



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 2015

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/oepe
per contatti: oepe@provincia.bz.it*

*Provincia Autonoma di Bolzano
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

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

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

1.1. DISTRIBUZIONE SUL TERRITORIO

Indicatori di sintesi

- Popolazione residente: 521.831 abitanti

La popolazione residente nel 2015 è pari a 521.831 unità, per una densità di 70,5 abitanti per km². Il 55,0% del territorio provinciale presenta un basso grado di urbanizzazione¹, il 21,1% è mediamente urbanizzato ed il 23,9% ha invece un alto grado di urbanizzazione (censimento 2011). Poco meno di metà della popolazione risiede nel comprensorio sanitario di Bolzano (44,6%) circa un quarto in quello di Merano (25,9%), circa un sesto rispettivamente nei distretti di Bressanone (14,4%) e Brunico (15,0%). Poco meno di un terzo della popolazione si trova nei due distretti sanitari di Bolzano città (20,5%) e Merano (10,8%)

¹ Secondo la definizione Eurostat un livello alto si ha con densità abitativa superiore a 500 ab./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: 119,8%
- Indice di dipendenza: 54,1%

Il rapporto medio di mascolinità è pari a 97,3 uomini per 100 donne.

L'età media della popolazione è pari a 41,7 anni (40,5 anni per la popolazione maschile e 43,0 per quella femminile), ed è cresciuta di 0,7 anni nell'ultimo quinquennio.

L'indice di vecchiaia è pari a 119,8 anziani (65 anni e oltre) ogni 100 ragazzi (0-14 anni). Tale indice è cresciuto di 8 punti negli ultimi cinque anni, ed evidenzia valori più elevati tra le donne (139,8%) rispetto agli uomini (101,0%). Il valore dell'indice provinciale rimane tuttavia significativamente inferiore a quello nazionale, pari a 161,1%.

L'indice di dipendenza è pari a 54,1%, ed è più elevato tra le donne (57,7%) rispetto agli uomini (50,6%). Il valore nazionale dell'indice è pari a 55,5%.

1.3. SPERANZA DI VITA

Indicatori di sintesi

- Speranza di vita alla nascita – Maschi: 80,8 anni
- Speranza di vita alla nascita – Femmine: 85,6 anni

La speranza di vita alla nascita secondo le tavole di mortalità provinciali del 2013 è pari a 80,8 anni per gli uomini e 85,6 anni per le donne. Secondo le stime ISTAT per il 2015 si rileva in Provincia di Bolzano una più elevata speranza di vita rispetto alla media nazionale (80,9 vs 80,1 per gli uomini e 85,6 vs 84,7 per donne).

La speranza di vita alla nascita è in costante crescita negli ultimi anni. Negli ultimi dieci anni sono stati guadagnati 2,1 anni di speranza di vita alla nascita per gli uomini ed uno per le donne. Rispetto al 2014 sono stati persi 0,3 anni per gli uomini e guadagnato 0,1 per le donne.

Il differenziale nella speranza di vita tra maschi e femmine è tuttavia in progressiva diminuzione nel corso degli anni (da 8,1 anni delle tavole 1977-79 si passa a 4,7 delle tavole più recenti).

1.4. NATALITÀ

Indicatori di sintesi

- Bambini nati in Provincia di Bolzano: 5.491
- Bambini nati da madri residenti in Provincia di Bolzano: 5.166
- Tasso di natalità: 10,3 nati vivi ogni 1.000 abitanti
- Età media al parto dei genitori: 31,5 anni per la madre e 35,0 anni per il padre
- Percentuale di donne straniere residenti che hanno partorito in Provincia di Bolzano sul totale delle partorienti residenti: 21,0%
- Percentuale di donne altoatesine in gravidanza con più di 35 anni che hanno effettuato almeno un'indagine prenatale invasiva: 12,6%

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 2015 in Provincia di Bolzano sono nati 5.491 bambini, di cui 5.166 da madri residenti in provincia (94,1%), registrati attraverso il Certificato di assistenza al parto (Cedap); nel 2015 si assiste ad un calo abbastanza significativo nel numero di bambini nati sia rispetto al 2014 (5.701 nati) sia rispetto alla media degli anni precedenti (numero medio negli anni 2011-2014 di ca. 5.600 nascite). Quasi tutti i parti sono avvenuti nei sei* punti nascita presenti in provincia, solo 29 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.

Il tasso di natalità** pari a 10,3 nati vivi ogni 1.000 abitanti risulta essere nel 2015 il più alto registrato in Italia (media nazionale di 8,0 nati vivi ogni 1.000 abitanti).

Nell'ambito del ricorso ad indagini invasive prenatali, le donne altoatesine che si sottopongono ad almeno un'indagine prenatale invasiva sopra i 35 anni rappresentano il 12,6% (valore in continua diminuzione negli anni). Questo dato registra diminuzioni anche nelle altre regioni italiane (In Emilia Romagna***, ad esempio, da 1 donna su due, si è passati a 1 donna su cinque, che si sottopone ad almeno un'indagine prenatale). Questo fenomeno può essere spiegato con l'aumento negli ultimi anni di offerta di test di screening non invasivi.

* Con il 01.04.2015 il punto nascita dell'Ospedale di San Candido è stato chiuso.

** Fonte: Indicatori demografici 2015 - ISTAT

*** Fonte: La Nascita in Emilia Romagna – 12 Rapporto sui dati CEDAP – Anno 2014

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 2015: 5.082
- Percentuale di donne con più di 35 anni alla nascita del figlio: 29,8%
- Percentuale di madri casalinghe al momento del parto: 19,6%
- Percentuale di padri occupati al momento del parto: 91,9%
- Percentuale di padri con il diploma di scuola media inferiore al momento del parto: 41,5%

L'età media delle donne altoatesine al parto si attesta a 31,5 anni. Questo valore indica che le mamme altoatesine sono in linea con l'età media al parto registrata nell'Italia del nord, più giovani rispetto al valore medio dell'Italia centrale (31,9 anni) e più anziane rispetto ai valori registrati in Italia meridionale (31,3 anni) e in Italia insulare (31,1 anni)*. Considerando la distribuzione per età delle donne residenti che hanno partorito nel 2015, più di 6 su 10 hanno oltre 30 anni (64,5%), quasi 1 su 3 oltre 35 anni (29,8%) e il 6,4%, pari a 325 donne, oltre 40 anni. L'età media del padre, pari a 35,0 anni nel 2015, fa registrare un lieve calo rispetto all'anno precedente. Particolare attenzione va comunque rivolta anche alle mamme giovani e alle coppie di adolescenti: si contano, infatti, 56 donne con età inferiore ai 20 anni, che hanno partorito nel corso del 2015, pari a 1,1% 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 (56,0%). Questo valore, pur risultando negli anni in costante aumento anche in altre regioni italiane, continua ad essere più alto in Provincia di Bolzano rispetto alle altre realtà italiane, come ad esempio in Emilia Romagna, che nel 2014** ha registrato il 42,0% di donne con cittadinanza italiana nubili al momento del parto.

Per quanto riguarda il titolo di studio, il 66,2% delle madri registra una scolarizzazione medio-alta (diploma di scuola media superiore, laurea) contro il 51,8% 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 (91,9%).

La frequenza di madri residenti con cittadinanza straniera, dopo un continuo aumento registrato negli anni passati secondo i dati Cedap, nel 2015 registra un lieve calo (dal 21,3% del 2014 al 21,0% del 2015). La cittadinanze straniere più rappresentate sono quella marocchina, albanese e pakistana. Se si considera il Paese di origine della donna, le madri residenti nate all'estero nel

2015 sono il 24,3% del totale delle madri residenti (1 madre ogni quattro).

* Fonte: Rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita, DemolSTAT, Anno 2014

** Fonte: La Nascita in Emilia Romagna – 12 Rapporto sui dati CEDAP – Anno 2014

1.4.2. Gravidanza e parto

Indicatori di sintesi

- Numero medio di visite effettuate in gravidanza: 6,7
- Percentuale di partorienti residenti che hanno eseguito almeno un'indagine prenatale invasiva: 4,7%
- Percentuale parti cesarei in Provincia di Bolzano (Pop. Residente): 23,6%
- Percentuale dei nati da parto vaginale presso l'ospedale di Bolzano (Pop. Residente): 70,8%
- Numero parti gemellari: 82, pari all' 1,6% del totale dei parti di madri residenti
- Donne ricorse a tecniche di procreazione medica assistita: 115, 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 2015 in media ogni donna in gravidanza si è sottoposta a 6,7 visite di controllo (valore costante negli anni). A tale riguardo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità propone un modello di assistenza basato, per le gravidanze a basso rischio, su una media di 4 visite di controllo. Un numero di visite inferiore a 4 (indicatore di assistenza insufficiente) si registra nel 6,5% delle gravidanze. Il 65,6% 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 2015, 239 (4,7%) hanno eseguito almeno un'indagine prenatale invasiva (nel 2005 la percentuale era del 9,8%). Il 2,3% 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 1,3% ha effettuato una villocentesi.

Valutando le modalità del parto per le donne residenti, il 69,5% dei bambini è nato da parto vaginale e un ulteriore 6,9% (percentuale in aumento rispetto agli anni passati) da parto vaginale operativo (ventosa o forcipe). Nel 2015 si registra un valore percentuale di parti per via chirurgica pari al 23,6% (valori per popolazione residente).

Se si considera la percentuale di nati da parti cesarei depurata NTVS (Nullipar, Terminal, Single, Vertex), indicatore che misura l'appropriatezza della modalità del parto depurandolo da fattori che possono aumentare il ricorso al cesareo stesso, il valore calcolato è pari al 20,4%. Si registra una discreta variabilità tra i punti nascita nella differenza tra le percentuali grezze e

depurate di nati da parti cesarei. In corrispondenza a differenze elevate tra percentuali grezze e depurate si osserva una più alta concentrazione di casi complessi che richiedono in misura maggiore il ricorso al taglio cesareo. Valori depurati maggiori dei valori grezzi (nel 2015 l'Ospedale di Silandro) possono essere invece indicativi di un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica.

