009 la causa di decesso più importante tra le malattie respiratorie, con un tasso pari a 34,0 per 100.000 tra gli uomini ed a 20,8 per 100.000 tra le donne.

2.2.8. Mortalità per causa

Indicatori di sintesi

- Tasso di mortalità - Maschi (2009): 760,4 per 100.000 maschi
- Tasso di mortalità - Femmine (2009): 772,9 per 100.000 femmine

La fonte di riferimento per i dati di mortalità è costituita dal Registro Provinciale di Mortalità, che gestisce ed elabora le informazioni contenute nei certificati di morte ISTAT e provvede alla codifica da assegnare alla causa principale del decesso. La codifica è completa fino all'anno 2009, mentre non è disponibile per i decessi avvenuti successivamente.

Il numero di decessi registrato nel 2009 nella popolazione residente è pari a 3.762, per un corrispondente tasso di mortalità grezzo del 766,8 per 100.000.

La causa principale di decesso nell'anno 2009 è costituita dalle malattie del sistema circolatorio, che interessa il 38,3% dei casi della popolazione femminile ed il 31,7% di quella maschile. Tra gli uomini è più evidente la mortalità per tumore (34,6%) rispetto alle donne (29,0%), così come quella per traumatismi ed avvelenamenti (7,6% vs. 3,4%).

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

3. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA

Il Piano Sanitario Provinciale, in conformità a quanto previsto dalla normativa nazionale, prevede 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:

1. Profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
2. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
3. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro;
4. Sanità pubblica veterinaria;
5. Tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
6. Attività medico-legali.

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

3.1. SCREENING ONCOLOGICI

Attraverso i programmi di screening oncologici si persegue l'obiettivo di individuare la malattia in fase preclinica o i suoi precursori nella popolazione generale o in suo sottogruppo. I programmi sono rivolti ad una popolazione asintomatica, che viene invitata a sottoporsi ad un test.

I tumori per i quali è stata dimostrata l'efficacia di un programma di screening in termini di riduzione di incidenza e mortalità sono il tumore della mammella e della cervice uterina per la popolazione femminile, del colon retto per la popolazione generale.

In Provincia di Bolzano è attivo il programma di screening per il tumore della mammella e sono ripresi gli inviti per quello della cervice uterina.

3.1.1. Tumore della cervice uterina

Indicatori di sintesi

- Adesione allo screening della cervice uterina (2012): 39,3%
- Casi positivi allo screening della cervice uterina (2012): -
- Displasie gravi tra le donne che hanno aderito allo screening della cervice uterina (2012): 40 (0,27%)

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

Il 39,3% delle donne invitate nel 2012 ha effettuato il Pap-test. In nessun caso l'esito è stato un carcinoma, in 40 casi (0,27%) una displasia grave ed in 292 casi una displasia lieve o media (1,97%).

3.1.2. Tumore della mammella

Indicatori di sintesi

- Adesione allo screening del tumore alla mammella (2012): 51,4%
- Casi positivi allo screening del tumore alla mammella (2012): 17
- Tasso di identificazione dello screening del tumore alla mammella (2012): 5,9‰

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

In Alto Adige il programma di screening per questo tumore è attivo a livello provinciale dal 2003. Nel 2012, il 51,4% ha aderito al programma di screening, ed in 17 casi è stata riscontrata una positività al test di screening (5,9‰).

3.2. PROFILASSI DELLE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE

Indicatori di sintesi

- Dosi vaccinali somministrate alla popolazione d'età inferiore a 18 anni: 162.984
- Percentuale di dosi vaccinali somministrate riferite a vaccinazioni obbligatorie per legge: 49,0%
- Percentuale di dosi vaccinali somministrate riferite a vaccinazioni raccomandate: 51,0%
- Copertura vaccinale a 24 mesi di età per la polio: 89,3%
- Copertura vaccinale a 24 mesi di età per difterite-tetano: 89,3%
- Copertura vaccinale a 24 mesi di età per epatite B: 88,8%
- Copertura vaccinale a 24 mesi di età per morbillo: 71,5%
- Copertura vaccinale a 24 mesi di età per malattie da haemophilus influenzae tipo b: 90,0%
- Richieste di esenzione dalle vaccinazioni obbligatorie esaminate dalla Commissione provinciale per le vaccinazioni: 4
- Esenzioni temporanee dalle vaccinazioni obbligatorie concesse: -
- Esenzioni permanenti dalle vaccinazioni obbligatorie concesse: 1
- Persone coinvolte nell'ambito di inchieste e/o sorveglianze epidemiologiche su specifiche malattie infettive sottoposte ad obbligo di notifica: 4.360
- Vaccinazioni antitubercolari eseguite: 16
- Prove di cutireazione alla tubercolina eseguite: 2.489
- Consulenze sanitarie ed attività di informazione effettuate nei confronti di viaggiatori che si recano all'estero: 2.145
- Interventi di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione in strutture pubbliche: 271
- Interventi di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione in strutture private: 202

Con delibera n. 4699 del 28/12/2007 è stato approvato il calendario vaccinale provinciale, il quale prevede l'armonizzazione in un unico schema di tutte le vaccinazioni per i bambini indicate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dal Piano Nazionale Vaccini 2005-2007. In Italia, per i nuovi nati, sono obbligatorie le vaccinazioni contro difterite, tetano, poliomielite, epatite virale B. A livello provinciale sono raccomandate, inoltre, le vaccinazioni contro morbillo, parotite, rosolia (MPR), pertosse, infezioni da Haemophilus influenzae b (Hib), da pneumococco, da meningococco C e la vaccinazione contro i Papillomavirus responsabili del

carcinoma della cervice uterina (HPV).

Nel 2012 in Alto Adige sono state somministrate, alla popolazione d'età inferiore a 18 anni, 162.984 dosi vaccinali; di queste il 49% (79.873) si riferiscono a vaccinazioni obbligatorie per legge ed il restante 51% (83.111) a vaccinazioni raccomandate.

Le coperture vaccinali a 24 mesi per la coorte di nascita del 2010 presentano, a livello provinciale, valori inferiori al livello ottimale del 95%; ancora insufficiente è la copertura contro il morbillo. Nel corso dell'anno, sono state esaminate dalla Commissione provinciale per le vaccinazioni 4 richieste di esenzione dalle vaccinazioni obbligatorie ed è stata concessa una esenzione permanente. Si è osservata, nell'ultimo decennio, una forte riduzione nel numero annuo di tali richieste di esenzione (nel 1998 erano state esaminate 56 richieste).

La sorveglianza delle malattie infettive si basa in particolare sul Sistema Informativo delle Malattie Infettive (SIMI), che prevede il coinvolgimento del medico curante, ospedaliero o di base, il quale diagnostica la malattia infettiva ed effettua la segnalazione ai servizi di igiene e sanità pubblica dell'Azienda Sanitaria. Gli operatori dei servizi, in base all'eziopatogenesi ed alla rilevanza epidemiologica della patologia, adottano le adeguate misure di profilassi a tutela della salute pubblica. Nell'ambito dell'attività di profilassi delle malattie infettive e parassitarie, i quattro servizi di igiene e sanità pubblica hanno svolto inchieste e/o sorveglianze epidemiologiche su specifiche malattie sottoposte ad obbligo di notifica: le più numerose in particolare sono quelle condotte in caso di infestazioni da ectoparassiti, ovvero infezioni causate dal virus dell'influenza A sottotipo H1N1, salmonellosi, campylobacter ed altri agenti responsabili di tossinfezioni alimentari. Tale attività di profilassi ha coinvolto, nel corso del 2012, soprattutto collettività per un totale di 4.360 persone. Relativamente alla tubercolosi, le necessarie attività di profilassi vengono svolte in tutto il territorio provinciale dal servizio Pneumologico aziendale. Il numero di vaccinazioni antitubercolari eseguite nel 2012 risulta inferiore rispetto all'anno precedente (16 rispetto alle 23 del 2011); nel corso dell'anno sono state eseguite circa 2.500 prove di cutireazione alla tubercolina, La diminuzione delle vaccinazioni è da porre in relazione essenzialmente al cambiamento nella normativa prevista a livello nazionale (L. 388/2000), ed alle indicazioni contenute in recenti linee guida redatte da alcune società scientifiche che riducono ulteriormente le attività di profilassi della tubercolosi, concentrandosi di fatto solo su alcuni selezionati gruppi a rischio (neonati o bambini appartenenti a gruppi ad alto rischio di infezione ed operatori che lavorano in ambienti ad alto rischio di esposizione).

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

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

L'attività di profilassi delle malattie infettive e parassitarie prevede, inoltre, l'esecuzione di interventi di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione presso spazi pubblici, abitazioni private e scuole. Nel 2012 sono stati eseguiti nel territorio provinciale 473 interventi di disinfezione e di disinfestazione. Il 57,3 % di questi è stato effettuato in strutture pubbliche, e il rimanente 42,7 % presso spazi ed edifici privati.

3.3. TUTELA DAI RISCHI CONNESSI CON GLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

In questo sottolivello sono comprese tutte le attività e le prestazioni finalizzate alla tutela della salute e della sicurezza della comunità, con particolare riferimento ai rischi connessi agli ambienti di vita (strutture a carattere collettivo, edifici in relazione alle diverse utilizzazioni, piscine pubbliche o private aperte al pubblico, laboratori di produzione e di commercializzazione dei prodotti cosmetici, centri di bellezza ed estetica, cimiteri) ed agli ambienti di lavoro.

3.3.1. Ambienti di vita

Indicatori di sintesi

- Percentuale di strutture sanitarie pubbliche controllate: 2,8%
- Percentuale di strutture sanitarie private controllate: 10,5%
- Percentuale di strutture sociali controllate: 25,0%
- Alloggi ispezionati per rilascio certificati di condizione abitativa e inabitabilità: 104
- Campioni di acqua di piscina prelevati per eseguire analisi chimico-fisiche: 402
- Percentuale di campioni di acqua di piscina con valori non regolari alle analisi chimico-fisiche eseguite: 15,0%
- Campioni di acqua di piscina prelevati per eseguire analisi microbiologiche: 864
- Percentuale di campioni di acqua di piscina con valori non regolari alle analisi microbiologiche eseguite: 7,5%
- Percentuale di laboratori di produzione di prodotti cosmetici controllati: 23,1%
- Percentuale di centri di bellezza ed estetica controllati: 19,3%
- Percentuale di centri per il tatuaggio e/o piercing controllati: 52,4%
- Visite necroscopiche eseguite: 902

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

Nel 2012, sono state valutate le condizioni igienico sanitarie di 443 strutture provinciali di carattere collettivo; tra queste, le strutture maggiormente controllate sono state le strutture sanitarie private (26,2%) e gli istituti prescolastici e scolastici pubblici e privati (33,9%).

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

Nel 2012, sono stati prelevati 402 campioni di acqua di piscina per eseguire analisi chimico-fisiche; il 15,0% di tali campioni ha evidenziato difformità rispetto ai valori di parametro. Nella lettura di tale dato occorre tener conto che le piscine sono impianti complessi, le cui condizioni fisico-chimiche sono soggette a variazioni continue in base alla tipologia dell'impianto, alla temperatura dell'acqua, alle condizioni meteo, al numero e tipologia di bagnanti come pure ad altri fattori interferenti. Analisi microbiologiche sono state effettuate su 864 campioni, il 7,5% dei quali è risultato non regolare.

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

Il Ministero della salute ha il compito di assicurare la sicurezza dei prodotti cosmetici presenti sul mercato. Per la realizzazione di tale obiettivo opera su due fronti:

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

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

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

3.3.2. Ambienti di lavoro

Indicatori di sintesi

- Interventi effettuati di assistenza o collaborazione con i datori di lavoro ai fini della valutazione dei rischi: 1.951
- Visite mediche eseguite sui lavoratori per verifica idoneità al lavoro: 10.032
- Numero di malattie professionali denunciate all'Ispettorato del Lavoro: 164

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

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

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

Nel 2012 sono state denunciate all'Ispettorato del Lavoro 164 malattie professionali. Il 31,1% delle denunce pervenute si riferisce a patologie a carico degli arti superiori.

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. 25 d.legisl. 81/2008. Le visite vengono eseguite da medici dipendenti dell'Azienda Sanitaria. La parte organizzativa ed infermieristica viene svolta invece dal servizio di Medicina del Lavoro, che si occupa anche dell'esecuzione di alcuni esami (ECG-EEG), refertati successivamente dai medici specialisti.