I parti plurimi costituiscono l'1,6% del totale (82 parti gemellari per un totale di 166 bambini). La quota di gravidanze plurime associata alla procreazione medico assistita è pari al 32,9% (un parto plurimo ogni tre è dovuto al ricorso di tecniche di PMA).

Nel 2015 115 donne residenti, pari all'2,3% del totale delle partorienti, sono ricorse a tecniche di procreazione assistita, leggermente inferiore ai dati registrati nella regione Emilia Romagna nel 2014* (2,5%).

La percentuale dei nati vivi prematuri (con età gestazionale inferiore o uguale a 36 settimane) è pari al 6,4% mentre quello di gravidanze post-termine è del 0,1%.

* Fonte: *La Nascita in Emilia Romagna – 12 Rapporto sui dati CEDAP – Anno 2014*

1.5. DINAMICA DEMOGRAFICA

Indicatori di sintesi

- Tasso di crescita: 4,6 per 1.000 abitanti
- Tasso di crescita naturale: 1,9 per 1.000 abitanti
- Tasso di crescita migratoria: 2,7 per 1.000 abitanti
- Tasso di Fecondità Totale: 1.645,4 per 1.000 donne
- Tasso di Fecondità Totale (2013-2015): 1.645,8 per 1.000 donne

La crescita della popolazione nel corso del 2015 è stata pari a 4,6 unità per 1.000 abitanti:

Una componente importante della crescita della popolazione è costituita dal saldo migratorio, pari al 2,7%. La crescita naturale, pari al 1,9%, 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 1,6 figli per donna (1,4 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 cronico-degenerative, 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: 26,7%
- Persone obese nella fascia 18-69 anni: 7,3%
- Maschi in eccesso ponderale nella fascia 18-69 anni: 43,2%
- Femmine in eccesso ponderale nella fascia 18-69 anni: 24,8%
- Persone nella fascia 18-69 anni che consumano almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura: 6,9%.

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 34,0% della popolazione tra 18 e 69 anni presenta un eccesso ponderale (26,7% sovrappeso,

7,3% obesi). L'eccesso ponderale è maggiore tra gli uomini (43,2%) rispetto alle donne (24,8%), e tra le persone con un basso livello di istruzione (51,6%) rispetto a quelle maggiormente istruite (26,7%). Solo il 6,9% 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: 54,0%
- Persone sedentarie nella fascia 18-69 anni: 9,0%

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 54,0% della popolazione tra 18 e 69 anni è attivo dal punto di vista fisico (per il lavoro che svolge o perché aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica), mentre il 9% è completamente sedentario.

2.1.3. Abitudine al fumo

Indicatori di sintesi

- Fumatori nella fascia 18-69 anni: 24,7%
- Fumatori nella fascia 18-24 anni: 27,0%
- Fumatori maschi nella fascia 18-69 anni: 28,0%
- Fumatrici femmine nella fascia 18-69 anni: 21,3%
- Numero di decessi attribuibili al fumo (2012): 631

Il fumo è "la prima causa di morte facilmente evitabile". È responsabile di circa il 27% delle morti per tumore e del 32% dei decessi complessivi in provincia. Sono attribuiti al fumo il 72% dei casi di cancro alla cavità orale, alla faringe e all'esofago e l'83% 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 24,7% della popolazione provinciale tra i 18 ed i 69 anni d'età (il 28% tra gli uomini ed il 21,3% tra le donne).

2.1.4. Abuso di sostanze

Indicatori di sintesi

- Utenti in carico ai SerD per abuso di sostanze: 810
- Utenti in carico ai SerD per abuso di sostanze nella fascia 15-54 anni: 2,9 per 1.000 abitanti
- Incidenza di utenti in carico ai SerD per abuso di sostanze nella fascia 15-54 anni: 2,7 per 10.000 abitanti
- Dimissioni ospedaliere per cause droga correlate nella fascia di età 15-54 anni: 151
- Accessi al pronto soccorso per cause droga correlate nella fascia di età 15-54 anni: 59
- Tasso di dimissione ospedaliera per cause droga correlate nella fascia di età 15-54 anni: 54,3 per 100.000 abitanti
- Tasso di accesso al pronto soccorso per cause droga correlate nella fascia di età 15-54 anni: 21,2 per 100.000 abitanti
- Alcoldependenti in carico ai SerD: 1.413
- Prevalenza di alcoldependenti in carico ai SerD: 2,7 per 1.000 abitanti
- Dimissioni ospedaliere per cause alcool correlate: 1.214
- Accessi al pronto soccorso per cause alcool correlate: 890
- Tasso di dimissione ospedaliera per cause alcool correlate: 2,3 per 1.000 abitanti
- Tasso di accesso al pronto soccorso per cause alcool correlate: 1,7 per 1.000 abitanti
- Bevitori a rischio nella fascia di età 18-69 anni: 39,7%

Oltre ad influenzare direttamente la salute, la dipendenza da sostanze influenza negativamente anche il comportamento sociale dell'individuo. Nel 2015, sono stati assistiti dai servizi per le dipendenze provinciali (SerD) 810 soggetti con problemi derivanti da consumo di sostanze, pari a 2,9 utenti in carico ogni 1.000 abitanti in età compresa tra 15 e 54 anni.

Le dimissioni ospedaliere per cause droga correlate nella popolazione 15-54 anni sono state 151, 59 gli accessi al pronto soccorso.

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

I bevitori a rischio (bevitori "binge" oppure bevitori fuori pasto o forti bevitori) in Provincia sono pari al 39,7% della popolazione tra 18 e 69 anni, e tra questi il 28,5% beve prevalentemente fuori pasto, il 23,1% 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 3,3% è un forte bevitore (consumo medio negli ultimi 30 giorni di più di due unità al giorno per gli uomini ed una per le donne).

Le dimissioni ospedaliere per cause alcol correlate sono state 1.214, 890 gli accessi al pronto soccorso.

Nel 2015 sono stati inoltre assistiti dai servizi per le dipendenze 278 utenti per gioco d'azzardo problematico, 125 per abuso di farmaci, 239 per problemi di nicotina, 380 familiari e 176 altri utenti per motivi diversi.

2.2. MALATTIE E MORTALITÀ

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

2.2.1. Diffusione delle malattie croniche

Indicatori di sintesi

- 28,9% della popolazione soffre di almeno una malattia cronica
- 62,7 età media dei malati cronici
- 76,5% della popolazione anziana soffre di almeno una patologia cronica
- 15,2% della popolazione è ipertesa
- 7,2% delle donne soffre di ipotiroidismo
- 5,5% della popolazione ha contratto neoplasie
- 4,2% 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 2015 pari a 42,3 anni e un indice di vecchiaia pari a 127,5 (ovvero sono presenti 127 anziani assistibili ogni 100 giovani assistibili). A livello nazionale si stima per il 2015 un indice di vecchiaia pari a 158.*

Nel corso del 2015, la popolazione altoatesina con almeno una malattia cronica è risultata essere pari al 28,9% (oltre 1 persona su 4). Le donne registrano rispetto agli uomini un rischio leggermente più elevato di contrarre almeno una malattia cronica: valori più elevati per il genere femminile si registrano soprattutto nelle patologie autoimmuni ed endocrinopatiche.

15 persone ogni 100 in Alto Adige sono affette da ipertensione; a 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), 76 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 vasculopatia arteriosa e tiroidite di Hashimoto. Nel comprensorio meranese si registra una significativa diffusione di ipotiroidismo e dislipidemie. 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 tubercolosi notificati: 50
- Tasso di notifica di tubercolosi: 9,6 per 100.000 abitanti
- Dimissioni ospedaliere per malattia infettiva: 1.597
- Tasso di dimissione ospedaliera per malattia infettiva: 306,0 per 100.000 ab.
- Casi di decesso per malattia infettiva (2012): 84
- Tasso di mortalità per malattia infettiva (2012): 16,5 per 100.000 abitanti
- Nuovi casi di HIV (2014): 20
- Tasso di incidenza di HIV (2014): 4,0 per 100.000 abitanti
- Tasso di incidenza di AIDS (2014): 0,4 per 100.000 abitanti

Le malattie infettive maggiormente notificate nel 2015 sono state quelle legate all'infanzia, e tra

queste la varicella, con 813 casi, pari ad un'incidenza di 155,8 per 100.000 abitanti. Nel 2015 sono stati inoltre notificati 50 casi di tubercolosi, pari a 9,6 per 100.000 abitanti.

I nuovi casi di HIV segnalati nel 2014 sono stati 20, pari a 4,0 per 100.000 abitanti. I nuovi casi di HIV segnalati in Italia nel 2014 sono stati 3.695 per una corrispondente incidenza di 6,1 casi per 100.000 abitanti.

2.2.3. Tumori maligni

Indicatori di sintesi

- Nuovi casi di tumore maligno – Maschi (2006-10): 1.589
- Nuovi casi di tumore maligno – Femmine (2006-10): 1.287
- Tasso annuo di incidenza di tumori maligni – Maschi (2006-2010): 650,9 per 100.000
- Tasso annuo di incidenza di tumori maligni – Femmine (2006-2010): 514,4 per 100.000
- Decessi per tumore maligno – Maschi (2012): 676
- Tasso annuo di mortalità per tumore maligno – Maschi (2008-2012): 258,8 per 100.000
- Decessi per tumore maligno – Femmine (2012): 582
- Tasso annuo di mortalità per tumore maligno – Femmine (2008-2012): 214,1 per 100.000

Le stime di incidenza dei tumori maligni diagnosticati nella popolazione residente in Provincia di Bolzano sono riferite al quinquennio 2006-2010.

Il numero medio di nuovi casi per anno diagnosticati nel periodo è pari a 1.589 tra i maschi (650,9 per 100.000) ed a 1.287 tra le femmine (514,4 per 100.000). Escludendo i tumori della pelle (ICD X: C44), i nuovi casi attesi per il 2015 sono pari a 1.880 per i maschi e 1.456 per le femmine.

Escludendo la cute (ICD X C44), i tumori più frequenti tra i maschi sono quelli della prostata (21,5% dei casi), del colon-retto (11,3%), del polmone (10,2%), della vescica (9,0%) e dello stomaco (4,5%).

Nelle femmine, il tumore della mammella (25,6% dei casi) è al primo posto tra tutte le neoplasie, seguito dal tumore del colon-retto (11,7%), dal tumore del polmone (5,9%), dai melanomi (5,0%) e dal tumore del corpo dell'utero (4,9%).

Nel periodo 2008-2012 sono deceduti ogni anno per tumore in media 644 maschi (258,8 decessi ogni 100.000 residenti), e 548 femmine (214,1 decessi ogni 100.000). Per l'anno 2015 è quindi possibile stimare per la Provincia di Bolzano un totale di 1.347 decessi per tumore di

cui 743 tra i maschi e 604 tra le femmine.

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

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% per i pazienti diabetici di tipo II e 0,2% di tipo I
- Età media pari a 68,1 anni (diabetici di tipo II 69,4 anni, di tipo I 39,1 anni)
- Tre quarti della popolazione diabetica di tipo II soffre anche di una cardiopatia, due terzi è anche ipertesa
- Oltre il 75% dei diabetici effettua annualmente almeno un monitoraggio di creatinina e di emoglobina glicata
- L'84,1% 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 59,6 ricoveri di residenti per 100.000 residenti

Il diabete mellito, con le sue complicanze, è uno dei maggiori problemi sanitari dei paesi economicamente evoluti e la sua prevalenza è in continua crescita, anche a causa dell'aumento dell'obesità e della sedentarietà. La prevalenza in letteratura è stimata intorno al 5,5% della popolazione generale (ISTAT, 2014), ma vi è un ulteriore 3% di soggetti con diabete non diagnosticato.

Esistono 2 forme principali di diabete 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 2015 in Provincia di Bolzano sono stati assistiti 935 pazienti diabetici di tipo I e 20.799 pazienti diabetici di tipo II (espressi in anni vissuti), con una prevalenza sul totale della popolazione assistibile rispettivamente dello 0,2% e del 4,1%.

La prevalenza di malati del diabete di tipo II aumenta progressivamente con l'avanzare dell'età: il 12,4% tra i 65 ed i 74 anni e 16,0% dopo i 75 anni.

L'età media della popolazione diabetica di tipo I è di 39,1 anni, di tipo II 69,4 anni.

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

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

In Provincia di Bolzano oltre il 75% di tutti i diabetici effettua annualmente almeno un monitoraggio di creatinina e di emoglobina glicata.

Per quanto riguarda la terapia farmacologica, nel corso del 2015 il 67,2% dei pazienti diabetici di tipo II ha assunto un antidiabetico orale, il 49,5% un ipolipemizzante, il 32,0% un antiaggregante ed il 16,9% si è curato con l'insulina; in generale l'84,1% 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 59,6 ricoveri per 100.000 residenti (esclusi i ricoveri effettuati presso le strutture austriache e nel resto d'Italia).

Se si considera solo la popolazione con età superiore a 18 anni il tasso si riduce a 68,9 ricoveri per 100.000 residenti. Considerando i pazienti con più di 18 anni, il tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze a lungo termine (complicazioni renali, oculari, neurologiche, circolatorie periferiche o altre complicanze) risulta pari a 27,1 ricoveri per 100.000 residenti.

2.2.5. Disturbi psichici

Indicatori di sintesi

- Pazienti assistiti dai Centri di Salute Mentale: 9.757
- Prevalenza di pazienti assistiti dai Centri di Salute Mentale: 18,7 per 1.000 abitanti
- Dimissioni ospedaliere per malattia psichica: 3.156
- Tasso di dimissioni ospedaliere per malattia psichica: 604,8 per 100.000 abitanti
- Pazienti assistiti dai servizi psicologici: 8.265
- Psicoterapie effettuate dai servizi psicologici: 13.523
- Prevalenza di pazienti assistiti dai servizi psicologici: 16,4 per 1.000 abitanti
- Casi di suicidio: 47
- Tasso di suicidio: 9,0 per 100.000 abitanti

Il servizio psichiatrico è una struttura complessa, che attraverso il coordinamento tecnico e gestionale delle strutture operative garantisce il funzionamento integrato delle stesse, la continuità terapeutica, l'unitarietà della programmazione e dell'attuazione dei progetti terapeutici e di risocializzazione. Le strutture sanitarie di cui si avvale il servizio psichiatrico sono il Centro di Salute Mentale (CSM), il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), il servizio day and night hospital, i centri di riabilitazione ed altre strutture per l'attività in regime residenziale e semiresidenziale. Nel corso del 2015 sono state 9.757 le persone assistite dai Centri di Salute Mentale provinciali, pari a 18,7 per 1.000 abitanti, mentre 3.156 sono state le dimissioni ospedaliere di pazienti con diagnosi principale di tipo psichiatrico (604,8 per 100.000 abitanti). Tra le diagnosi di dimissione prevalgono le psicosi affettive (27,5% delle dimissioni). Gli assistiti dai servizi psicologici nel corso del 2015 sono stati 8.265, pari a 16,4 ogni 1.000 abitanti, ai quali sono state somministrate 13.523 psicoterapie. Nel 2015 ci sono stati 47 casi di suicidio (9,0 per 100.000 abitanti), 9,7 la media del quinquennio 2009-2013.

2.2.6. Malattie dell'apparato circolatorio

Indicatori di sintesi

- Prevalenza di malattie croniche vasculopatiche – Maschi: 175,5 per 1.000
- Prevalenza di malattie croniche vasculopatiche – Femmine: 180,6 per 1.000
- Prevalenza della malattia ipertensiva – Maschi: 148,0 per 1.000
- Prevalenza della malattia ipertensiva - Femmine: 156,0 per 1.000
- Decessi per malattie del sistema circolatorio – Maschi (2012): 637
- Decessi per malattie del sistema circolatorio – Femmine (2012): 935
- Tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio – Maschi (2012): 253,9 per 100.000
- Tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio – Femmine (2012): 361,8 per 100.000
- Dimissioni ospedaliere per malattie del sistema circolatorio – Maschi: 4.481
- Dimissioni ospedaliere per malattie del sistema circolatorio – Femmine: 3.962
- Tasso di ospedalizzazione per malattie del sistema circolatorio – Maschi: 1.740,8 per 100.000
- Tasso di ospedalizzazione per malattie del sistema circolatorio – Femmine: 1.498,3 per 100.000

Le malattie cardiocircolatorie rappresentano la prima causa di morte nei paesi sviluppati, e sono responsabili del 37,7% 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 2015, rispetto alla popolazione generale provinciale, si stima una prevalenza di 178,1 casi ogni 1.000 residenti di malati cronici cardiovascolari (175,5 per 1.000 tra i maschi e 180,6 per 1.000 tra le femmine) e 152,1 casi per 1.000 di ipertensione (148,0 tra i maschi e 156,0 tra le femmine). Le dimissioni ospedaliere complessive per malattie cardiovascolari sono state complessivamente 8.443 (1.618,0 per 100.000 abitanti). Tra le dimissioni per malattie ischemiche (1.320) si contano 863 dimissioni per infarto miocardico acuto (433 maschi e 430 femmine). La patologia più frequente tra le cause di morte per malattie del sistema circolatorio nel 2012 è rappresentata dalle malattie ischemiche del cuore (infarto, angina pectoris ed ischemie cardiache), con 271 decessi tra i maschi (108,0 per 100.000) e 262 decessi tra le femmine (101,3 per 100.000).

2.2.7. Malattie respiratorie

Indicatori di sintesi

- Prevalenza di malattie croniche broncopatiche - Maschi: 42,0 per 1.000
- Prevalenza di malattie croniche broncopatiche - Femmine: 36,7 per 1.000
- Decessi per malattie dell'apparato respiratorio – Maschi (2012): 161
- Decessi per malattie dell'apparato respiratorio – Femmine (2012): 123
- Tasso di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio – Maschi (2012): 64,2 per 100.000
- Tasso di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio – Femmine (2012): 47,5 per 100.000
- Dimissioni ospedaliere per malattie dell'apparato respiratorio – Maschi: 3.398
- Dimissioni ospedaliere per malattie dell'apparato respiratorio – Femmine: 2.534
- Tasso di ospedalizzazione per malattie dell'apparato respiratorio – Maschi: 1.320,1 per 100.000
- Tasso di ospedalizzazione per malattie dell'apparato respiratorio – Femmine: 958,3 per 100.000

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

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è responsabile di 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 2015 di broncopatie croniche in Provincia di Bolzano è pari a 39,3 casi per 1.000 abitanti (42,0 tra i maschi e 36,7 tra le femmine).

Le dimissioni nel 2015, di residenti da strutture provinciali con una malattia del sistema respiratorio come diagnosi principale, sono state complessivamente 5.932, con un tasso di ospedalizzazione pari a 1.136,8 per 100.000. Le diagnosi più frequenti di ricovero sono state polmoniti ed influenza.

Le malattie polmonari cronico ostruttive sono state nel 2012 la causa di decesso più importante tra le malattie respiratorie, con un tasso pari a 37,9 per 100.000 tra gli uomini ed a 15,8 per 100.000 tra le donne.

2.2.8. Mortalità per causa

Indicatori di sintesi

- Tasso di mortalità - Maschi (2012): 787,5 per 100.000
- Tasso di mortalità - Femmine (2012): 849,2 per 100.000 femmine

La fonte di riferimento per i dati di mortalità è costituita dal Registro Provinciale di Mortalità, che gestisce ed elabora le informazioni contenute nei certificati di morte ISTAT e provvede alla codifica da assegnare alla causa principale del decesso. La codifica è completa fino all'anno 2012, mentre non è disponibile per i decessi avvenuti successivamente.

Il numero di decessi registrato nel 2012 nella popolazione residente è pari a 4.173, per un corrispondente tasso di mortalità grezzo del 818,8 per 100.000.