3.4. SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA

Indicatori di sintesi

- Capi di bestiame controllati in conformità ai piani di risanamento obbligatori e volontari: 182.543
- Test eseguiti sul latte di cisterna con riferimento a varie malattie dei bovini: circa 15.000 analisi
- Capi di bestiame vaccinati in conformità ai piani di risanamento obbligatori e volontari: 11.980

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

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

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

Il secondo settore, invece, assicura la tutela igienica e sanitaria degli alimenti di origine animale; è preposto, inoltre, alla vigilanza sulla attività e sugli impianti di macellazione, sugli impianti di raccolta e smaltimento degli avanzi e dei rifiuti di origine animale e sulle sardigne.

Per assicurare l'attività veterinaria su tutto il territorio della Provincia, il servizio Veterinario aziendale, che ha sede centrale a Bolzano, si avvale di unità operative di riferimento presso i comprensori sanitari di Merano, Bressanone e Brunico.

Nel 2012 sono state effettuate attività di profilassi delle patologie animali e piani di risanamento che hanno riguardato la tubercolosi bovina (TBC), la brucellosi bovina ed ovi-caprina, la brucella ovis, la rinotracheite bovina infettiva (IBR), la malattia vescicolare suina, la peste suina, il morbo di Aujeszky, la leucosi bovina enzootica, la diarrea virale bovina BVD/MD (anticorpi e virus), la Blue Tongue, la malattia da virus dell'artrite-encefalite dei caprini (CAEV), la malattia da virus Maedi Visna, la paratubercolosi, la setticemia emorragica virale (VHS) e la necrosi ematopoietica infettiva (IHN) dei pesci. In conformità ai piani di risanamento obbligatori e volontari dell'anno 2012, sono stati controllati complessivamente 182.543 capi di bestiame.

Oltre alle prove sierologiche sugli animali, sono state controllate anche le singole aziende, conducendo specifici test sul latte di cisterna. Con tale finalità sono state effettuate circa 15.000 analisi riguardanti la brucellosi bovina, la rinotracheite bovina infettiva (IBR) e la leucosi bovina enzootica. Nel 2012 è continuato il programma di profilassi obbligatorio contro la CAEV 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 2.448 campioni di sangue bovino.

Nel 2012 non sono stati accertati casi di TBC bovina, brucellosi bovina e di brucellosi ovi-caprina. Nel corso dell'anno, negli allevamenti presenti nel territorio della Provincia, sono stati rilevati 156 nuovi casi di BVD/MD. Inoltre, sono stati riscontrati 134 casi di artrite encefalite caprina.

3.5. TUTELA IGIENICO SANITARIA DI ALIMENTI E BEVANDE

Indicatori di sintesi

- Strutture controllate con riferimento alla produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale: 763
- Percentuale di strutture controllate con riferimento agli alimenti di origine animale con infrazioni riscontrate: 34,9%
- Bovini macellati ad una età maggiore di 48 mesi e sottoposti ad un test per la ricerca dell'encefalite spongiforme bovina (BSE): 3.143 (tutti con esito negativo)
- Ovini e caprini macellati ad una età maggiore di 18 mesi e sottoposti ad un test per la ricerca della scrapie: 2.198 (tutti con esito negativo)
- Suini macellati e sottoposti ad un test per la ricerca delle trichine: 6.887 (tutti con esito negativo)
- Strutture controllate con riferimento alla produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine non animale: 2.284
- Percentuale di strutture controllate con riferimento agli alimenti di origine non animale con infrazioni riscontrate: 48,2%
- Percentuale di reti pubbliche per acque ad uso potabile controllate: 100,0%
- Campioni di acqua per uso umano prelevati all'utenza dalle reti pubbliche per eseguire analisi chimico-fisiche: 1.255
- Percentuale di campioni di acqua per uso umano prelevati all'utenza dalle reti pubbliche con valori non regolari alle analisi chimico-fisiche eseguite: 2,7%
- Campioni di acqua per uso umano prelevati all'utenza dalle reti pubbliche per eseguire analisi microbiologiche: 1.863
- Percentuale di campioni di acqua per uso umano prelevati all'utenza dalle reti pubbliche con valori non regolari alle analisi microbiologiche eseguite: 7,4%
- Consulenze micologiche a privati raccoglitori effettuate dagli ispettorati micologici: 285

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

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

Nel 2012, il servizio Veterinario aziendale ha sottoposto a controllo complessivamente 763 unità, di cui 266 hanno evidenziato infrazioni. Inoltre, ha effettuato mediamente 2,0 ispezioni per unità controllata. La percentuale di unità irregolari sul totale unità controllate risulta pari al 34,9%.

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.

Tutti i bovini macellati, abbattuti o morti ad una età maggiore di 48 mesi sono stati sottoposti ad un test rapido per la ricerca dell'encefalite spongiforme bovina (BSE). Nel 2012, sono stati controllati 3.146 bovini, tutti con esito negativo. Sono stati esaminati anche 2.198 ovini e caprini, macellati ad una età maggiore di 18 mesi, per la ricerca della scrapie, sempre con esito negativo. Sono stati macellati, inoltre, 6.887 suini, tutti sottoposti ad esame per la ricerca delle trichine con esito negativo.

Il Servizio Veterinario aziendale partecipa 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 2012 nell'ambito del Piano Nazionale Residui sono risultati regolari.

Nel 2012, i servizi di igiene e sanità pubblica hanno controllato 2.284 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 (41,5% del totale delle unità controllate). A livello provinciale, la percentuale di unità riscontrate con infrazioni sul totale delle unità controllate è risultata pari al 48,2%.

Il controllo delle acque per uso umano viene svolto dai servizi di igiene e sanità pubblica, coadiuvati dai laboratori dell'Agenzia Provinciale per l'Ambiente (laboratorio Analisi Acqua e laboratorio Biologico), che svolgono le analisi chimiche e microbiologiche.

Nell'ambito di tale attività, vanno distinti i giudizi di idoneità d'uso degli acquedotti dagli interventi di controllo effettuati sugli stessi.

Con riferimento all'attività di controllo delle acque ad uso potabile effettuata sulle reti pubbliche, si osserva che la percentuale di campioni non regolari all'utenza si attesta su valori bassi, pari al 2,7% per le analisi chimico-fisiche ed al 8,4% per le analisi microbiologiche.

I parametri che più spesso risultano fuori limite sono il ferro (in gran parte a causa della scarsa mineralizzazione delle nostre acque di montagna, che innesca facilmente fenomeni di corrosione delle condotte, e meno spesso a causa di fenomeni naturali), il manganese e l'arsenico (di origine geologica), e talvolta il pH (troppo acido in presenza di acque fortemente oligominerali e a volte troppo alcalino in seguito a processi di neutralizzazione di tali tipi di acque).

Non si segnalano, invece, nelle acque destinate ad uso umano superamenti dei limiti vigenti per quanto riguarda la concentrazione dei nitrati, dei metalli pesanti, degli idrocarburi policiclici aromatici, dei solventi clorurati e degli antiparassitari/diserbanti.

Gli ispettorati micologici istituiti presso i servizi di igiene e sanità pubblica certificano la commestibilità dei funghi e forniscono consulenze in campo micologico a privati raccoglitori. Si occupano, inoltre, del rilascio degli attestati di idoneità alla vendita di funghi freschi.

3.6. ATTIVITÀ MEDICO-LEGALI E DI MEDICINA DELLO SPORT

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

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

3.6.1. Attività dei servizi di medicina legale

Indicatori di sintesi

- Prestazioni erogate dai servizi di medicina legale (visite ambulatoriali e domiciliari, accertamenti sanitari e procedure amministrative): 42.505
- Accertamenti sanitari collegiali per il rilascio, revisione o rinnovo della patente a persone con problemi psicofisici: 5.139
- Visita medica di controllo, visita domiciliare di controllo per accertamento dell'inidoneità al lavoro e dell'incapacità temporanea al lavoro per malattia o infortunio dei lavoratori dipendenti (del settore pubblico e privato): 3.772

Nei comprensori sanitari di Merano, Bressanone e Brunico le attività di medicina legale afferiscono ai servizi di igiene e sanità pubblica, che risultano pertanto articolati in due sezioni:

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

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

Le attività di medicina legale, regolate dalla l.p. 13.01.1992, n.1, consistono principalmente in: accertamenti per la verifica dell'incapacità temporanea al servizio; accertamenti collegiali per giudizi di idoneità generica e specifica alle mansioni lavorative o di invalidità permanente; accertamento dei requisiti medico-legali necessari per il riconoscimento del diritto a prestazioni sanitarie integrative per gli utenti del Servizio Sanitario Provinciale; assistenza sanitaria in favore di invalidi civili, di guerra, per servizio, dei ciechi e sordomuti e di altre categorie protette; accertamenti medico-legali ai fini del rilascio del contrassegno "sosta invalidi"; accertamenti medico-legali anche a fine risarcitorio ed assicurativo, rivolti alla verifica di eventuali responsabilità professionali da parte del personale sanitario; pareri e giudizi tecnici in merito alle varie e spesso complesse problematiche della dottrina medico-legale in ambito sanitario; accertamenti collegiali per il riconoscimento dell'invalidità civile e della situazione di handicap.

Il servizio di Medicina Legale di Bolzano si occupa anche dell'accertamento di idoneità alla guida di veicoli a motore degli invalidi (Commissione Medica Locale), degli accertamenti collegiali per il riconoscimento della cecità e sordomutismo, delle revisioni straordinarie dell'invalidità civile e del collocamento al lavoro degli invalidi (commissione l. 68/99), nonché della idoneità al rilascio del porto d'arma (commissione ricorsi). Il servizio di Medicina Legale, in seguito all'applicazione del Contratto Collettivo Intercompartimentale del 13.08.1999, è competente, inoltre, per i dipendenti delle amministrazioni pubbliche della Provincia, in tema di

idoneità all'impiego, dispensa dal servizio, riconoscimento dell'infermità da causa di servizio. Svolge poi, su richiesta dell'autorità giudiziaria, compiti di polizia giudiziaria.

Nel 2012, sono state erogate dai servizi di medicina legale circa 43.000 prestazioni tra visite ambulatoriali e domiciliari, accertamenti sanitari e procedure amministrative.

Oltre alle prestazioni riportate nelle tabelle, il servizio di Medicina Legale di Bolzano ha effettuato 5.139 accertamenti sanitari collegiali per il rilascio, revisione o rinnovo della patente a persone con problemi psicofisici (commissione medica patenti).

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

Presso gli uffici dell'Assessorato alla sanità i cittadini dell'Alto Adige hanno la possibilità di inoltrare istanza di ricorso contro una serie di decisioni prese dai Comprensori sanitari dell'Azienda sanitaria altoatesina oppure dagli stessi uffici provinciali. Gli utenti possono avvalersi della Commissione provinciale ricorsi per i seguenti aspetti: mancato rimborso di spese di assistenza ospedaliera o di assistenza specialistica indiretta, mancata concessione di un ausilio protesico, mancata accettazione della domanda di invalidità civile, accertamento della situazione di gravità di una persona handicappata e concessione dei relativi benefici di cui alla Legge 104/92, ed inoltre in caso di concessione del contrassegno parcheggio per invalidi, cicli di cure riabilitative, esenzione dall'obbligo delle cinture di sicurezza, idoneità psico-fisica al lavoro, patente di servizio.

3.6.2. Attività dei servizi di medicina dello sport

Indicatori di sintesi

- Visite finalizzate all'accertamento dell'idoneità per l'attività sportiva agonistica: 27.114
- Atleti risultati non idonei per l'attività sportiva agonistica: 28

I servizi di medicina dello sport sono preposti alla tutela sanitaria delle attività sportive agonistiche. Svolgono i compiti assegnati dalla legge provinciale in materia di igiene e sanità pubblica e medicina legale (l.p. 13.01.92, n. 1); in particolare effettuano i necessari accertamenti di idoneità per l'attività sportiva agonistica e non, con rilascio della relativa certificazione, e svolgono attività di coordinamento e di promozione degli interventi dei medici e delle strutture in materia di tutela sanitaria delle attività sportive. Il servizio di Medicina dello Sport di Bolzano svolge, inoltre, particolari funzioni specialistiche a beneficio degli atleti di tutta

la Provincia, secondo un protocollo concordato.

I servizi di medicina dello sport risultano attivi nei comprensori sanitari di Bolzano, Bressanone e Brunico, mentre nel Comprensorio Sanitario di Merano le prestazioni di medicina sportiva vengono erogate da un ambulatorio di Medicina dello Sport (istituito presso l'Ospedale di Merano nel 2009) e da medici specialisti convenzionati.