La causa principale di decesso nell'anno 2012 è costituita dalle malattie del sistema circolatorio, che interessa il 45,9% dei casi della popolazione femminile ed il 32,2% di quella maschile. Tra gli uomini è più evidente la mortalità per tumore (34,5%) rispetto alle donne (28,6%), così come quella per traumatismi ed avvelenamenti (7,3% vs. 4,1%).

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.

Indicatori di sintesi

- Adesione allo screening della cervice uterina: 34,1%
- Casi positivi allo screening della cervice uterina (2014): 1 (0,008%)
- Displasie gravi tra le donne che hanno aderito allo screening della cervice uterina (2014): 15 (0,13%)

- Adesione allo screening del tumore alla mammella: 54,6%
- Casi positivi allo screening del tumore alla mammella (2014): 63
- Tasso di identificazione dello screening del tumore alla mammella (2014): 4,1‰
- Adesione allo screening del tumore del colon retto: 41,8%

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

Il 34,1% delle donne invitate nel 2015 ha effettuato il Pap-test. Nel 2014, in un caso (0,008%) l'esito è stato un carcinoma, una displasia grave in 15 casi (0,13%) ed una displasia lieve o media in 251 casi (2,09%).

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 2015, il 54,6% ha aderito al programma di screening. Nel 2014 in 63 casi è stata riscontrata una positività al test di screening (4,1‰).

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

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

Uno dei segni più precoci di un tumore o di un polipo intestinale è il sanguinamento all'interno del lume intestinale, con presenza conseguente di sangue nelle feci. Il test che viene eseguito in fase di screening ha lo scopo di trovare il sangue nelle feci, anche quando è presente in quantità molto piccole da non essere visibili ad occhio nudo. La ricerca del sangue occulto in persone che non hanno altri fattori di rischio per cancro del colon-retto se non l'età, è una delle strategie più efficaci di prevenzione.

In Alto Adige il programma di screening per questo tumore è attivo a livello provinciale dal 2012. Nel 2015 il 41,8% ha aderito al programma di screening. Nel 2014 il 4,0% è risultato positivo al test di ricerca del sangue occulto ed in 62 (2,2‰) casi è stato diagnosticato un carcinoma.

3.2. PROFILASSI DELLE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE

Indicatori di sintesi

- Dosi vaccinali somministrate alla popolazione d'età inferiore a 18 anni: 62.628
- Percentuale di dosi vaccinali somministrate riferite a vaccinazioni obbligatorie per legge: 40,5%
- Percentuale di dosi vaccinali somministrate riferite a vaccinazioni raccomandate o obbligatorie: 95,6%
- Copertura vaccinale a 24 mesi di età per la polio: 87,4%
- Copertura vaccinale a 24 mesi di età per difterite-tetano: 87,5%
- Copertura vaccinale a 24 mesi di età per epatite B: 87,1%
- Copertura vaccinale a 24 mesi di età per morbillo: 68,8%
- Copertura vaccinale a 24 mesi di età per malattie da haemophilus influenzae tipo b: 87,2%
- Richieste di esenzione dalle vaccinazioni obbligatorie esaminate dalla Commissione provinciale per le vaccinazioni: 7
- Esenzioni temporanee dalle vaccinazioni obbligatorie concesse: 1
- Esenzioni permanenti dalle vaccinazioni obbligatorie concesse: -
- Persone coinvolte nell'ambito di inchieste e/o sorveglianze epidemiologiche su specifiche malattie infettive sottoposte ad obbligo di notifica: 1.114
- Prove di cutireazione alla tubercolina eseguite: 1.963
- Consulenze sanitarie ed attività di informazione effettuate nei confronti di viaggiatori che si recano all'estero: 2.249
- Interventi di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione in strutture pubbliche: 514

Con delibera n. 4699 del 28/12/2007 é 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 2015 in Alto Adige sono state somministrate, alla popolazione d'età inferiore a 18 anni, 62.628 dosi vaccinali; di queste il 40,5% si riferiscono a vaccinazioni obbligatorie per legge ed il 95,6% a vaccinazioni obbligatorie o raccomandate.

Le coperture vaccinali a 24 mesi per la coorte di nascita del 2013 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 7 richieste di esenzione dalle vaccinazioni obbligatorie per le quali è stata concessa una esenzioni temporanee. 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 2014, soprattutto collettività per un totale di 1.114 persone.

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

Non sono state eseguite vaccinazioni antitubercolari nel 2015 mentre nel corso dell'anno sono state eseguite 1.963 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 2015 sono stati eseguiti nel territorio provinciale 593 interventi di disinfezione e di disinfestazione. L'86,7% di questi è stato effettuato in strutture pubbliche, e il rimanente 13,3 % 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

- Alloggi ispezionati per rilascio certificati di condizione abitativa e inabitabilità: 77
- Campioni di acqua di piscina prelevati per eseguire analisi chimico-fisiche: 387
- Percentuale di campioni di acqua di piscina con valori non regolari alle analisi chimico-fisiche eseguite: 7,0%
- Campioni di acqua di piscina prelevati per eseguire analisi microbiologiche: 798
- Percentuale di campioni di acqua di piscina con valori non regolari alle analisi microbiologiche eseguite: 6,8%
- Attività di vigilanza e controllo sui cosmetici: 127 controlli
- Sopralluoghi per la rilevazione dello stato di conservazione dei tetti contenenti cemento amianto: 15

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 2015, sono state valutate le condizioni igienico sanitarie di 319 strutture provinciali di carattere collettivo; tra queste, le strutture maggiormente controllate sono state le strutture sociali (case di riposo, centri diurni per anziani, 33,9%) e le strutture sanitarie private (38,6%).

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 2015, sono stati prelevati 387 campioni di acqua di piscina per eseguire analisi chimico-fisiche; il 7,0% 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 798 campioni, il 6,8% dei quali è risultato non regolare.

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

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

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

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

Le attività della Sezione aziendale di Medicina ambientale sono svolte su tutto il territorio della Provincia di Bolzano. Nell'ambito dei controlli riguardanti l'amianto sono stati effettuati nel 2015 15 sopralluoghi per la rilevazione dello stato di conservazione dei tetti contenenti cemento amianto.

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

3.3.2. Ambienti di lavoro

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

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

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

La Sezione Clinica di Medicina del Lavoro effettua in prevalenza visite mediche ed accertamenti clinici sui lavoratori e tutte le 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 registrati per vendita/macellazioni: 138.527
- Test eseguiti per la prevenzione di malattie infettive dei bovini: circa 76.000
- Test eseguiti per la prevenzione di malattie infettive di ovi-caprini: circa 22.000
- Test eseguiti per la prevenzione di malattie infettive dei suini: circa 3.000
- Test eseguiti per la prevenzione di malattie infettive dei volatili: circa 250
- Campioni per il controllo di mangimi e materia prima per mangimi: 216
- Ispezioni per il controllo della somministrazione di mangimi: 557

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 2015 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.

Oltre alle prove sierologiche sugli animali, sono state controllate anche le singole aziende, conducendo specifici test sul latte di cisterna. Nel 2015 sono state eseguite circa 76.000 analisi su bovini, 22.000 su ovi-caprini e 3.000 su suini per la prevenzione di malattie infettive.

La Provincia di Bolzano partecipa, inoltre, ad un programma nazionale di sorveglianza della Blue Tongue, nell'ambito del quale sono stati prelevati 1.023 campioni di sangue bovino.

Nell'ambito del piano provinciale mangimi sono stati eseguiti 216 controlli negli allevamenti sui mangimi, 32 campioni su prodotti geneticamente non modificati e 323 ispezioni per il controllo della somministrazione di mangimi.

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: 749
- Percentuale di strutture controllate con riferimento agli alimenti di origine animale con infrazioni riscontrate: 15,2%
- Strutture controllate con riferimento alla produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine non animale: 1.441
- Percentuale di strutture controllate con riferimento agli alimenti di origine non animale con infrazioni riscontrate: 47,3%

- 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: 1.747
- Percentuale di campioni di acqua per uso umano prelevati all'utenza dalle reti pubbliche con valori non regolari alle analisi chimico-fisiche eseguite: 1,0%
- Campioni di acqua per uso umano prelevati all'utenza dalle reti pubbliche per eseguire analisi microbiologiche: 2.649
- Percentuale di campioni di acqua per uso umano prelevati all'utenza dalle reti pubbliche con valori non regolari alle analisi microbiologiche eseguite: 4,0%
- Consulenze micologiche a privati raccoglitori effettuate dagli ispettorati micologici: 224

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 2015, il servizio Veterinario aziendale ha sottoposto a controllo complessivamente 749 unità, di cui 114 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 15,2%.

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

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

Nel 2015, i servizi di igiene e sanità pubblica hanno controllato 1.441 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 (60,4% del totale delle unità controllate). A livello provinciale, la percentuale di unità riscontrate con infrazioni sul totale delle unità controllate è risultata pari al 47,3%.

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

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

Con riferimento all'attività di controllo delle acque ad uso potabile effettuata sulle reti pubbliche, si osserva che la percentuale di campioni non regolari all'utenza si attesta su valori bassi, pari al 1,0% per le analisi chimico-fisiche ed al 4,0% 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

- Visite per patenti di guida veicoli e natanti: 24.329
- Rilascio tessere per la certificazione di invalidi civili: 1.741
- Autorizzazioni delle prescrizioni di protesi/ortesi/ausili: 19.241
- Accertamenti sanitari per il porto d'arma: 2.718

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

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

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

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

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

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

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

- Certificati per gli sport agonistici rilasciati: 18.215
- Visita specialistica, compreso esame ORL, screening neurologico, visivo ove previsti: 1.949
- Checkup medico sportivo: 101

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 dal servizio di Bolzano.

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 2015 sono state rilasciati complessivamente 18.215 certificati per l'idoneità per l'attività sportiva agonistica e sono stati eseguiti 101 checkup medico sportivi.