Il servizio di Medicina dello Sport di Bolzano effettua le visite e gli accertamenti di idoneità per l'attività sportiva agonistica nella sede centrale di Bolzano, ed anche presso le sedi distrettuali di Ortisei (Val Gardena), Cardano (Val d'Ega-Sciliar), Caldaro (Oltradige) ed Egna (Bassa Atesina).

I servizi di medicina dello sport, oltre alle attività assegnate dalla l.p. n. 1/92, svolgono particolari funzioni specialistiche, quali interventi di educazione alla salute nelle scuole, valutazione e controllo degli allenamenti, controlli anti-doping, assistenza a gare internazionali e valutazione periodica di atleti disabili.

Nel 2012 sono state effettuate complessivamente 27.114 visite finalizzate all'accertamento dell'idoneità per l'attività sportiva agonistica: 28 atleti agonisti sono risultati non idonei dopo tali visite (19 atleti nel Comprensorio Sanitario di Bolzano, 9 in quello di Bressanone).

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

4. ASSISTENZA TERRITORIALE

Il Piano Sanitario Provinciale, in conformità a quanto previsto dalla normativa nazionale, prevede il livello essenziale di "assistenza distrettuale". L'obiettivo del livello è quello di garantire le seguenti prestazioni:

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

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

Nell'ambito dell'area territoriale assume importanza strategica il distretto sanitario, unità tecnico-funzionale del Servizio di medicina di base. La valorizzazione e la promozione del distretto sanitario sono ormai principi e criteri consolidati della politica sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano.

Al distretto sanitario si aggiunge quello sociale. Entrambi hanno lo stesso bacino d'utenza e dispongono di una sede comune che riunisce tutti i servizi sia del distretto sanitario che del distretto sociale. Gli enti gestori dei servizi sociali sono le Comunità Comprensoriali e a Bolzano l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano. In tutti i distretti sociali vengono offerte se non altro l'assistenza socio-pedagogica, l'assistenza economica sociale e l'assistenza domiciliare.

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

4.1. ASSISTENZA DISTRETTUALE

Indicatori di sintesi

- Importo finanziato per la realizzazione e/o all'ammodernamento degli edifici delle sedi e dei punti di riferimento di distretto, dal 1988 ad oggi: circa 133 milioni di Euro

Per la realizzazione del programma di investimenti finalizzati alla realizzazione e/o all'ammodernamento degli edifici delle sedi e dei punti di riferimento, dal 1988 ad oggi la Giunta Provinciale ha impegnato circa 133 milioni di Euro, a fronte di una spesa totale programmata di circa 145 milioni di Euro.

Questo importo comprende tutti gli investimenti effettuati dal 1988 e diverse soluzioni provvisorie. Circa un terzo degli investimenti effettuati riguarda il distretto sociale.

Nel 2012 si sono conclusi i lavori per la nuova sede di distretto di Bressanone-Circondario e il nuovo punto di riferimento di Castelrotto e sono stati attivati i rispettivi servizi. I lavori per il III. lotto della sede di distretto d'Oltradige sono stati conclusi.

Inoltre sono state avviate o proseguite le progettazioni per nuove sedi ed ampliamenti o ristrutturazioni di sedi esistenti (Alta Valle Isarco, III. lotto per la sede di distretto di Bressanone-Circondario, Tures Aurina, Bassa Atesina, ecc.).

Le tipologie di prestazioni erogabili in ogni distretto sono illustrate nelle cartine (visibili cliccando sulla relativa voce). Nelle tabelle 4.1.3, 4.1.4, 4.1.5 e 4.1.6 risultano le prestazioni erogabili nei distretti per comprensorio sanitario.

4.1.1. Assistenza sanitaria di base

Indicatori di sintesi

- Assistibili in carico ai medici di medicina generale: 433.015
- Assistibili in carico ai pediatri di libera scelta: 60.821
- Medici di medicina generale: 278 (al 31 dicembre 2012)
- Pediatri di libera scelta: 60 (al 31 dicembre 2012)
- Fabbisogno più alto di medici di medicina generale stimato: 1,6 nel distretto Alta Valle Isarco

Nel 2012 le persone che avevano espresso la scelta del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta erano 493.836, di cui 433.015 risultavano in carico ai medici di medicina generale e 60.821 erano seguite dai pediatri di libera scelta. Gli assistibili con età

inferiore ai 14 anni erano 73.843, il 78,7% dei quali era seguito da un pediatra di libera scelta. Al 31 dicembre 2012 i medici di base convenzionati con il Servizio Sanitario Provinciale erano complessivamente 338, ovvero 278 medici di medicina generale e 60 pediatri di libera scelta. Il numero medio di assistiti era di 1.558 assistibili per medico di medicina generale e di 1.014 assistibili per ogni pediatra di libera scelta.

Rispetto alle altre regioni italiane, tali indicatori risultano superiori alla media nazionale (i valori medi italiani per l'anno 2010*, ultimo dato nazionale disponibile, erano di 1.147 assistibili per medico di medicina generale e 864 assistibili per pediatra di libera scelta). Salvo eccezioni motivate, la normativa provinciale stabilisce quale rapporto ottimale un medico di medicina generale ogni 1.500 abitanti.

Si rileva che in quattro distretti sanitari (Alta Valle Isarco, Tures-Aurina, Alta Val Pusteria e Val Badia) non è operante nessun pediatra di libera scelta.

Rispetto alla Provincia di Bolzano nel suo complesso, per l'anno 2012 ci sarebbe stato un fabbisogno ulteriore di medici di medicina generale pari a 2,4 medici: analizzando invece i singoli distretti, il fabbisogno cresce a 1,6 se si considera il distretto Alta Valle Isarco e a 1,0 nel distretto Oltradige. Complessivamente sono 6 i distretti sanitari dove si stima un fabbisogno aggiuntivo di almeno un medico di medicina generale.

Al 31 dicembre 2012, il 28,4% dei medici di medicina generale superava il massimale di 2.000 assistiti e il 26,7% dei pediatri superava il massimale di 1.200 assistiti.

Nel corso del 2012, i medici di medicina generale hanno erogato circa 120.000 prestazioni aggiuntive (le più frequenti riguardano vaccinazioni non obbligatorie, medicazioni ed asportazioni di tappo di cerume). I pediatri di libera scelta hanno erogato circa 44.000 prestazioni aggiuntive (le più frequenti riguardano la pulsiossimetria, il tampone faringeo e l'esame della vista con tavola ottometrica).

* Fonte: *Annuario statistico del SSN – Ministero della Salute 2010*

4.1.2. Assistenza domiciliare ed infermieristica

Indicatori di sintesi

- Pazienti in assistenza domiciliare programmata (ADP): 2.190
- Pazienti in assistenza domiciliare integrata (ADI): 742
- Prestazioni infermieristiche dirette all'utente: 1.189.170

Nel 2012 il numero di pazienti seguiti in assistenza domiciliare programmata (ADP) dai Servizi di medicina di base della Provincia di Bolzano è stato di 2.190. Questo valore è più alto rispetto

agli anni 2008 e 2009 ma più basso rispetto agli anni 2010 e 2011 (1.774 nel 2008 e 1.859 nel 2009, 2.489 nel 2010 e 2.271 nel 2011).

Ciascuno dei medici di medicina generale impegnati, pari al 61,9% di quelli operanti sul territorio provinciale, ha seguito in media 12,7 pazienti. L'82,9% dei pazienti seguiti in ADP aveva un'età superiore ai 75 anni.

L'assistenza domiciliare programmata per adulti è stata prevalentemente erogata per grave insufficienza cardiaca NYHA 3-4 (25,6%), per malattie degenerative delle ossa e delle articolazioni (14%), per demenza senile/Alzheimer (13,8%) e per ictus con paresi (9,8%).

Nel 2012 il numero di pazienti seguiti in assistenza domiciliare integrata (ADI) dai Servizi di medicina di base è stato di 742. Questo valore è più alto rispetto a quello degli ultimi tre anni: 574 erano i pazienti trattati nel 2009; 705 nel 2010 e 638 sono quelli registrati nel 2011.

Il tasso di assistenza domiciliare integrata risulta per la Provincia pari a 17,6 ogni 10.000 abitanti. Il 52,2% dei medici di medicina generale della Provincia Autonoma di Bolzano è stato coinvolto nel 2012 in programmi di assistenza domiciliare integrata; mediamente su ogni paziente sono stati effettuati 3,3 interventi al mese, con l'apporto di diverse figure professionali.

Il 69,7% dei pazienti seguiti in ADI presentava un'età superiore ai 75 anni. Complessivamente nel 2012, il 40,7% dei pazienti seguiti a domicilio in forma integrata risulta affetto da tumori, l'11,5% da ictus con paresi, il 10,2% risulta affetto da grave insufficienza cardiaca NYHA 3-4 e l'8,8% da demenza senile/Alzheimer.

Risultano essere 16, invece, i bambini seguiti in assistenza domiciliare programmata o integrata da parte di pediatri di libera scelta.

Per i confronti con le altre regioni italiane si rinvia al sito [HTTP:// WWW.ISTAT.IT /SANITA/HEALTH/](http://www.istat.it/sanita/health/).

Le prestazioni infermieristiche dirette all'utente rilevate nel 2012 in tutto il territorio provinciale sono state 1.189.170. L'attività più frequente è costituita dal prelievo di sangue venoso con 156.159 prestazioni, segue la misurazione di parametri vitali e/o valutazione dello stato di uno o più organi-sistemi con 143.835 prestazioni erogate nel 2012. Il personale infermieristico ha svolto un ruolo molto importante anche nell'attività di educazione della persona e/o della famiglia ai fini della prevenzione, responsabilizzazione igienico-sanitaria e adesione al programma di intervento (138.629 prestazioni).

4.1.3. Assistenza consultoriale materno-infantile

Indicatori di sintesi

- Prestazioni delle assistenti sanitarie: 244.678
- Prestazioni delle ostetriche: 24.378
- Prestazioni rilevate dei pediatri presso i consultori: ca. 4.700
- Prestazioni rilevate dei ginecologi presso i consultori: ca. 9.000

A livello provinciale le assistenti sanitarie operanti nei consultori pediatrici hanno erogato complessivamente, durante l'anno 2012, 244.678 prestazioni (il 51% nel solo comprensorio di Merano).

L'attività svolta da questa figura nei consultori pediatrici provinciali è costituita soprattutto dalla misurazione di parametri vitali e/o valutazione dello stato di uno o più organi-sistemi del neonato e della prima infanzia (19,8%), dall'educazione della persona e/o della famiglia ai fini della prevenzione, responsabilizzazione igienico-sanitaria e adesione al programma di intervento (18,0%), dalla consulenza all'unità madre-bambino (17,7%), e dalla prestazione NAS (7,02%).

Sono 7 i distretti sanitari che registrano la presenza del pediatra nei consultori materno-infantili. Nel 2012 si sono rilevate ca. 4.700 prestazioni erogate da pediatri presso i consultori pediatrici provinciali.

A livello provinciale le ostetriche operanti nei consultori ostetrico-ginecologici hanno erogato complessivamente, durante l'anno 2012, 24.378 prestazioni. L'attività svolta da questa figura nei consultori ostetrico-ginecologici provinciali è costituita soprattutto dalla consulenza all'unità madre-bambino (26,6%), dalla visita dell'ostetrica (13,3%) e dalla misurazione di parametri vitali e/o valutazione dello stato di uno o più organi-sistemi (11,8%).

Si sono rilevate ca. 9.000 prestazioni erogate da ginecologi presso i consultori provinciali.

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

4.2. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Indicatori di sintesi

- Tasso di consumo pro capite di prestazioni specialistiche: 14,9 prestazioni per residente

Il Servizio Sanitario Provinciale garantisce le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale che consistono in visite effettuate da medici specialisti, accertamenti di diagnostica strumentale e di laboratorio e prestazioni terapeutiche e riabilitative.

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

È stato analizzato anche il fenomeno della mobilità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, considerando sia le prestazioni erogate nell'ambito della mobilità specialistica interregionale, sia le prestazioni erogate in Austria a favore di cittadini altoatesini.

Il ricorso all'assistenza specialistica da parte dei residenti della Provincia Autonoma di Bolzano viene quantificato dal rapporto fra le prestazioni erogate ai residenti, presso le strutture sanitarie provinciali, nazionali ed austriache, e la popolazione residente. Nel 2012, il tasso di consumo di prestazioni specialistiche è risultato pari a 14,9 prestazioni per ogni residente in Provincia.