L'assistenza territoriale comprende tutte le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari 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 138 milioni di Euro

Per la realizzazione del programma d'investimenti finalizzati alla realizzazione e/o all'ammodernamento degli edifici delle sedi e dei punti di riferimento, dal 1988 ad oggi la Giunta Provinciale ha impegnato circa 138 milioni di Euro, a fronte di una spesa totale programmata di circa 150 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 2015 si sono conclusi i lavori per il risanamento del distretto della Bassa Atesina. Anche i lavori di risanamento del 3. lotto della sede di distretto di Bressanone-Circondario e di ristrutturazione del distretto Chiusa-Circondario sono stati conclusi. Sono iniziati i lavori per la nuova sede del distretto Alta Valle Isarco.

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

Le tipologie di prestazioni erogabili in ogni distretto sono illustrate nelle cartine (visibili cliccando sulla relativa voce). Nelle tabelle 4.1.2, 4.1.3, 4.1.4 e 4.1.5 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: 438.381
- Assistibili in carico ai pediatri di libera scelta: 64.576
- Medici di medicina generale: 282 (al 31 dicembre 2015)
- Pediatri di libera scelta: 62 (al 31 dicembre 2015)

Nel 2015 le persone che avevano espresso la scelta del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta erano 502.957, di cui 438.381 risultavano in carico ai medici di medicina generale e 64.576 erano seguite dai pediatri di libera scelta. Gli assistibili con età inferiore ai 14 anni erano 73.436, l'83,9% dei quali era seguito da un pediatra di libera scelta.

Al 31 dicembre 2015 i medici di base convenzionati con il Servizio Sanitario Provinciale erano

complessivamente 344, ovvero 282 medici di medicina generale e 62 pediatri di libera scelta. Il numero medio di assistiti era di 1.555 assistibili per medico di medicina generale e di 1.042 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 2012*, ultimo dato nazionale disponibile, erano di 1.156 assistibili per medico di medicina generale e 879 assistibili per pediatra di libera scelta). Salvo eccezioni motivate, la normativa provinciale stabilisce quale rapporto ottimale un medico di medicina generale ogni 1.500 abitanti.

Si rileva che in solo 17 distretti sanitari su 20 è operante almeno un pediatra di libera scelta.

Al 31 dicembre 2015, il 22,3% dei medici di medicina generale superava il massimale di 2.000 assistiti e il 27,4% dei pediatri superava il massimale di 1.200 assistiti.

Nel corso del 2015, i medici di medicina generale hanno erogato circa 124.000 prestazioni aggiuntive (le più frequenti riguardano vaccinazioni non obbligatorie, asportazioni di tappo di cerume ed medicazioni). I pediatri di libera scelta hanno erogato nel 2015 circa 57.000 prestazioni aggiuntive (le più frequenti riguardano la pulsiossimetria, le vaccinazioni e il tampone faringeo).

* Fonte: *Annuario statistico del SSN – Ministero della Salute 2012*

4.1.2. Assistenza domiciliare ed infermieristica

Indicatori di sintesi

- Pazienti in assistenza domiciliare programmata (ADP): 4.459
- Pazienti in assistenza domiciliare integrata (ADI): 760
- Prestazioni infermieristiche dirette all'utente: 1.433.784

Nel 2015 il numero di pazienti seguiti in assistenza domiciliare programmata (ADP) dai Servizi di medicina di base della Provincia di Bolzano è stato di 4.459. Questo valore è molto più alto rispetto agli anni precedenti (dal 2011 al 2014 in media si registravano ca. 2.300 pazienti ADP). L'aumento significativo è dovuto all'eliminazione dell'importo forfettario a favore dei medici di medicina generale per l'assistenza ai pazienti non autosufficienti nei centri di degenza. Dopo la disdetta dell'accordo collettivo provinciale i medici di medicina generale hanno richiesto il rimborso per i loro pazienti non autosufficienti assistiti nei centri di degenza tramite l'assistenza domiciliare programmata. Ciascuno dei medici di medicina generale impegnati, pari al 73,0% di quelli operanti sul territorio provinciale, ha seguito in media 22 pazienti. L' 85,2% dei pazienti seguiti in ADP aveva un'età superiore ai 75 anni.

Il tasso di assistenza domiciliare programmata risulta per la Provincia pari a 102 pazienti ogni 10.000 abitanti.

L'assistenza domiciliare programmata per adulti è stata prevalentemente erogata per grave

insufficienza cardiaca NYHA 3-4 (21,2%), per demenza senile/Alzheimer (21,0%), per malattie degenerative delle ossa e delle articolazioni (10,7%) e per ictus con paresi (9,3%).

Nel 2015 il numero di pazienti seguiti in assistenza domiciliare integrata (ADI) dai Servizi di medicina di base è stato di 760 (731 pazienti nel 2013 e 725 nel 2014).

Il tasso di assistenza domiciliare integrata risulta per la Provincia pari a 17 pazienti ogni 10.000 abitanti. Il 54,6% dei medici di medicina generale della Provincia Autonoma di Bolzano è stato coinvolto nel 2015 in programmi di assistenza domiciliare integrata; mediamente su ogni paziente sono stati effettuati 2,1 interventi al mese, con l'apporto di diverse figure professionali. Il 68,4% dei pazienti seguiti in ADI presentava un'età superiore ai 75 anni. Complessivamente nel 2015, il 39,3% dei pazienti seguiti a domicilio in forma integrata risulta affetto da tumori, il 11,6% risulta affetto da grave insufficienza cardiaca NYHA 3-4, il 9,1% da ictus con paresi e l'8,5% da demenza senile/Alzheimer.

Risultano essere 29, 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/>.

Le prestazioni infermieristiche dirette all'utente rilevate nel 2015 in tutto il territorio provinciale sono state 1.433.784. L'attività più frequente è costituita dal prelievo di sangue venoso con 220.358 prestazioni, segue l'educazione della persona e/o della famiglia ai fini della prevenzione, responsabilizzazione igienico-sanitaria e adesione al programma di intervento (149.026 prestazioni). Il personale infermieristico ha svolto nel 2015 un ruolo molto importante anche nell'attività di misurazione di parametri vitali e/o valutazione dello stato di uno o più organi-sistemi con 141.239 prestazioni e nella preparazione e/o somministrazione di farmaci (140.130 prestazioni).

4.1.3. Assistenza consultoriale materno-infantile

Indicatori di sintesi

- Prestazioni delle assistenti sanitarie: 230.488
- Prestazioni delle ostetriche: 24.356
- Prestazioni rilevate dei pediatri presso i consultori: ca. 3.700
- Prestazioni rilevate dei ginecologi presso i consultori: ca. 13.000

A livello provinciale le assistenti sanitarie operanti nei consultori pediatrici hanno erogato complessivamente, durante l'anno 2015, 230.488 prestazioni (oltre il 50% nel solo comprensorio di Merano).

L'attività svolta da questa figura nei consultori pediatrici è costituita soprattutto dalla misurazione di parametri vitali e/o valutazione dello stato di uno o più organi-sistemi del

neonato e della prima infanzia (20,5%), dalla consulenza all'unità madre-bambino (19,6%), dall'educazione della persona e/o della famiglia ai fini della prevenzione, responsabilizzazione igienico-sanitaria e adesione al programma di intervento (17,2%) e dalla prestazione NAS (8,1%).

Sono 7 i distretti sanitari che registrano la presenza del pediatra nei consultori materno-infantili. Nel 2015 si sono rilevate ca. 3.700 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 2015, 24.356 prestazioni. L'attività svolta da questa figura nei consultori ostetrico-ginecologici provinciali è costituita soprattutto dalla consulenza all'unità madre-bambino (21,7%), dalla visita dell'ostetrica (13,6%) e dalla misurazione di parametri vitali e/o valutazione dello stato di uno o più organi-sistemi (11,2%).

Nel 2015 si sono rilevate ca. 13.000 prestazioni erogate da ginecologi presso i consultori provinciali.

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

4.2. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Indicatori di sintesi

- Tasso di consumo pro capite di prestazioni specialistiche: 15,2 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.

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 2015, il tasso di consumo di prestazioni specialistiche è risultato pari a 15,2 prestazioni per ogni residente in Provincia.

4.2.1 Prestazioni erogate

Indicatori di sintesi

- Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate: 8.164.981
- Valore tariffario complessivo: 120.803.996,59 Euro
- Importo ticket incassato: 21.842.780,37 Euro

Nel 2015 sono state erogate presso le strutture provinciali 8.164.981 prestazioni di specialistica ambulatoriale; di queste il 98,4% sono state effettuate in strutture pubbliche. Il numero complessivo delle prestazioni ha evidenziato un aumento rispetto a quanto rilevato nel 2014 (+0,9%)

L'importo tariffario complessivo delle prestazioni erogate ammonta a 120.803.996,59 Euro, mentre la partecipazione del paziente alla spesa sanitaria, misurata attraverso il ticket, è pari a: 21.842.780,37 Euro (di cui il 97,6% incassato da strutture pubbliche).

Il 59,9% del totale delle prestazioni pubbliche e private è stato erogato a favore di pazienti esenti, il 4,9% a pazienti che pagano solo metà dell'importo ticket (figli fiscalmente a carico dei genitori) e il 2,0% paganti in proprio. Il restante 33,2% delle prestazioni è stato usufruito da pazienti non esenti.

Il nomenclatore tariffario provinciale distingue le prestazioni di specialistica ambulatoriale secondo le diverse branche specialistiche, che si possono raggruppare in tre macro-categorie: diagnostica per immagini (medicina nucleare e radiologia diagnostica), laboratorio, riabilitazione e tutte le altre branche. Analizzando la distribuzione delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche, si osserva che il 61,1% è rappresentato da prestazioni di laboratorio, il 5,8% da prestazioni di diagnostica per immagini, il 7,6% da prestazioni riabilitative e il 25,5% 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 23,1%, prestazioni di diagnostica per immagini 19,0%, riabilitazione 8,6% ed altra attività clinica 49,3%.

Il Pronto Soccorso hanno erogato il 14,1% 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 (72,5%), seguita da diagnostica per immagini (15,8%).

Nel 2015 l'Azienda Sanitaria ha corrisposto alle strutture private o ai liberi professionisti convenzionati 5.414.524,56 Euro, a fronte di un valore tariffario complessivo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime di convenzione pari a 5.938.377,95 Euro.

4.2.2 Mobilità per prestazioni specialistiche

Indicatori di sintesi

- Mobilità attiva: 276.416 prestazioni erogate in Provincia a residenti di altre regioni italiane e 131.232 a residenti all'estero
- Mobilità passiva (2013): 118.867 prestazioni erogate presso strutture di altre regioni italiane e 75.226 presso strutture austriache a favore di residenti in Alto Adige
- Saldo della mobilità attiva e passiva (2013): + 150.067 prestazioni
- Rapporto percentuale tra prestazioni prodotte in Provincia e prestazioni consumate dai residenti altoatesini (2013): 102,7%

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

Nel 2013, in tendenza con gli anni precedenti, la Provincia ha presentato un saldo della mobilità interregionale pari a 150.067 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 1.116.794,91 Euro.

I pazienti non residenti che hanno usufruito maggiormente di prestazioni erogate da strutture provinciali provengono dalla Provincia Autonoma di Trento (32,1%) e dal Veneto (26,8%).

4.3. ASSISTENZA RIABILITATIVA RESIDENZIALE

Indicatori di sintesi

- Ricoveri erogati dal Centro Terapeutico Salus Center: 2.388
- Ricoveri complessivi erogati dal Centro Riabilitativo Bad Bachgart: 390

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 (768 ricoveri), respiratorie (88), oncologiche (79), del sistema osteomuscolare (1.379) e del sistema nervoso (74), che hanno conservato una sufficiente autonomia.

I posti letto complessivi convenzionati per questa tipologia di assistenza riabilitativa ammontano nel 2015 a 114 unità, di cui 4 per la degenza in regime diurno. Nel 2015 sono stati erogati

complessivamente 2.388 ricoveri (+ 1,5% rispetto al 2014 – Tabella 4.3.1).

Il 51,2% dei pazienti è residente presso il Comprensorio sanitario di Bolzano, il 38,9% da quello di Merano; i residenti di Brunico e Bressanone coprono rispettivamente il 6,3% ed il 3,6% del totale dei pazienti trattati nella struttura (Tabella 4.3.2).

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 2015 sono stati registrati complessivamente 390 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: 66.011 (media giornaliera di circa 181 interventi)
- Interventi urgenti prestati dalle ambulanze della Croce Bianca: 52.310 (79,2%)
- Interventi urgenti prestati dalle ambulanze della Croce Rossa: 10.908 (16,5%)
- Interventi prestati dall'Elisoccorso Croce Bianca: 2.024 (3,1%)
- Interventi prestati Aiut Alpin Dolomites: 769 (1,2%)
- Trasporti sanitari programmati: 100.803 (media giornaliera di circa 276 interventi)
- Interventi non urgenti prestati dalle ambulanze della Croce Bianca: 94.913 (94,2%)
- Interventi non urgenti prestati dalle ambulanze della Croce Rossa: 5.781 (5,7%)

Nel 2015 per il trasporto sanitario di persone o materiali, sono stati utilizzati dalle organizzazioni di soccorso Croce Bianca e Croce Rossa 10 automezzi di soccorso medicalizzati (NAW o NEF), 33 automezzi di soccorso avanzato di base (RTW), 7 automezzi di trasporto misto (NKTW), 94 automezzi per il trasporto non urgente (KTW o LKTW) e 41 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 2015 sono stati effettuati 66.011 interventi di Emergenza Sanitaria, pari ad una media giornaliera di circa 181 interventi. Nel 79,2% degli interventi hanno prestato soccorso le ambulanze della Croce Bianca, mentre nel 16,5% sono stati utilizzati automezzi di soccorso della Croce Rossa. Gli interventi di emergenza in elicottero sono stati gestiti dal servizio di Elisoccorso provinciale (3,1%) e dall'organizzazione di soccorso alpino Aiut Alpin Dolomites (1,2%).

Per effettuare gli interventi di emergenza in ambulanza sono stati percorsi nel 2015 oltre un milione e seicentomila chilometri, pari ad una media di circa 27 chilometri per intervento. Sono stati effettuati, inoltre, 2.793 interventi in elicottero, per un numero complessivo di circa 1.700 ore di volo (circa 36 minuti di volo per intervento).

Interventi di Trasporto Sanitario non urgenti

Nel 2015, il servizio di Trasporto Sanitario ha effettuato 100.803 trasporti sanitari programmati, pari ad una media di circa 276 interventi di trasporto al giorno.

Nel 94,2% dei casi sono intervenute le ambulanze di trasporto della Croce Bianca, mentre nel 5,7% sono stati utilizzati automezzi di trasporto sanitario della Croce Rossa.

Per effettuare i trasporti sanitari non urgenti sono stati percorsi nel 2015 circa 4 milioni, per un valore medio di 41 chilometri per ciascun intervento di trasporto.

Gli interventi in elicottero sono stati 109 (per esercitazioni e/o altri interventi non urgenti) per un totale di 137 ore di volo.

4.5. ASSISTENZA FARMACEUTICA

Indicatori di sintesi

- Ricette farmaceutiche erogate dalle farmacie al pubblico: 3.010.541
- - 2,9% il numero di ricette rispetto al 2014
- Confezioni farmaceutiche erogate dalle farmacie al pubblico: 6.319.250
- Spesa lorda complessiva per assistenza farmaceutica territoriale: 61,7 milioni di Euro
- ca. 353.000 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 2015 il volume totale delle prescrizioni farmaceutiche erogate dalle farmacie territoriali in Provincia di Bolzano è rimasto abbastanza costante attestandosi attorno ai 3,0 milioni di ricette, per ca. 6,3 milioni di confezioni farmaceutiche erogate (si registra rispettivamente un leggero calo nel numero di ricette dello 2,9% e un aumento* del 1,4% nel numero di confezioni erogate rispetto all'anno precedente). La spesa lorda complessiva, pari a 61,7 milioni di euro è rimasta invariata.

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 2015, escludendo le strutture residenziali, sono state ca. 353.000 le confezioni farmaceutiche distribuite direttamente ai pazienti dalle strutture sanitarie locali, per un costo di acquisto dei farmaci pari a 48,8 milioni di euro.

*L'art.26 del decreto legge n.90/2014, ha previsto a partire dal 2014 un aumento della prescrizione di medicinali fino a 6 pezzi per singola ricetta, per pazienti cronici.

4.5.1 Consumo territoriale di farmaci

Indicatori di sintesi

- Ricette pro-capite: 5,7
- Ricette erogate a donne: 56,1%
- Confezioni erogate nel solo distretto sanitario di Lana: oltre 290.000
- Dosi giornaliere consumate in media dalla popolazione residente: 686 DDD
- I farmaci per il sistema cardiovascolare sono i più consumati
- 97% over 75 anni consuma farmaci
- Assistiti che assumono statine: ca. 42.000

Nel 2015 il numero di ricette emesse dal Servizio Sanitario Provinciale è rimasto abbastanza costante attestandosi attorno ai 3,0 milioni di ricette, pari a un leggero calo del 2,9% rispetto all'anno precedente. Aumenta invece il numero delle confezioni farmaceutiche erogate (+1,4%) sempre per effetto della modifica, entrata in vigore nel 2014, al numero massimo di confezioni prescrivibili per ricetta.* In termini pro-capite si registrano 5,7 ricette per residente e una media pro-capite di 12,0 confezioni di medicinali.

I dati relativi al consumo di farmaci, evidenziano sostanziali differenze tra i sessi: 5,1 le ricette pro-capite per gli uomini e 6,3 per le donne; 656 dosi giornaliere di medicinali ogni 1.000 maschi residenti (pari a 11,0 confezioni pro-capite) a fronte di 714 dosi giornaliere ogni 1.000 altoatesine (pari a 13,0 confezioni pro-capite nell'intero anno). Sensibili differenze si riscontrano anche tra i diversi ambiti territoriali della provincia: si registra una variabilità che va da 4,2 ricette pro-capite del distretto della Val Gardena ad un massimo di 6,7 ricette pro-capite a Bolzano (nel 2015 Bolzano risulta essere il distretto che registra la diminuzione maggiore rispetto all'anno precedente nel numero medio di ricette pro-capite (nel 2014 si erano registrate 7,1 ricette pro-capite)). 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, Val Passiria e Alta Valle Isarco. 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 54,0% (oltre la metà della popolazione ha assunto almeno un farmaco nel corso del 2015). Nelle età più anziane il consumo di farmaci rimane nettamente maggiore, registrando almeno una prescrizione farmaceutica per quasi la totalità degli over 75 anni (96,9%), 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 (47,2%), seguiti da quelli dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (12,0%). Rispetto ai dosaggi medi in termini di DDD/1.000, i residenti nel distretto sanitario della Val Passiria e di Laives-Bronzolo-Vadena presentano per diverse categorie terapeutiche (Sistema Muscolo-Scheletrico, Sangue e organi emopoietici, Dermatologici ecc..) il consumo più elevato all'interno della provincia: ad es. in Val Passiria nell'uso di antimicrobici generali per uso sistemico il dosaggio medio per popolazione residente del distretto è quasi il doppio rispetto alla media provinciale (21,8 DDD/1000 ab. verso 11,0 DDD/1000 ab.) mentre a Laives-Bronzolo-Vadena si registra il maggior utilizzo di farmaci dermatologici (3,1 DDD/1000 ab. verso 2,2 DDD/1000 ab.)

Le statine, impiegate nel trattamento delle iperlipidemie, farmaci del gruppo terapeutico cardiovascolare e tra i più prescritti sul territorio, necessitano di un utilizzo costante e continuativo nel tempo affinché risultino efficaci in termini terapeutici: analizzando il tasso di abbandono delle statine emerge come negli ultimi tre anni gli abbandoni alla terapia siano stati pari al 21,0% dei pazienti trattati (un 1 paziente ogni 5), segnalando, quindi, per questi casi un utilizzo del farmaco non appropriato. Nel corso degli ultimi anni, il tasso registra una leggera ma continua flessione.