4.2.1 Prestazioni erogate

Indicatori di sintesi

- Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate: 7.754.629
- Valore tariffario complessivo: 106.000.846,93 Euro
- Importo ticket incassato: 20.820.694,04 Euro

Nel 2012 sono state erogate presso le strutture provinciali 7.754.629 prestazioni di specialistica ambulatoriale; di queste il 98,1% sono state effettuate in strutture pubbliche. Il numero complessivo delle prestazioni ha evidenziato una lieve diminuzione rispetto a quanto rilevato nel 2011 (-1,3%)

L'importo tariffario complessivo delle prestazioni erogate ammonta a 106.000.846,93 Euro, mentre la partecipazione del paziente alla spesa sanitaria, misurata attraverso il ticket, è pari a : 20.820.694,04 Euro (di cui il 94,0% incassato da strutture pubbliche).

Il 59,6% del totale delle prestazioni pubbliche e private è stato erogato a favore di pazienti esenti, il 4,5% a pazienti che pagano solo metà dell'importo ticket (figli fiscalmente a carico dei genitori) e l'2,2% paganti in proprio. Il restante 33,7% delle prestazioni è stato usufruito da

pazienti non esenti.

Dall'analisi per sesso e classi di età, emerge che le donne risultano le destinatarie del 56,2% del totale delle prestazioni erogate dalle strutture. Gli uomini, rispetto alle donne, evidenziano un consumo maggiore di prestazioni tra i giovanissimi (con meno di 15 anni) e tra gli anziani (con più di 70 anni). Si osserva, inoltre, che gli assistiti nella fascia di età 70-74 anni sono coloro che richiedono più prestazioni (9,8% sul totale), mentre il tasso di consumo è più alto, per entrambi i sessi, fra i 75 e i 79 anni.

Il nomenclatore tariffario provinciale distingue le prestazioni di specialistica ambulatoriale secondo le diverse branche specialistiche, che si possono raggruppare in tre macro-categorie: diagnostica per immagini (medicina nucleare e radiologia diagnostica), laboratorio, riabilitazione e tutte le altre branche. Analizzando la distribuzione delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche, si osserva che il 60,4% è rappresentato da prestazioni di laboratorio, il 6,1% da prestazioni di diagnostica per immagini, il 6,7% da prestazioni riabilitative ed il 26,8% si riferisce ad altra attività clinica. La distribuzione percentuale per branca specialistica si modifica considerevolmente se si analizza il valore tariffario delle prestazioni erogate: prestazioni di laboratorio 23,5%, prestazioni di diagnostica per immagini 19,8%, riabilitazione 8,4% ed altra attività clinica 48,3%.

I Pronto Soccorso hanno erogato il 15,3% delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, percentuale che rimane pressoché invariata se si considera il valore tariffario di queste prestazioni sul totale.

La maggior parte delle prestazioni erogate dalle strutture private appartengono alla branca della Riabilitazione (66,8%), seguita dalla diagnostica sperimentale (14,4 %).

Nel 2012 l'Azienda Sanitaria ha corrisposto alle strutture private o ai liberi professionisti convenzionati 5.756.702,94 Euro, a fronte di un valore tariffario complessivo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime di convenzione pari a 6.342.189,85 Euro.

4.2.2 Mobilità per prestazioni specialistiche

Indicatori di sintesi

- Mobilità attiva: 275.320 prestazioni erogate in Provincia a residenti di altre regioni italiane e 129.135 a residenti all'estero
- Mobilità passiva: 110.244 prestazioni erogate presso strutture di altre regioni italiane e 64.770 presso strutture austriache a favore di residenti in Alto Adige
- Saldo della mobilità attiva e passiva: +229.441 prestazioni

- Rapporto percentuale tra prestazioni prodotte in Provincia e prestazioni consumate dai residenti altoatesini: 103,0%

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

Anche nel 2012, in tendenza con gli anni precedenti, la Provincia ha presentato un saldo della mobilità interregionale pari a 165.076 prestazioni, ovvero ha erogato a residenti di altre regioni italiane più prestazioni di quante ne abbiano fruito i propri residenti presso strutture extraprovinciali. Anche in termini monetari il saldo tra mobilità attiva e passiva interregionale è positivo e pari a 1.301.456,74 Euro.

I pazienti non residenti che hanno usufruito maggiormente di prestazioni erogate da strutture provinciali provengono dalla Provincia Autonoma di Trento (29,5%) e dal Veneto (29,8%).

Per quanto riguarda la mobilità passiva, i pazienti altoatesini si rivolgono in particolare a strutture della Provincia Autonoma di Trento (31,6%), della Regione Veneto (25,4%), e in misura minore, della Lombardia (14,0%) e dell'Emilia Romagna (9,8%). Il 97,7% delle prestazioni richieste da parte di residenti è stato erogato da strutture provinciali, l'1,5% da altre strutture italiane e lo 0,9% da strutture austriache.

Il saldo della mobilità attiva e passiva complessiva (che considera anche la mobilità in Austria), risulta, nel 2012, positivo e pari a 229.441 prestazioni (prestazioni prodotte per non residenti pari a 404.455 e consumo di prestazioni da parte dei residenti pari a 175.014). Anche rispetto al 2011 c'è un lieve calo sia del numero di prestazioni prodotte per non residenti (-6.000 ca.) sia di prestazioni fruito dai residenti fuori provincia (-17.000 ca.).

Il rapporto tra prestazioni complessivamente prodotte in Provincia e quelle consumate da altoatesini è pari a 103,0.

Il numero di pazienti altoatesini a cui sono state erogate 64.770 prestazioni specialistiche in strutture austriache nel 2012 pari a 2.473, che corrisponde ad un numero medio di prestazioni pro capite pari a 26,2, media per il primo anno in diminuzione dopo un continuo aumento dal 2005 in cui era pari a 21 prestazioni pro capite.

4.3. ASSISTENZA RIABILITATIVA RESIDENZIALE

Indicatori di sintesi

- Ricoveri erogati dal Centro Terapeutico Salus Center: 2.270
- Ricoveri complessivi erogati dal Centro Riabilitativo Bad Bachgart: 405

L'assistenza riabilitativa residenziale nella Provincia Autonoma di Bolzano viene erogata dal Centro Terapeutico Salus Center di Prissiano. Questa struttura garantisce, ai sensi dell'art. 26, l. 833/78, attraverso la convenzione con i comprensori sanitari provinciali, l'erogazione di prestazioni riabilitative in regime di ricovero.

La riabilitazione è rivolta a utenti affetti da patologie cardiologiche (700 ricoveri), respiratorie (65), oncologiche (101), del sistema osteomuscolare (1.277) e del sistema nervoso (127), che hanno conservato una sufficiente autonomia.

I posti letto complessivi convenzionati per questa tipologia di assistenza riabilitativa ammontano nel 2012 a 110 unità, di cui 4 per la degenza in regime diurno. Nel 2012 sono stati erogati complessivamente 2.270 ricoveri (- 11,2% rispetto al 2011 – Tabella 4.3.1).

La durata media del trattamento in regime ordinario (Tabella 4.3.2) corrisponde a 18,0 giornate, con valori che però si differenziano a seconda del tipo di riabilitazione: si passa da una degenza media minima di 15,9 giorni per i trattamenti di riabilitazione oncologica, a quella di 25,1 giorni di media per il trattamento di riabilitazione respiratoria.

Oltre al Salus Center, opera sul territorio provinciale anche il Centro Riabilitativo Bad Bachgart, presidio pubblico del Comprensorio Sanitario di Bressanone.

Il Centro Terapeutico Bad Bachgart dispone di 65 posti letto, ed ha come pertinenza la cura residenziale intensiva e globale di diversi problemi di dipendenza e/o disturbi psichici e psicosomatici. L'area "dipendenze" è dedicata al trattamento residenziale dei problemi di dipendenza da alcool o da farmaci, di dipendenza combinata e/o di dipendenza da gioco d'azzardo. La durata dei trattamenti è di circa 8 settimane.

L'area "psicosomatica/psicoterapia" è rivolta a pazienti con disturbi alimentari, disturbi d'ansia, disturbi ossessivi compulsivi, disturbi affettivi ed altri. La durata dei trattamenti per questo tipo di pazienti è di 6-8 settimane, adattandosi però alle esigenze individuali dei singoli pazienti.

Nel 2012 sono stati registrati complessivamente 405 ricoveri (Tabella 4.3.3). Bad Bachgart eroga ricoveri / attività riabilitativa sia per pazienti residenti nella nostra Provincia, sia per pazienti non residenti (in Italia o all'estero).

4.4. ATTIVITÀ DI EMERGENZA SANITARIA

Indicatori di sintesi

- Interventi di Emergenza Sanitaria: 62.220 (media giornaliera di circa 170 interventi)
- Interventi urgenti prestati dalle ambulanze della Croce Bianca: 49.900 (80,2%)
- Interventi urgenti prestati dalle ambulanze della Croce Rossa: 9.768 (15,7%)
- Interventi prestati dall'Elisoccorso Croce Bianca: 1.860 (3,0%)
- Interventi prestati Aiut Alpin Dolomites: 692 (1,1%)
- Trasporti sanitari programmati: 102.878 (media giornaliera di circa 282 interventi)
- Interventi non urgenti prestati dalle ambulanze della Croce Bianca: 93.018 (90,4%)
- Interventi non urgenti prestati dalle ambulanze della Croce Rossa: 9.776 (9,5%)

Nel 2012 per il trasporto sanitario di persone o materiali, sono stati utilizzati dalle organizzazioni di soccorso Croce Bianca e Croce Rossa 11 automezzi di soccorso medicalizzati (NAW o NEF), 31 automezzi di soccorso avanzato di base (RTW), 6 automezzi di trasporto misto (NKTW), 100 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 è dotato di 2 elicotteri (Pelikan 1 e Pelikan 2), uno dislocato presso l'Ospedale di Bolzano e l'altro presso l'Ospedale di Bressanone. In caso di particolari esigenze un ulteriore velivolo viene messo a disposizione dall'organizzazione del soccorso alpino Aiut Alpin Dolomites, durante la stagione invernale ed estiva.

Interventi di Emergenza Sanitaria

Nel 2012 sono stati effettuati 62.220 interventi di Emergenza Sanitaria, pari ad una media giornaliera di circa 170 interventi.

Nell'80,2% degli interventi hanno prestato soccorso le ambulanze della Croce Bianca, mentre nel 15,7% sono stati utilizzati automezzi di soccorso della Croce Rossa. Gli interventi di emergenza in elicottero sono stati gestiti dal servizio di Elisoccorso provinciale (3,0%) e dall'organizzazione di soccorso alpino Aiut Alpin Dolomites (1,1%).

Per effettuare gli interventi di emergenza in ambulanza sono stati percorsi nel 2012 quasi un milione e settecentomila chilometri, pari ad una media di circa 27 chilometri per intervento.

Sono stati effettuati, inoltre, 2.552 interventi in elicottero, per un numero complessivo di circa 1.400 ore di volo (circa 34 minuti di volo per intervento).

Interventi di Trasporto Sanitario non urgenti

Nel 2012, il servizio di Trasporto Sanitario ha effettuato 102.878 trasporti sanitari programmati, pari ad una media di circa 282 interventi di trasporto al giorno.

Nel 90,4% dei casi sono intervenute le ambulanze di trasporto della Croce Bianca, mentre nel 9,5% sono stati utilizzati automezzi di trasporto sanitario della Croce Rossa.

Per effettuare i trasporti sanitari non urgenti sono stati percorsi nel 2012 quasi 4 milioni e duecentomila chilometri, per un valore medio di 41 chilometri per ciascun intervento di trasporto.

Gli interventi in elicottero sono stati 84 (per esercitazioni e/o altri interventi non urgenti) per un totale di 109 ore di volo.

4.5. ASSISTENZA FARMACEUTICA

Indicatori di sintesi

- Ricette farmaceutiche erogate dalle farmacie al pubblico: 3.037.727
- Diminuito dello 0,9% il numero di ricette rispetto al 2011
- Confezioni farmaceutiche erogate dalle farmacie al pubblico: 5.925.558
- Spesa lorda complessiva per assistenza farmaceutica territoriale: 61,5 milioni di Euro
- ca. 275.000 le confezioni farmaceutiche erogate direttamente dalle strutture sanitarie per la somministrazione a domicilio

Per assistenza farmaceutica territoriale si intendono i soli farmaci rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN - fascia A, farmaci essenziali e farmaci per malattie croniche) e distribuiti attraverso le farmacie al pubblico; l'erogazione avviene sulla base della prescrizione da parte di un medico curante e può essere gratuita o con la partecipazione totale o parziale dei cittadini alla spesa.