*L'art.26 del decreto legge n.90/2014, ha previsto a partire dal 2014 un aumento della prescrizione di medicinali fino a 6 pezzi per singola ricetta, per pazienti cronici.

4.5.2. Spesa lorda territoriale

Indicatori di sintesi

- Spesa lorda di farmaci erogati da farmacie sul territorio: 61,7 milioni di Euro
- Spesa lorda pro-capite per consumo farmaceutico territoriale: 117 Euro
- Spesa lorda pro-capite minima registrata: 82 Euro (residenti in Val Gardena)
- Spesa lorda pro-capite massima registrata: 140 Euro (residenti a Bolzano)
- Spesa pro-capite per gli uomini altoatesini: oltre il 34% riguarda farmaci per il sistema cardiovascolare
- Pantoprazolo rimane il principio attivo, distribuito dalle farmacie territoriali, che registra la maggiore spesa in Provincia di Bolzano: ca. 2,0 milioni di Euro

La spesa generale lorda per i farmaci distribuiti attraverso le farmacie territoriali nel 2015 e rimborsati dal Servizio Sanitario Provinciale è rimasta costante rispetto all'anno precedente attestandosi attorno a 61,7 milioni di Euro (se considerata la spesa netta, si registra un leggero calo rispetto al 2014 del 0,2%). A livello nazionale*, invece, prosegue anche nel 2015 la tendenza ad un calo più significativo della spesa netta della farmaceutica convenzionata.

Il Servizio Sanitario Provinciale ha speso mediamente circa 117 Euro pro-capite per i farmaci erogati dalle sole farmacie sul territorio (si passa da 82 Euro di spesa lorda pro-capite nel distretto sanitario della Val Gardena a 140 Euro nel distretto di Bolzano). Rispetto all'anno precedente il distretto della Val Badia registra un aumento significativo di 4€ in più pro-capite (rispettivamente si passa da una spesa media di 101€ pro-capite nel 2014 a 105€ pro-capite nel 2015); contrariamente il distretto di Naturno-circondario registra invece la diminuzione maggiore della sua spesa media pari a meno 3€ pro-capite (rispettivamente si passa da 114€ pro-capite nel 2014 a 111€ nel 2015).

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

* Fonte: Federfarma

4.5.3. Distribuzione diretta dei farmaci

Indicatori di sintesi

- 5,7% della popolazione ha ricevuto direttamente dalle strutture sanitarie almeno un farmaco per la cura a domicilio
- I farmaci appartenenti alla categoria 'Apparato gastrointestinale/metabolismo' sono i più distribuiti direttamente dalle strutture sanitarie
- Costo d'acquisto di farmaci erogati direttamente: ca. 48,8 milioni di euro
- Costo d'acquisto di farmaci erogati in strutture residenziali: oltre 2,7 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 2015, non considerando i pazienti assistiti nelle strutture residenziali, il 5,7% della popolazione pari a ca. 30.000 persone, ha ricevuto almeno un farmaco direttamente dalla struttura sanitaria per la cura presso il proprio domicilio. I farmaci più distribuiti, in termini di confezioni, riguardano quelli per la cura delle malattie dell'apparato gastrointestinale/metabolismo seguiti da quelli per il sistema nervoso centrale. All'interno delle strutture residenziali, invece, prevale significativamente la distribuzione di farmaci per il sistema nervoso centrale (oltre il 40% del totale delle confezioni distribuite).

Il principio attivo con maggiore spesa in regime di distribuzione diretta registrato nel 2015 corrisponde al Sofosbuvir (in Italia commercializzato come Sovaldi) farmaco per la cura dell'epatite C, che con 4,1 milioni di euro di costo di acquisto del farmaco rappresenta il 7,9% del totale della spesa. La spesa complessiva relativa ai farmaci erogati attraverso le strutture pubbliche (ospedali, servizi aziendali), è risultata pari a 48,8 milioni di euro. A questi vanno aggiunti un ulteriore 1,0 milione di euro ca. del costo di servizio per la distribuzione di una parte di questi farmaci attraverso le farmacie sul territorio: ca. 122.000 le confezioni distribuite direttamente dalle farmacie per conto dell'Azienda Sanitaria. Il costo di acquisto di farmaci distribuiti all'interno delle strutture residenziali è di oltre 2,7 milioni di euro (oltre la metà della spesa riguarda la distribuzione di farmaci per pazienti ospiti di case di riposo e un terzo per pazienti seguiti in centri psichiatrici).

4.6. ASSISTENZA IN HOSPICE

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

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

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

4.6.1. 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: 92,9%
- % di accessi in hospice negli ultimi tre giorni di vita: 17,1%

Sono due le strutture provinciali che erogano assistenza in regime di Hospice: il servizio Hospice e cure palliative presso l'ospedale di Bolzano ed il 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, 1,4 la media nazionale.

L'accesso all'assistenza è praticamente immediato, con tempi di attesa medi di un giorno. Il 92,9% degli assistiti accede all'Hospice entro tre giorni dalla ricezione della richiesta da parte della struttura. Un accesso su 6 avviene negli ultimi tre giorni di vita (17,1%).

4.6.2. Attività di Hospice

Indicatori di sintesi

- Accessi all'assistenza in Hospice: 673
- Giornate di assistenza in regime di Hospice: 7.007
- Degenza media in regime di Hospice: 15,4 giorni
- % di accessi oncologici sul totale degli accessi: 90,2%

Sono stati 673 gli accessi in Hospice nel corso del 2014, 278 dei quali in Day Hospice. Le giornate di assistenza erogate sono state 7.007 (943 in Day Hospice) per una durata media dell'assistenza pari a 15,4 giorni.

I pazienti con diagnosi oncologica hanno rappresentato la quasi totalità degli accessi in Hospice (90,2%) ed il dolore correlato a neoplasia è stato il segno/sintomo clinico che ha caratterizzato nella maggior parte dei casi la presa in carico (48,9%). Altri segni e sintomi clinici importanti alla base della presa in carico sono state altre dispnee e anomalie respiratorie (11,0%) e altro malessere e affaticamento (14,0%).

Nel 61,4% dei casi il motivo non clinico che ha caratterizzato la presa in carico è stato l'assenza del care-giver, nel 29,1% l'inadeguatezza dell'abitazione.

La macroprestazione che sinteticamente più descrive l'assistenza erogata è appunto il controllo del dolore (56,9%), seguita dal controllo della dispnea (11,4%) e dal controllo dei sintomi gastro-enterici (8,6%).

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: 203.371
- Accessi che hanno dato luogo a ricovero: 23.871, pari al 11,7%

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

Nel corso del 2015, sono stati rilevati complessivamente 203.371 accessi ai servizi di pronto soccorso degli ospedali pubblici provinciali di Bolzano, Merano, Bressanone, Brunico, Vipiteno, San Candido e Silandro; i dati degli ospedali di Bolzano e Brunico sono però attualmente incompleti.

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 16,1% osservato presso l'Ospedale di Bolzano, 12,0% osservato presso l'Ospedale di Bressanone e 11,2% a Silandro, al 6,7% di San Candido. Tali differenze sono imputabili in parte alla diversa procedura organizzativa di ricovero, alla diversa organizzazione del servizio e in parte alle diverse modalità di rilevazione degli accessi complessivi e di quelli esitati in ricovero.

5.2 ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI

Indicatori di sintesi

- Posti letto per acuti: 1.727, pari a 3,3 per 1.000 abitanti superiore allo standard nazionale di 3,0 posti letto per acuti per 1.000 abitanti
- Posti letto per attività diurno: 177
- Ricoveri per acuti: 83.128 complessivi, 65.685 in regime ordinario, 17.433 in regime diurno
- Tasso di ospedalizzazione: 150,9 ricoveri acuti per 1.000 abitanti (118,5 in regime ordinario e 32,4 in diurno)

Nel 2015 le strutture provinciali hanno fatto fronte alla domanda di ricovero con una dotazione complessiva di 1.727 posti letto per acuti (di cui il 95% pubblici), pari a 3,3 per 1.000 abitanti superiore allo standard nazionale di 3,0 posti letto per acuti per 1.000 abitanti (D.L. "Spending review" 6 luglio 2012, n. 95 – indicatore provinciale calcolato con i posti letto pubblici e quelli privati convenzionati con l'Azienda sanitaria).

All'attività in diurno sono stati riservati 177 posti letto. Negli istituti di cura erano, inoltre, disponibili 68 culle, collocate tutte presso le strutture di ricovero pubbliche (Tabella 5.2.1).

Nel 2015 sono stati effettuati 83.128 ricoveri per acuti dei quali 65.685 (79,0%) in regime ordinario e 17.443 (21,0%) in regime diurno. Si precisa che sono considerati ricoveri acuti, in sintonia con la definizione adottata a livello ministeriale, i casi dimessi da reparti diversi dalle unità di recupero e riabilitazione funzionale e lungodegenza, esclusi i 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 93.120 ricoveri del 2010 a 83.128 ricoveri del 2015 registrando un calo negli ultimi sei anni pari al 12,0%. (Tabella 5.2.6).

Il 96,9% dei ricoveri per acuti è avvenuto negli ospedali pubblici. Rispetto al 1996 la quota di ricoveri ordinari prodotta dagli ospedali pubblici è aumentata progressivamente attestandosi negli ultimi anni su valori superiori al 97%.

Il tasso di ospedalizzazione dei residenti in Provincia Autonoma di Bolzano nel 2015 è stato di 150,9 ricoveri acuti per 1.000 abitanti (118,5 relativi al regime ordinario e 32,4 a quello diurno - per i ricoveri effettuati in Provincia sono considerati nel calcolo i ricoveri effettuati in strutture pubbliche e presso reparti convenzionati delle case di cura private, per i ricoveri extraprovinciali sono inclusi i ricoveri all'estero). Nel complesso il tasso di ospedalizzazione dei residenti si attesta al di sotto del valore di 160 ricoveri per 1.000 abitanti indicato come obiettivo dalla programmazione nazionale (D.L. “Spending review” 6 luglio 2012, n. 95), a seguito di un progressivo calo a partire dal dal 2007 (Tabella 5.2.9).