Nell'anno 2012 il volume totale delle prescrizioni farmaceutiche erogate dalle farmacie territoriali in Provincia di Bolzano è rimasto più o meno costante attorno ai 3,0 milioni di ricette, per quasi 6,0 milioni di confezioni farmaceutiche erogate (si registra una diminuzione rispettivamente dello - 0,9% e - 1,1% rispetto all'anno precedente). La spesa lorda complessiva, pari a 61,5 milioni di euro, registra un significativo calo del 13,6%.

Per assistenza farmaceutica in distribuzione diretta, si intendono i farmaci erogati dalle strutture sanitarie (ospedale, servizi territoriali..) o eventualmente attraverso le farmacie ma 'per conto'

dell'azienda sanitaria, direttamente al paziente per il consumo al proprio domicilio. Nel 2012, escludendo le strutture residenziali, sono state ca. 275.000 le confezioni farmaceutiche distribuite direttamente ai pazienti dalle strutture sanitarie locali, per un costo di acquisto dei farmaci pari a 27,2 milioni di euro.

4.5.1 Consumo territoriale di farmaci

Indicatori di sintesi

- Ricette pro-capite: 6,0
- Ricette erogate a donne: 55,4%
- Confezioni erogate nel solo distretto sanitario di Lana: oltre 270.000
- Dosi giornaliere consumate in media dalla popolazione residente: 677 DDD
- I farmaci per il sistema cardiovascolare sono i più consumati
- 9 anziani su 10 consumano farmaci
- Assistiti che assumono statine: oltre 36.000

Nel 2012 il numero di ricette emesse dal Servizio Sanitario Provinciale è rimasto pressoché costante attorno ai 3,0 milioni di ricette, registrando un lieve calo del 0,9% rispetto all'anno precedente. In termini pro-capite, considerando anche le ricette emesse per la popolazione altoatesina su tutto il territorio nazionale, si registrano 6,0 ricette per residente e una media pro-capite di 11,8 confezioni di medicinali.

I dati relativi al consumo di farmaci, evidenziano sostanziali differenze tra i sessi: 5,5 le ricette pro-capite per gli uomini e 6,6 per le donne; 636 dosi giornaliere di medicinali ogni 1.000 maschi residenti (pari a 10,9 confezioni pro-capite) a fronte di 718 dosi giornaliere ogni 1.000 altoatesine (pari a 12,7 confezioni pro-capite nell'intero anno).

Sensibili differenze si riscontrano anche tra i diversi ambiti territoriali della provincia: si registra una variabilità che va da 4,4 ricette pro-capite del distretto della Val Gardena ad un massimo di 7,3 ricette pro-capite a Bolzano.

In linea con il trend provinciale degli ultimi anni, emerge un profilo dell'assunzione più elevato di farmaci che non riguarda soltanto i grandi centri urbani quali Bolzano, Merano e Bressanone ma anche alcune aree extra-urbane come Laives-Bronzolo-Vadena e Val Passiria. Brunico evidenzia, invece, contrariamente ai centri maggiori, un ricorso alle terapie farmacologiche più basso.

Volendo osservare l'esposizione della popolazione ai farmaci, ovvero il rapporto tra il numero dei soggetti che hanno ricevuto almeno una prescrizione nel corso dell'anno e la popolazione di riferimento, per la Provincia di Bolzano si registra una prevalenza d'uso del 55,2% (oltre la metà

della popolazione ha assunto almeno un farmaco nel corso del 2012). Questo valore è leggermente inferiore rispetto a quello dell'anno precedente (56,3% nel 2011). Nelle età più anziane il consumo di farmaci rimane nettamente maggiore, registrando almeno una prescrizione farmaceutica per quasi la totalità degli over 75 anni (9 anziani su 10), a conferma di come l'età sia il principale fattore predittivo dell'uso dei farmaci.

I farmaci dell'apparato cardiovascolare rappresentano la principale categoria terapeutica in termini di DDD/1000 ab. die (46,6%), seguiti da quelli dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (11,3%). Confrontando i consumi delle diverse tipologie di medicinali con i valori nazionali, emerge come, in linea con i dati di prescrizione più bassi, anche i consumi in termini di DDD/1000 ab. die all'interno dei diversi gruppi anatomici principali risultano essere più bassi (ad es. 77 dosi giornaliere di medicinali per l'apparato gastrointestinale/metabolismo a livello locale, contro le 144** dosi a livello nazionale). Solo per quanto riguarda i farmaci del sistema nervoso centrale i consumi sono leggermente superiori alle medie nazionali (rispettivamente 61 DDD/1000 ab. die a livello locale contro 58 a livello nazionale).

Le statine, impiegate nel trattamento delle iperlipidemie, farmaci del gruppo terapeutico cardiovascolare e tra i più prescritti sul territorio, necessitano di un utilizzo costante e continuativo nel tempo affinché risultino efficaci in termini terapeutici: analizzando il tasso di abbandono delle statine emerge come negli ultimi tre anni gli abbandoni alla terapia siano stati pari al 22,2% dei pazienti trattati (quasi un 1 paziente ogni 4), segnalando, quindi, per questi casi un utilizzo del farmaco non appropriato. Nel corso degli ultimi anni, il tasso registra una leggera ma continua flessione.

** Fonte: *L'uso dei farmaci in Italia – Rapporto Nazionale gennaio-settembre 2012 AIFA*

4.5.2. Spesa lorda territoriale

Indicatori di sintesi

- Spesa lorda di farmaci erogati da farmacie sul territorio: 61,5 milioni di Euro
- Spesa lorda pro-capite per consumo farmaceutico territoriale: 123 Euro
- Spesa lorda pro-capite minima registrata: 84 Euro (residenti in Val Gardena)
- Spesa lorda pro-capite massima registrata: 152 Euro (residenti a Bolzano)
- Spesa pro-capite per gli uomini altoatesini: oltre il 40% riguarda farmaci per il sistema cardiovascolare
- Rosuvastatina è il principio attivo che registra la maggiore spesa in Provincia di Bolzano: ca. 1,8 milioni di Euro

La spesa generale lorda per i farmaci distribuiti attraverso le farmacie territoriali nel 2012 e rimborsati dal Servizio Sanitario Provinciale è significativamente calata rispetto all'anno precedente (-13,6%) attestandosi attorno a 61,5 milioni di Euro (se considerata la spesa netta, il calo rispetto al 2011 è del -15,8%). Ciò è dovuto* ai tagli dei prezzi dei medicinali, alle trattenute alle farmacie, al crescente impatto dei medicinali equivalenti a seguito della progressiva scadenza dei brevetti e a un ricorso maggiore alla distribuzione per conto di medicinali acquistati direttamente dall'azienda sanitaria.

Il Servizio Sanitario Provinciale ha speso mediamente circa 123 Euro pro-capite per i farmaci erogati dalle sole farmacie sul territorio (si passa da 84 Euro di spesa lorda pro-capite nel distretto sanitario della Val Gardena a 152 Euro nel distretto di Bolzano).

Nella graduatoria generale dei gruppi terapeutici, l'atorvastatina, principio attivo che negli ultimi anni si era sempre collocato al primo posto in termini di maggior spesa lorda complessiva, cede il posto alla Rosuvastatina (ca. 1,8 milioni di Euro pari al 2,9% della spesa lorda totale sul territorio).

Tra i primi venti sottogruppi terapeutici per maggiore spesa, ben 9 appartengono a farmaci per il sistema cardiovascolare, seguono i farmaci del sistema nervoso centrale (anti-depressivi e anti-epilettici) e quelli del sistema respiratorio (anti-asmatici).

* Fonte: Federfarma

4.5.3. Distribuzione diretta dei farmaci

Indicatori di sintesi

- 6,2% della popolazione ha ricevuto direttamente dalle strutture sanitarie almeno un farmaco per la cura a domicilio
- I farmaci appartenenti alla categoria 'Sangue e organi emopoietici' sono i più distribuiti dagli ospedali
- Costo d'acquisto di farmaci erogati direttamente: ca. 27,2 milioni di euro
- Costo d'acquisto di farmaci erogati in strutture residenziali: ca. 2,9 milioni di euro

La distribuzione diretta è intesa come la dispensazione, per tramite delle strutture sanitarie, di medicinali ad assistiti per la somministrazione al proprio domicilio. Mentre tutti i medicinali, ad eccezione di quelli a solo uso ospedaliero, sono distribuiti (venduti) nelle farmacie territoriali, i medicinali del PHT (Prontuario Ospedale-Territorio) possono essere acquistati dalle aziende sanitarie a condizione di favore ed essere distribuiti direttamente dai presidi sanitari pubblici o eventualmente distribuiti dalle farmacie, che concordano con la Provincia un compenso per il servizio (distribuzione per conto). Anche i farmaci distribuiti all'interno di strutture residenziali,

come case di riposo, carcere.. , vengono considerati farmaci in distribuzione diretta.

Nel 2012, non considerando i pazienti assistiti nelle strutture residenziali, il 6,2% della popolazione pari a ca. 31.000 persone, ha ricevuto almeno un farmaco direttamente dalla struttura sanitaria per la cura presso il proprio domicilio. I farmaci più distribuiti riguardano quelli per la cura delle malattie del sangue e degli organi emopoietici, seguiti dai farmaci per il sistema nervoso centrale. Il principio attivo con maggiore spesa, però, riguarda un farmaco ad azione immunosoppressiva (Adalimumab), che con 1,6 milioni di euro di costo di acquisto del farmaco rappresenta il 5,4% del totale della spesa. La spesa complessiva relativa ai farmaci erogati attraverso le strutture pubbliche (ospedali, servizi aziendali, case di riposo...), è risultata pari a 30,1 milioni di euro. A questi vanno aggiunti ulteriori 1,1 milioni di euro ca. del costo di servizio per la distribuzione di una parte di questi farmaci attraverso le farmacie sul territorio: ca. 130.000 le confezioni distribuite direttamente dalle farmacie per conto dell'Azienda Sanitaria (oltre il doppio rispetto all'anno precedente).

4.6. ASSISTENZA IN HOSPICE

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

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

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

4.6.1. Gli Hospice in Provincia di Bolzano

Indicatori di sintesi

- Posti letto complessivi in hospice: 24
- Posti letto ogni 100 deceduti per tumore: 1,7
- % di accessi in hospice con attesa minore o uguale a tre giorni: 95,8%
- % di accessi in hospice negli ultimi tre giorni di vita: 16,3%

Sono due le strutture provinciali che erogano assistenza in regime di Hospice: il servizio Hospice e cure palliative presso l'ospedale di Bolzano ed il centro palliativo presso la casa di cura Fonte San Martino.

Presso l'ospedale di Bolzano sono disponibili 11 posti letto di degenza ordinaria ed un posto letto di Day Hospice, ulteriori 12 posti letto sono a disposizione presso la casa di cura Fonte San Martino.

La capacità di soddisfare la richiesta di cure palliative è valutata attraverso il rapporto tra i posti letto in Hospice ed i deceduti per tumore nel territorio di riferimento. In Provincia di Bolzano si contano 1,7 posti letto ogni 100 deceduti per tumore, 1,3 la media nazionale.

L'accesso all'assistenza è praticamente immediato, con tempi di attesa medi di 0,8 giorni. Il 96% degli assistiti accede all'Hospice entro tre giorni dalla ricezione della richiesta da parte della struttura. Un accesso su sei avviene negli ultimi tre giorni di vita.

4.6.2. Attività di Hospice

Indicatori di sintesi

- Accessi all'assistenza in Hospice: 569
- Giornate di assistenza in regime di Hospice: 7.162
- Degenza media in regime di Hospice: 14,1 giorni
- % di accessi oncologici sul totale degli accessi: 95,8%

Sono stati 569 gli accessi in Hospice nel corso del 2012, 84 dei quali in Day Hospice. Le giornate di assistenza erogate sono state 7.126 (328 in Day Hospice) per una durata media dell'assistenza pari a 14,1 giorni.

I pazienti con diagnosi oncologica hanno rappresentato la quasi totalità degli accessi in Hospice (95,8%) ed il controllo del dolore correlato a neoplasia è stato il segno/sintomo clinico che ha caratterizzato nella maggior parte dei casi la presa in carico (50,6%). Altri segni e sintomi clinici

importanti alla base della presa in carico sono state altre dispnee e anomalie respiratorie (13,9%) e altro malessere e affaticamento (10,0%).

Nel 57,3% dei casi il motivo non clinico che ha caratterizzato la presa in carico è stato l'assenza del care-giver, nel 28,1% l'inadeguatezza dell'abitazione.

La macroprestazione che sinteticamente più descrive l'assistenza erogata è appunto il controllo del dolore (52,7%), seguita dal controllo della dispnea (15,3%), dal controllo dei sintomi gastroenterici (13,4%) e dal controllo dei sintomi psicocomportamentali (13,4%).

Il 79,6% degli assistiti è deceduto nel corso dell'anno.



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

- Pronto soccorso
- Ricovero ordinario per acuti
- Day surgery
- Day hospital
- Riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

Gli ospedali pubblici sono i seguenti: Ospedale di Bolzano, Ospedale di Merano, Ospedale di Silandro, Ospedale di Bressanone, Ospedale di Vipiteno, Ospedale di Brunico, Ospedale di San Candido. Le strutture private operanti nel territorio provinciale sono: Casa di Cura "Santa Maria", Casa di Cura "L. Bonvicini" (provvisoriamente accreditata per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie), Casa di Cura "Villa Melitta" (provvisoriamente accreditata per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie), Casa di Cura "Villa Sant'Anna" (provvisoriamente accreditata per l'assistenza agli acuti nel reparto di medicina) e la Casa di Cura "Fonte San Martino" (provvisoriamente accreditata per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie e per le cure palliative).

5. ASSISTENZA OSPEDALIERA

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

- Pronto soccorso
- Ricovero ordinario per acuti
- Day surgery
- Day hospital
- Riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

Gli ospedali pubblici sono i seguenti: Ospedale di Bolzano, Ospedale di Merano, Ospedale di Silandro, Ospedale di Bressanone, Ospedale di Vipiteno, Ospedale di Brunico, Ospedale di San Candido.

Le strutture private operanti nel territorio provinciale sono: Casa di Cura "Santa Maria", Casa di Cura "L. Bonvicini" (provvisoriamente accreditata per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie), Casa di Cura "Villa Melitta" (provvisoriamente accreditata per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie), Casa di Cura "Villa Sant'Anna" (provvisoriamente accreditata per l'assistenza agli acuti nel reparto di medicina) e la Casa di Cura "Fonte San Martino" (provvisoriamente accreditata per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie e per le cure palliative).

5.1. ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO

Indicatori di sintesi

- Accessi ai servizi di pronto soccorso: 131.228 (sono esclusi gli accessi dell'ospedale di Bolzano)
- Accessi che hanno dato luogo a ricovero: 12.993, pari al 9,9%

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

Nel corso del 2012, sono stati rilevati complessivamente 131.228 accessi ai servizi di pronto soccorso degli ospedali pubblici provinciali di Merano, Bressanone, Brunico, Silandro, Vipiteno e San Candido. I dati degli ospedali di Bolzano e Brunico non sono disponibili.

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 13,3% osservato presso l'Ospedale di Silandro e 11,8% a Bressanone, al 5,2% di San Candido. Tali differenze sono imputabili in parte alla diversa procedura organizzativa di ricovero, alla diversa organizzazione del servizio e in parte alle diverse modalità di rilevazione degli accessi complessivi e di quelli esitati in ricovero.

5.2 ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI

Indicatori di sintesi

- Posti letto per acuti: 1.865, pari a 3,7 per 1.000 abitanti superiore allo standard nazionale di 3,0 posti letto per acuti per 1.000 abitanti
- Posti letto per attività diurno: 204
- Ricoveri per acuti: 89.548 complessivi, 68.052 in regime ordinario, 21.496 in regime diurno
- Tasso di ospedalizzazione: 171,0 ricoveri acuti per 1.000 abitanti (129,5 in regime ordinario e 41,5 in diurno)
- Saldo della mobilità attiva e passiva: 2.132 ricoveri per acuti

Nel 2012 le strutture provinciali hanno fatto fronte alla domanda di ricovero con una dotazione complessiva di 1.865 posti letto per acuti (di cui 92,0% pubblici), pari a 3,7 per 1.000 abitanti

superiore allo standard nazionale di 3,0 posti letto per acuti per 1.000 abitanti (D.L. "Spending review" 6 luglio 2012, n. 95).

All'attività in diurno sono stati riservati 204 posti letto. Negli istituti di cura erano, inoltre, disponibili 84 culle, 10 delle quali presenti nelle strutture private (Tabella 5.2.1).

Nel 2012 sono stati effettuati 89.548 ricoveri per acuti dei quali 68.052 (76,0%) in regime ordinario e 21.496 (24,0%) in regime diurno. Si precisa che sono considerati ricoveri acuti, in sintonia con la definizione adottata a livello ministeriale, i casi dimessi da reparti diversi dalle unità di recupero e riabilitazione funzionale e lungodegenza, esclusi i neonati sani, cioè i neonati presenti in ospedale afferenti al DRG 391 "Neonato normale".

Il trend dei ricoveri evidenzia una costante diminuzione nel numero di ricoveri: si è passati, infatti, da 102.986 ricoveri del 2008 a 89.548 ricoveri del 2012 registrando un calo nell'ultimo quinquennio pari al 13,0% (Tabella 5.2.6).

Il 95,2% dei ricoveri per acuti è avvenuto negli ospedali pubblici. Rispetto al 1996 la quota di ricoveri ordinari prodotta dagli ospedali pubblici è aumentata attestandosi negli ultimi anni attorno al 95%. Il tasso di ospedalizzazione dei residenti in Provincia Autonoma di Bolzano nel 2012 (inclusi i ricoveri all'estero) è stato di 171,0 ricoveri acuti per 1.000 abitanti (129,5 relativi al regime ordinario e 41,5 a quello diurno). Rispetto all'anno 2011, il tasso di ospedalizzazione dei residenti è diminuito di 8,5 punti (-4,6 punti nel regime ordinario e -4,1 punti nel regime diurno). Nel complesso il tasso di ospedalizzazione dei residenti rimane ancora al di sopra del livello di 160 ricoveri per 1.000 abitanti indicato come obiettivo dalla programmazione nazionale (D.L. "Spending review" 6 luglio 2012, n. 95), sebbene si registri dal 2007 un sensibile e progressivo calo (Tabella 5.2.9).

Considerando esclusivamente i ricoveri avvenuti in Italia ed in Austria e calcolando il tasso di ospedalizzazione standardizzato per sesso ed età, ossia tenendo conto della struttura per età della popolazione, si conferma che la Provincia Autonoma di Bolzano è ad elevata ospedalizzazione (177,2 per 1.000 abitanti).

In particolare il Comprensorio Sanitario di Bolzano risulta il comprensorio con il maggior ricorso all'ospedalizzazione (176,5) (Tabella 5.2.10). I tassi specifici per età della Provincia Autonoma di Bolzano rispetto a quelli nazionali del 2011, sono più elevati per la fascia di età della popolazione anziana (con età superiore ai 65 anni) (Tabella 5.2.11).

Per i confronti con le altre regioni italiane si rinvia al rapporto sui ricoveri 2011 del Ministero della Salute precisamente alle Tavole 5.6 e 5.8 consultabili alla pagina del sito:

www.salute.gov.it/ricoveriOspedali/archivioDocumentiRicovertiOspedali.jsp?lingua=italiano&menu=documenti&id=1930.

Anche nel 2012 vengono registrati valori della mobilità attiva (indice di attrazione pari a 9,6%) superiori ai valori della mobilità passiva (indice di fuga pari a 7,4%); ciò evidenzia la capacità di attrazione di alcuni ospedali pubblici verso pazienti residenti fuori Provincia (Tabella 5.2.12).

Al fine di rappresentare alcuni importanti fenomeni della produzione ospedaliera pubblica di ricoveri ordinari per acuti nella Provincia Autonoma di Bolzano, sono stati scelti dieci indicatori di efficienza, efficacia ed appropriatezza, per i quali il PSN prescrive traguardi specifici o tendenze evolutive da perseguire.

La Tabella 5.2.13 illustra i risultati di tali indicatori per i sette ospedali della Provincia Autonoma di Bolzano. Il valore piú basso del tasso di utilizzo dei posti letto viene registrato per l'Ospedale di San Candido (71,1%). La degenza media per unità DRG equivalente varia tra i 6,5 giorni dell'ospedale di Merano e i 5,2 giorni dell'Ospedale di Vipiteno. La percentuale di parti cesarei piú elevata risulta per l'Ospedale di Brunico (26,2%).

I criteri di calcolo di alcuni degli indicatori illustrati nella tabella hanno subito delle modifiche a causa degli adeguamenti dei rispettivi fondamenti normativi (aggiornamento delle Liste delle prestazioni erogabili in regime di ricovero diurno e nuovo elenco dei DRG a rischio di inappropriatazza), e rendono pertanto non confrontabili gli indicatori con le edizioni precedenti della Relazione sanitaria. Risulta comunque degno di nota l'indice di attrazione extraprovinciale con valore molto elevato per l'Ospedale di San Candido (25,9%).

5.2.1. Regime ordinario

Indicatori di sintesi

- Ricoveri per acuti in regime ordinario: 68.052 nel complesso; 65.232 nelle strutture pubbliche; 2.820 nelle strutture private
- Giornate di degenza dei ricoveri per acuti in regime ordinario: 458.242 nel complesso; 437.102 nelle strutture pubbliche; 21.140 nelle strutture private
- Tasso di utilizzo dei posti letto: 75,1% nel complesso; 78,0% nelle strutture pubbliche; 42,6% nelle strutture private
- Degenza media: 6,7 nel complesso; 6,7 nelle strutture pubbliche; 7,5 nelle strutture private
- Intervallo di turn-over: 2,2 nel complesso; 1,8 nelle strutture pubbliche; 9,9 nelle strutture private
- Indice di rotazione: 41,8 nel complesso; 43,7 nelle strutture pubbliche; 21,2 nelle strutture private
- Degenza media equivalente nelle strutture pubbliche: 6,0
- Peso medio per ricovero nelle strutture pubbliche: 1,12
- Indice di case-mix nelle strutture pubbliche: 1,01

- Indice comparativo di performance: 0,88
- Ricoveri brevi di 1 giorno: 6.265 nel complesso; 5.908 nelle strutture pubbliche; 357 nelle strutture private

Nel 2012 si registra un leggero decremento della produzione di ricovero in regime ordinario sia negli ospedali pubblici che negli istituti privati.

Nel corso del 2012, sono stati effettuati 68.052 ricoveri in regime ordinario dagli istituti di cura della Provincia Autonoma di Bolzano, per un consumo complessivo di 458.242 giornate di degenza. Il 95,9% dei ricoveri ordinari è avvenuto negli ospedali pubblici, per un consumo di giornate di degenza pari al 95,4% del totale. Il 39,9% dei ricoveri complessivi è stato effettuato presso l'Ospedale Centrale di Bolzano (Tabella 5.2.14). Il 37,3% dei ricoveri in regime ordinario è relativo a pazienti della fascia d'età 30-64 anni, mentre il 27,8% dei pazienti aveva più di 75 anni (Tabella 5.2.15). Complessivamente sono stati utilizzati posti letto per il 75,1% del tempo disponibile; ciascun letto, infatti, nel corso dell'anno è stato occupato da 41,8 pazienti diversi, mediamente quindi sono passati 2,2 giorni durante i quali il singolo letto è rimasto libero tra la dimissione di un paziente ed il ricovero del successivo.

La degenza media negli istituti pubblici provinciali è stata pressoché costante negli ultimi cinque anni (valore del 2012 pari a 6,7), quindi, in linea anche con i valori nazionali del 2011 (6,8 giorni) (Tabella 5.2.16).

Gli ospedali pubblici provinciali hanno un grado di complessità calcolato con il sistema di pesi DRG (peso medio degli ospedali pubblici della Provincia Autonoma di Bolzano pari a 1,12) leggermente superiore allo standard nazionale (peso medio ricoveri ordinari 1,11 nel 2011). Nel 2012, infatti, l'indice di case-mix è stato pari a 1,01 per gli ospedali pubblici, assumendo il valore più basso nell'ospedale di Brunico (0,87). Nel complesso, gli ospedali pubblici della Provincia mostrano una performance migliore della media nazionale. (Tabella 5.2.17).

Complessivamente i ricoveri ordinari di 1 giorno sono 6.265 (4.442 non urgenti) pari al 9,2% di tutti i ricoveri ordinari (Tabella 5.2.20).

Relativamente alla tipologia di attività erogata, si osserva che sono stati attribuiti a DRG medici il 64,7% dei ricoveri ordinari effettuati negli istituti di cura provinciali. Percentuali relativamente elevate tra gli istituti pubblici si evidenziano per l'Ospedale di Silandro (73,6%) e l'Ospedale di Bolzano (67,8%) (Tabella 5.2.19).

Sono sufficienti 17 DRG per spiegare circa il 30% dei ricoveri effettuati in Provincia Autonoma di Bolzano. Il motivo principale del ricovero è rappresentato dal DRG 373 "Parto vaginale senza diagnosi complicanti" (5,7% del totale dei ricoveri), seguito dal DRG 544 "Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori" (2,5% del totale dei ricoveri). (Tabella 5.2.21).

5.2.2. Regime diurno

Indicatori di sintesi

- Ricoveri per acuti in regime diurno: 21.496 nel complesso, 19.974 nelle strutture pubbliche; 1.522 nelle strutture private
- Accessi dei ricoveri per acuti in regime diurno: 43.308 nel complesso, 41.785 nelle strutture pubbliche; 1.523 nelle strutture private
- Ricoveri per acuti in regime diurno con DRG medico: 7.164 nel complesso, 7.099 nelle strutture pubbliche; 65 nelle strutture private
- Ricoveri per acuti in regime diurno con DRG chirurgico: 14.332 nel complesso, 12.875 nelle strutture pubbliche; 1.457 nelle strutture private

Nel 2012 la produzione in regime diurno è stata di 21.496 ricoveri, in diminuzione rispetto al 2011. Il 92,9% dei ricoveri sono stati effettuati negli ospedali pubblici provinciali. I posti letto dedicati all'attività diurna, sono, infatti, quasi esclusivamente pubblici (190 pubblici versus 14 privati). Mediamente per ogni ricovero diurno medico sono stati effettuati 3,8 accessi nelle strutture pubbliche (Tabella 5.2.22).

La casistica che è stata trattata in regime diurno aveva per il 49,9% dei casi un'età compresa tra i 30 e i 64 anni, mentre il 30,0% aveva un'età superiore ai 64 anni (Tabella 5.2.23).

L'attività in regime diurno è stata prevalentemente di tipo chirurgico; sono stati, infatti, 14.332 i ricoveri attribuiti a DRG chirurgico corrispondente al 66,7% di tutta la produzione in regime diurno. Presso gli Ospedali di San Candido e Silandro si rilevano punte con percentuali superiori al 80% (Tabella 5.2.24).

Il motivo principale del trattamento in regime diurno chirurgico è costituito dagli "Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia" (DRG 039) con il 14,3% dei ricoveri, seguito da "Interventi su ginocchio senza diagnosi principale di infezione" (DRG 503) con l'8,4% dei ricoveri. 6 DRG di intervento chirurgico "spiegano" il 50% circa dei ricoveri diurni chirurgici eseguiti in Provincia di Bolzano.

Gli accessi in regime diurno medico sono avvenuti prevalentemente per "Chemioterapia senza diagnosi secondaria di leucemia acuta" (DRG 410) che raccoglie l'11,2% dei casi (Tabella 5.2.25).

5.2.3. Indicatori di qualità ed appropriatezza

Indicatori di sintesi

- Percentuale di parti cesarei: 24,7%
- Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico: 39,4%
- Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato, età ≥ 18 : 41,0 per 100.000 abitanti
- Tasso di ospedalizzazione per asma nell'adulto, età 18-64: 4,8 per 100.000 abitanti
- Tasso di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca, età ≥ 65 anni: 1.286,7 per 100.000 abitanti
- Tasso di ospedalizzazione per prostatectomia turp, maschi, età > 49 anni: 378,6 per 100.000 abitanti
- Tasso di ospedalizzazione per appendicectomia: 121,4 per 100.000 ab.
- Tasso di ospedalizzazione per isterectomia, femmine, età > 45 anni: 336,4 per 100.000 abitanti
- Tasso di ospedalizzazione per tonsillectomia: 99,2 per 100.000 abitanti
- Tasso di ospedalizzazione per angioplastica coronarica, età ≥ 65 anni: 446,6 per 100.000 abitanti
- Tasso di ospedalizzazione per sostituzione dell'anca, età ≥ 65 anni: 877,9 per 100.000 abitanti
- Percentuale di ricoveri in regime ordinario di interventi sul cristallino sul totale della produzione ospedaliera (ricoveri + prestazioni in regime ambulatoriale) per interventi sul cristallino: 3,3%
- Percentuale di ricoveri in regime ordinario per stripping di vene sul totale della produzione ospedaliera (ricoveri + prestazioni in regime ambulatoriale) per stripping di vene: 2,9%
- Ricoveri totali attribuiti ai DRGs ad alto rischio di inappropriatezza: 27.449 corrispondente ad un valore tariffario di 18.818.979,52 €.

Di seguito vengono presentati i valori assunti per la Provincia Autonoma di Bolzano da alcuni indicatori "di qualità ed appropriatezza" ritenuti di particolare interesse e che possono essere calcolati dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera.

I ricoveri brevi con durata della degenza di 2 o 3 giorni (Tabella 5.2.27) sono stati, nel 2012, pari a 19.103 e in leggero calo rispetto al 2011 (19.688); rispetto al totale dei ricoveri ordinari la

percentuale si attesta attorno al 28,1%. Il 92,7% dei ricoveri brevi risulta con dimissione a domicilio; il 58,4% è stato classificato come urgente.

Dei 10.286 ricoveri medici, brevi, con dimissione a domicilio avvenuti nelle strutture pubbliche, 4.547 (44,2%) risultano effettuati presso l'Ospedale di Bolzano (Tabella 5.2.28).

La Tabella 5.2.29 illustra i valori di alcuni indicatori definiti "sentinella" per valutazioni di qualità più approfondite. Essi sono confrontabili con gli indicatori calcolati a livello nazionale, pubblicati nel Rapporto sui ricoveri 2011 del Ministero della Salute precisamente alle tavole 4.1, 4.2, 4.3 e 5.13 scaricabili dal sito al seguente link:

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1930_allegato.pdf.

Uno degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, è quello di diminuire la frequenza dei parti con taglio cesareo e arrivare ad un valore nazionale pari al 20%. Per la Provincia Autonoma di Bolzano si registra nel 2012 un valore sostanzialmente stabile rispetto agli anni precedenti (24,7%).

Pressoché stabile rimane anche la quota di dimessi dai reparti chirurgici con DRG medico (39,4%), con valori superiori alla media nazionale del 2011 (31,9%)

Il tasso di ospedalizzazione relativo ai ricoveri di altoatesini adulti di età compresa tra i 18 e i 64 anni per asma, nel 2012, è stato pari a 4,8 per 100.000 abitanti, al di sotto del valore medio nazionale di 9,7.

Il tasso di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca per gli abitanti di età superiore ai 18 anni risulta essere inferiore rispetto a quello medio nazionale del 2011, mentre quello per gli abitanti di età maggiore ai 64 anni, registra nel 2012 con valori superiori rispetto alla media nazionale.

Nella Provincia Autonoma di Bolzano il tasso di ospedalizzazione per le prostatectomie turp è stato di 378,6 per 100.000 uomini con un'età superiore ai 49 anni, evidenziando un ricorso maggiore a tale tecnica di provata efficacia rispetto alla media nazionale pari a 297,2.

Il tasso di ospedalizzazione per appendicectomia è risultato pari a 121,4 ricoveri per 100.000 abitanti, nel 2012, in leggera diminuzione rispetto al 2011.

Il tasso di ospedalizzazione per isterectomia in donne con età superiore a 45 anni è risultato in aumento rispetto al 2011 e pari a 336,4 ricoveri per 100.000 abitanti rimanendo al di sopra del valore nazionale del 2011 pari a 281,1.

Il tasso di ospedalizzazione per tonsillectomia, nel 2012, è stato pari a 99,2 ricoveri per 100.000 abitanti (nettamente in calo rispetto al 2011), mentre quello di ospedalizzazione per sostituzione dell'anca, nella popolazione di età superiore a 64 anni, pari a 877,9 ricoveri per 100.000 abitanti nel 2012, si pone a livelli molto superiori rispetto alla media nazionale di 533,2.

A completamento dell'analisi sull'appropriatezza organizzativa, vengono riportati alcuni dati relativi ai DRGs ritenuti significativi di possibili aree di inappropriatazza.

Su indicazione ministeriale (d.P.C.M. 29/11/01) l'eventuale inappropriatazza organizzativa nel trattare i casi clinici viene, infatti, monitorata mediante l'individuazione di "aree a rischio"

rappresentate principalmente da un elenco di DRG per i quali si ritiene che il ricorso al ricovero ordinario sia da considerarsi "potenzialmente inappropriato".

La Giunta Provinciale ha aggiornato con deliberazione n. 231 del 14.02.2011 le Liste delle prestazioni e le rispettive soglie di ammissibilità in ricovero ordinario, introducendo anche per alcuni specifici DRG delle soglie di ammissibilità per l'esecuzione in regime diurno, al fine di verificarne l'effettuazione in regime ambulatoriale.

La percentuale dei ricoveri ordinari oltre soglia di residenti con DRG ad alto rischio di inappropriatazza si attesta così per gli ospedali pubblici al 20,2%, raggiungendo punte di circa il 28% nell'ospedale di Silandro. La percentuale di ricoveri diurni oltre soglia registra un'ulteriore diminuzione rispetto al 2010 e 2011, attestandosi al 25,6% dei ricoveri diurni dei residenti negli ospedali pubblici (Tabella 5.2.37.)

Complessivamente i ricoveri di residenti effettuati nelle strutture di ricovero della Provincia per DRG a rischio di inappropriatazza ammontano a 27.449 unità, corrispondente ad un valore tariffario complessivo di 18.818.979,52 € (Tabella 5.2.38).

5.2.4. Mobilità ospedaliera

Indicatori di sintesi

- Ricoveri effettuati nelle strutture provinciali per residenti fuori Provincia: 8.651
- Ricoveri di residenti in Provincia effettuati in strutture nel resto d'Italia: 3.711
- Ricoveri di residenti in Provincia effettuati in strutture austriache: 1.957
- Indice di attrazione per i ricoveri per acuti in regime ordinario e diurno: 9,7%
- Indice di fuga per i ricoveri per acuti, in regime ordinario e diurno: 7,4%

Nel complesso le strutture provinciali hanno prodotto nel corso dell'anno 89.548 ricoveri in regime ordinario e diurno di cui 8.651 per residenti fuori Provincia.

Nello stesso periodo i residenti hanno consumato complessivamente 87.397 ricoveri in regime ordinario e diurno, 80.878 dei quali in strutture provinciali, 3.711 in quelle presenti in altre regioni/province d'Italia, 1.957 in quelle austriache e 851 in istituti di cura presenti in altre nazioni (dato riferito all'anno 2010).

L'indice di attrazione per i ricoveri per acuti in regime ordinario e diurno, è stato pari a 9,7% per la mobilità attiva extraprovinciale.

L'indice di fuga per i ricoveri per acuti, in regime ordinario e diurno, è stato pari a 7,4% per la mobilità passiva extraprovinciale (di cui 4,2% verso il resto d'Italia, 2,2% verso l'Austria e 1,0%

verso altre nazioni). Con riferimento alla Provincia in complesso, nel 2012 il saldo della mobilità extraprovinciale è stato positivo e pari a 2.132 ricoveri.

Nel 2012 i ricoveri acuti, in regime ordinario e diurno, effettuati da altoatesini in strutture nazionali extraprovinciali sono stati 3.711, leggermente in diminuzione rispetto all'anno precedente (3.920 ricoveri). In particolare, i ricoveri in regime ordinario sono stati 2.627, per un consumo complessivo di 18.804 giornate di degenza e una degenza media pari a 7,2 giorni. I ricoveri in regime diurno sono stati 1.084, con un numero medio di accessi pari a 1,9 (Tabella 5.2.40).

Relativamente agli importi dei ricoveri effettuati da residenti altoatesini nel resto d'Italia si precisa che i dati analizzati sono quelli segnalati dalle singole regioni e province, e possono differire dagli importi effettivamente riconosciuti dalla Provincia Autonoma di Bolzano in sede di compensazione della mobilità sanitaria. Nel 2012, l'importo complessivo per ricoveri, in regime ordinario e diurno, in altre regioni italiane è stato pari a circa 17,8 milioni di Euro (Tabella 5.2.40).

Il Veneto e la Provincia Autonoma di Trento sono le destinazioni più frequenti con rispettivamente il 32,9% e il 27,1% dei ricoveri in altre regioni/province d'Italia (Tabella 5.2.41).

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" (19,8%) e da "Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio" (19,3%) (Tabella 5.2.42).

In particolare si osserva che il DRG più frequente con cui i pazienti residenti presso la nostra Provincia sono stati dimessi in ospedali nazionali extraprovinciali è stato il DRG 105 "Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco", con il 5,0% dei casi, pari ad un valore tariffario di 3.309.819,55 Euro (Tabella 5.2.43).

Nel corso del 2012, i ricoveri di pazienti altoatesini presso strutture convenzionate in Austria sono stati complessivamente 1.957, con una diminuzione del 10% circa rispetto al 2011. Complessivamente sono state consumate 15.969 giornate di degenza nei ricoveri ordinari.

Tra le categorie di diagnosi più frequenti troviamo la leucemia linfoide (5,6% dei ricoveri), il tumore maligno della tiroide (5,0% dei ricoveri) e la presenza di trapianto di organo o tessuto (4,4% dei ricoveri) (Tabella 5.2.45).

La Clinica universitaria di Innsbruck, nel 2012, ha accolto 1.873 ricoveri (1.624 ordinari e 249 diurni) corrispondenti al 95,7% dei ricoveri di altoatesini in strutture convenzionate austriache. Le unità operative in cui si registrano più ricoveri sono state quelle di Pediatria (16,8% del totale ricoveri) e Ortopedia e Traumatologia (8,9%) - (Tabella 5.2.46).

5.3. ASSISTENZA OSPEDALIERA PER POST ACUTI

Indicatori di sintesi

- Posti letto per post-acute: 358 pari a 0,71 per 1.000 abitanti
- Ricoveri per post-acute: 5.172

In questa parte viene descritta l'attività assistenziale degli istituti di cura pubblici e privati della Provincia Autonoma di Bolzano, in riferimento ai ricoveri presso i reparti post-acute (Recupero e riabilitazione funzionale, Neuroriabilitazione e Lungodegenza).

All'assistenza ospedaliera per i post-acute sono stati riservati complessivamente 358 posti letto nel 2012 così suddivisi: 108 presso strutture pubbliche (30,2%) e 250 presso strutture private (69,8%), di cui 12 nel reparto palliativo (codice reparto 60.02) (Tabella 5.3.1).

Rispetto al 2011, complessivamente il numero di posti letto si è ridotto di sei unità.

5.3.1. Riabilitazione fisica e neurologica

Indicatori di sintesi

- Posti letto per la riabilitazione fisica: 156 pari a 0,31 per 1.000 abitanti
- Posti letto per la neuroriabilitazione: 14 pari a 0,03 per 1.000 abitanti
- Ricoveri per il recupero e riabilitazione funzionale: 2.729
- Ricoveri per la neuroriabilitazione: 105
- Ricoveri di residenti in riabilitazione presso strutture italiane extraprovinciali: 216 (201 riabilitazione fisica e 15 neuroriabilitazione)
- Ricoveri di residenti in riabilitazione presso strutture austriache: 59

Nel 2012 sono stati registrati complessivamente 2.729 ricoveri (2.536 in regime ordinario e 193 in regime diurno) nelle unità operative di Recupero e Riabilitazione funzionale (codice reparto 56) e 105 ricoveri nelle unità operative di Neuroriabilitazione (codice reparto 75).

Il 69,7% dei ricoveri ordinari di recupero e riabilitazione funzionale (codice reparto 56) è stato effettuato presso le strutture private accreditate della Provincia, mentre il rimanente 30,3% presso quelle pubbliche. La degenza media dei ricoveri a livello provinciale si è attestata a 22 giorni. I ricoveri in regime diurno hanno rappresentato il 7,1% dei ricoveri complessivi (Tabelle 5.3.2 e 5.3.3).

Il 62% dei ricoveri ordinari di Recupero e Riabilitazione funzionale è stato attribuito alla categoria MDC 8 "Malattie e disturbi del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo", mentre poco meno del 33% alla categoria MDC 1 "Malattie e disturbi del sistema nervoso". Il 69% dei ricoveri diurni fa riferimento, invece, alla categoria MDC 1 "Malattie e disturbi del sistema nervoso".

L'89,9% dei ricoveri è stato di tipo post-acuto, il 9,5% di mantenimento e il restante 0,6% di valutazione (Tabella 5.3.4).

Il 60,4% dei ricoveri ha riguardato le macro-categorie delle patologie ortopediche (amputazioni, artropatie, algie, patologie ortopedico traumatologiche), il 33,9% le patologie neurologiche (ictus, cerebropatie, neuropatie, mielopatie) e il rimanente 5,7% le altre patologie (Tabella 5.3.5).

Il punteggio medio FIM totale all'ingresso è risultato pari a 74,0 punti. Sotto tale valore si sono collocati l'Ospedale di Brunico (66,7 punti), l'Ospedale di Merano (72,9 punti) e le Case di Cura Villa Melitta (72,5 punti) e Bonvicini (60,2 punti). Per contro, il punteggio medio più alto si è riscontrato presso la Casa di Cura Fonte San Martino (91,2 punti) seguito dall'Ospedale di Vipiteno (91,0 punti). Il punteggio medio FIM totale alla dimissione è stato pari a 90,3 punti; l'Ospedale di Bolzano ha mostrato l'incremento medio più alto (Tabella 5.3.6).

I ricoveri nelle unità operative di Neuroriabilitazione (codice reparto 75) sono risultati 105 (85 in regime ordinario e 20 in regime diurno solo presso l'Ospedale di Bolzano), di cui 64 presso l'Ospedale di Bolzano, 12 presso l'Ospedale di Bressanone, 11 presso l'Ospedale di Brunico e 18 presso la Casa di Cura Villa Melitta, con una degenza media pari a 52,4 giorni (Tabella 5.3.10).

I punteggi medi FIM totale all'ingresso (39,1 punti) e alla dimissione (59,5 punti) hanno presentato valori inferiori rispetto ai ricoveri di Recupero e Riabilitazione funzionale. L'incremento medio dei punteggi (GAP-FIM) è risultato pari a 20,4, mentre quello medio giornaliero (efficienza) è stato pari a 0,6 punti (Tabella 5.3.11).

I ricoveri di pazienti altoatesini nelle unità operative di Recupero e Riabilitazione funzionale (codice reparto 56) presso strutture italiane extraprovinciali, sono stati 201, di cui 13 in regime diurno. La degenza media è stata pari a 20,4 giorni (Tabella 5.3.12 e 5.3.13).

Il 36% dei ricoveri è stato attribuito alla categoria MDC 8 "Malattie e disturbi del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo", il 28% alla categoria MDC 5 "Malattie e disturbi circolatori" e il 21% alla categoria MDC 1 "Malattie e disturbi del sistema nervoso".

I ricoveri registrati nelle unità operative di Neuroriabilitazione (codice reparto 75) e nelle Unità Spinali (codice reparto 28) sono risultati 15, di cui 11 ordinari e 4 diurni (Tabella 5.3.14).

Nel 2012 i ricoveri di pazienti altoatesini effettuati presso strutture austriache di riabilitazione post-acuzie sono stati 59, in aumento dell'11% rispetto al 2011, ed hanno prodotto un tasso di ricovero pari a 0,12 per 1.000 residenti (Tabella 5.3.15).

5.3.2. Lungodegenza

Indicatori di sintesi

- Posti letto per la lungodegenza: 188 pari a 0,37 per 1.000 abitanti
- Ricoveri in lungodegenza: 2.338
- Ricoveri di residenti in lungodegenza presso strutture italiane extraprovinciali: 20

Presso i reparti di Lungodegenza (codice reparto 60) sono stati registrati 2.338 ricoveri, con una degenza media pari a 22,3 giorni (Tabella 5.3.16). A questi si aggiungono 20 ricoveri di residenti altoatesini in strutture nazionali extra-provinciali, in aumento rispetto al 2011. Le categorie diagnostiche principali piú frequenti dei ricoveri di lungodegenza post-acuzie sono state le "Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo" (35,7%) e le "Malattie e disturbi del sistema nervoso" (17,9%) (Tabella 5.3.17).

6. LA SPESA SANITARIA

Indicatori di sintesi

- Spesa sanitaria pubblica corrente: 1.220,359 mio Euro
- Spesa sanitaria pubblica per investimenti: 67.415 mio. Euro
- Spesa sanitaria pubblica complessiva: 1.287,774 mio. Euro
- Spesa sanitaria pubblica pro capite: 2.348,00 Euro
- Incidenza percentuale dei costi di Personale dell'Azienda Sanitaria: 49,6%
- Incidenza percentuale dei costi di Acquisti di beni e servizi dell'Azienda Sanitaria: 12,4%
- Incidenza percentuale dei costi di Servizi sanitari dell'Azienda Sanitaria: 23,7%
- Incidenza percentuale dei costi di Servizi non sanitari dell'Azienda Sanitaria: 7,2%
- Saldo mobilità interregionale complessiva: 11,6 mio. Euro

La spesa sanitaria pubblica complessiva (la spesa corrente e per investimenti sostenuta direttamente dalla Provincia per il Servizio Sanitario Provinciale a cui vanno ad aggiungersi i costi di esercizio sostenuti, nonché gli investimenti effettuati dall'Azienda sanitaria) per l'anno 2012 ammonta complessivamente a 1.287,774 milioni di euro.

L'incidenza della spesa corrente sulla spesa complessiva nel 2012 è pari al 94,76%; il rimanente 5,24% riguarda la spesa per investimenti in beni immobili, beni mobili ed attrezzature biomediche.

La spesa sanitaria corrente è quantificabile nel 2012 in 1.220,359 milioni di euro. Il 98,21% della stessa è sostenuta direttamente dall'Azienda Sanitaria. La spesa dell'Azienda sanitaria è costituita principalmente dalla spesa per il personale (49,57%) e dalla spesa per i Servizi sanitari (23,74%). Seguono le spese per acquisti di beni (12,35%), i Servizi non sanitari (7,23%) e altre spese (7,11%).

La spesa sanitaria complessivamente sostenuta dall'Azienda Sanitaria e dalla Provincia per investimenti ammonta nel 2012 a 67,415 milioni di euro.

La spesa sanitaria corrente procapite, calcolata in euro costanti, nel 2012 ammonta a 2.348 euro. Si evidenzia che il calcolo, rispetto agli anni precedenti, risente anche dell'imputazione della mobilità sanitaria estera, di una diversa contabilizzazione di alcune voci di costo del personale, nonché di una flessione della popolazione a seguito del censimento.

La mobilità interregionale relativa ai ricoveri per l'anno 2012 ha registrato un saldo positivo di

8,2 milioni di Euro, con un notevole incremento rispetto al 2011.

Nell'anno 2012 i ricoveri prodotti dalle strutture provinciali per persone residenti nel resto d'Italia sono stati 6.538, corrispondenti ad un valore tariffario pari a 27 milioni di Euro, mentre il numero di ricoveri prodotti dalle strutture del resto d'Italia a pazienti residenti in Provincia di Bolzano è stato 3.945 pari a 18,8 milioni di Euro.

Per quanto riguarda le prestazioni di specialistica ambulatoriale a livello interregionale si è registrato anche per l'anno 2012 un saldo positivo con un ammontare pari a circa 1,4 milioni di Euro, in leggera flessione rispetto all'anno precedente.

In riferimento alla mobilità interregionale nel suo complesso (cioè prendendo in considerazione tutti i flussi – ricoveri, specialistica, farmaceutica, ecc...) si nota che la mobilità attiva interregionale ammonta complessivamente a 35,4 milioni di Euro pari a 354.536 numero di prestazioni (con un incremento dell'11,8% rispetto all'anno precedente), mentre la mobilità passiva interregionale per l'anno 2012 è pari a 23,7 milioni di Euro corrispondenti a 364.372 numero di prestazioni (con un incremento rispetto all'anno 2011 dello 0,8%).

Il saldo della mobilità sanitaria interregionale complessiva conferma il trend positivo degli ultimi anni con un saldo positivo pari a 11,6 milioni di Euro.