Calcolando il tasso di ospedalizzazione standardizzato per sesso ed età, ossia tenendo conto della struttura per età della popolazione, la Provincia Autonoma di Bolzano registra un tasso pari a circa 158 ricoveri per 1.000 abitanti, con in particolare il Comprensorio Sanitario di Brunico risulta il comprensorio con il maggior ricorso all'ospedalizzazione (180,9) (Tabella 5.2.10).

Per i confronti con le altre regioni italiane si rinvia al rapporto sui ricoveri del primo semestre 2015 del Ministero della Salute, più precisamente alle Tavole dalla 5.10 alla 5.14, consultabili alla pagina del sito:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1237&area=ricoveriOspedali&menu=vuoto .

5.2.1. Regime ordinario

Indicatori di sintesi

- Ricoveri per acuti in regime ordinario: 65.685 nel complesso; 63.768 nelle strutture pubbliche; 1.917 nelle strutture private
- Giornate di degenza dei ricoveri per acuti in regime ordinario: 436.748 nel complesso; 424.438 nelle strutture pubbliche; 12.310 nelle strutture private

- Tasso di utilizzo dei posti letto nelle strutture pubbliche: 78,2%
- Degenza media nelle strutture pubbliche: 6,7
- Intervallo di turn-over nelle strutture pubbliche: 1,8
- Indice di rotazione nelle strutture pubbliche: 44,2
- Degenza media equivalente nelle strutture pubbliche: 5,8
- Peso medio per ricovero nelle strutture pubbliche: 1,15
- Indice di case-mix nelle strutture pubbliche: 0,99
- Indice comparativo di performance: 0,84
- Ricoveri brevi di 1 giorno: 6.119 nel complesso; 5.590 nelle strutture pubbliche; 529 nelle strutture private

Nel 2015 si registra un nuovo decremento della produzione di ricovero in regime ordinario sia negli ospedali pubblici che negli istituti privati.

Nel corso del 2015, sono stati effettuati 65.685 ricoveri in regime ordinario dagli istituti di cura della Provincia Autonoma di Bolzano, per un consumo complessivo di 436.748 giornate di degenza. Il 97,1% dei ricoveri ordinari è avvenuto negli ospedali pubblici, per un consumo di giornate di degenza anch'esso pari al 97,2% del totale. Il 40,1% dei ricoveri complessivi è stato effettuato presso l'Ospedale Centrale di Bolzano (Tabella 5.2.13).

Il 36,8% dei ricoveri in regime ordinario è relativo a pazienti della fascia d'età 30-64 anni, mentre il 29,5% dei pazienti aveva più di 75 anni (Tabella 5.2.14).

Complessivamente sono stati utilizzati posti letto per il 78,2% del tempo disponibile; ciascun letto, infatti, nel corso dell'anno è stato occupato da 44,2 pazienti diversi, mediamente quindi sono passati 1,8 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 2015 pari a 6,7), quindi, in linea anche con i valori nazionali del 2014 (6,9 giorni) (Tabella 5.2.15).

Gli ospedali pubblici provinciali hanno un grado di complessità calcolato con il sistema di pesi DRG (peso medio degli ospedali pubblici della Provincia Autonoma di Bolzano pari a 1,15) leggermente inferiore allo standard nazionale (peso medio ricoveri ordinari 1,17 nel primo semestre 2015). Nel 2015, infatti, l'indice di case-mix è stato pari a 0,99 per gli ospedali pubblici, assumendo il valore più basso nell'ospedale di Brunico (0,85). Nel complesso, gli ospedali pubblici della Provincia mostrano una performance migliore della media nazionale. (Tabella 5.2.16).

Complessivamente i ricoveri ordinari di 1 giorno sono 6.119 (4.226 non urgenti) pari al 9,3% di tutti i ricoveri ordinari (Tabella 5.2.19).

Relativamente alla tipologia di attività erogata, si osserva che sono stati attribuiti a DRG medici

il 64,4% dei ricoveri ordinari effettuati negli istituti di cura provinciali. Percentuali relativamente elevate tra gli istituti pubblici si evidenziano per l'Ospedale di Silandro (72,3%) e l'Ospedale di Brunico (68,8%) (Tabella 5.2.18).

Sono sufficienti 16 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" (5,8% del totale dei ricoveri), seguito dal DRG 544 "Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori" (3,4% del totale dei ricoveri). (Tabella 5.2.20).

5.2.2. Regime diurno

Indicatori di sintesi

- Ricoveri per acuti in regime diurno: 17.433 nel complesso, 16.744 nelle strutture pubbliche; 699 nelle strutture private
- Accessi dei ricoveri per acuti in regime diurno: 33.573 nel complesso, 32.874 nelle strutture pubbliche; 699 nelle strutture private
- Ricoveri per acuti in regime diurno con DRG medico: 5.633 nel complesso, 5.587 nelle strutture pubbliche; 46 nelle strutture private
- Ricoveri per acuti in regime diurno con DRG chirurgico: 11.810 nel complesso, 11.157 nelle strutture pubbliche; 653 nelle strutture private

Nel 2015 la produzione in regime diurno è stata di 17.433 ricoveri, in diminuzione rispetto al 2014. Il 96,0% dei ricoveri è avvenuto negli ospedali pubblici provinciali. I posti letto dedicati all'attività diurna, sono, infatti, quasi esclusivamente pubblici (171 pubblici versus 10 privati). Mediamente per ogni ricovero diurno medico sono stati effettuati 3,5 accessi nelle strutture pubbliche (Tabella 5.2.21).

La casistica che è stata trattata in regime diurno aveva per il 51,6% dei casi un'età compresa tra i 30 e i 64 anni, mentre il 24,8% aveva un'età superiore ai 64 anni (Tabella 5.2.22).

L'attività in regime diurno è stata prevalentemente di tipo chirurgico, sono stati, infatti, 11.810 i ricoveri attribuiti a DRG chirurgico corrispondente al 67,8% di tutta la produzione in regime diurno. Presso gli Ospedali di Silandro, San Candido, Merano e Brunico si rilevano punte con percentuali superiori al 75% (Tabella 5.2.23).

Il motivo principale del trattamento in regime diurno chirurgico è costituito dagli "Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione" (DRG 503) con il 9,0% dei ricoveri, seguito da "Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia" (DRG 381) con il 7,9% dei ricoveri. 8 DRG di intervento chirurgico "spiegano" circa il 50% circa dei ricoveri diurni chirurgici eseguiti in Provincia di Bolzano.

Gli accessi in regime diurno medico sono avvenuti prevalentemente per "Estrazioni e riparazioni

dentali" (DRG 187) che raccoglie il 7,3% dei casi (Tabella 5.2.24).

5.2.4. Mobilità ospedaliera

Indicatori di sintesi

- Ricoveri effettuati nelle strutture provinciali per residenti fuori Provincia: 7.922
- Ricoveri di residenti in Provincia effettuati in strutture nel resto d'Italia: 3.617 (anno 2013, ultimo dato disponibile)
- Ricoveri di residenti in Provincia effettuati in strutture austriache: 1.973
- Indice di attrazione per i ricoveri per acuti in regime ordinario e diurno: 9,5%
- Indice di fuga per i ricoveri per acuti, in regime ordinario e diurno: 8,0%

Nel complesso le strutture provinciali hanno prodotto nel corso dell'anno 83.128 ricoveri in regime ordinario e diurno di cui 7.922 per residenti fuori Provincia.

Nello stesso periodo i residenti hanno consumato complessivamente 81.751 ricoveri in regime ordinario e diurno, di cui 3.617 in quelle presenti in altre regioni/province d'Italia (anno 2013, ultimo dato disponibile), 1.973 in quelle austriache e 965 in istituti di cura presenti in altre nazioni (dato riferito all'anno 2014).

L'indice di attrazione per i ricoveri per acuti in regime ordinario e diurno, è stato pari a 9,5% per la mobilità attiva extraprovinciale.

L'indice di fuga per i ricoveri per acuti, in regime ordinario e diurno, è stato pari a 8,0% per la mobilità passiva extraprovinciale (di cui 4,4% verso il resto d'Italia, 2,4% verso l'Austria e 1,2% verso altre nazioni).

Nel corso del 2015, i ricoveri di pazienti altoatesini presso strutture convenzionate in Austria sono stati complessivamente 1.973, con un leggero decremento del 0,8% circa rispetto al 2014. Complessivamente sono state consumate 13.596 giornate di degenza nei ricoveri ordinari.

Tra le categorie di diagnosi più frequenti troviamo Leucemia linfoide (11,8% dei ricoveri) e Ipertensione essenziale (8,4% dei ricoveri) (Tabella 5.2.31).

La Clinica universitaria di Innsbruck, nel 2015, ha accolto 1.919 ricoveri (1.484 ordinari e 435 diurni) corrispondenti al 97,3% dei ricoveri di altoatesini in strutture convenzionate austriache. Le unità operative in cui si registrano più ricoveri sono state quelle di Pediatria (29,0% del totale ricoveri) e Chirurgia 1 (7,3%) - (Tabella 5.2.32).

5.3. ASSISTENZA OSPEDALIERA PER POST ACUTI

Indicatori di sintesi

- Posti letto convenzionati per post-acuti: 342 pari a 0,66 per 1.000 abitanti
- Ricoveri per post-acuti: 5.190

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

All'assistenza ospedaliera per i post-acuti sono stati riservati complessivamente 342 posti letto convenzionati nel 2015 così suddivisi: 131 presso strutture pubbliche (38,3%) e 211 presso strutture private (61,7%) (Tabella 5.3). Rispetto al 2014, complessivamente il numero di posti letto convenzionati è salito di 10 unità.

5.3.1. Riabilitazione fisica e neurologica

Indicatori di sintesi

- Posti letto convenzionati per la riabilitazione fisica: 166 pari a 0,32 per 1.000 abitanti
- Posti letto convenzionati per la neuroriabilitazione: 29 pari a 0,06 per 1.000 abitanti
- Ricoveri per il recupero e riabilitazione funzionale: 2.688
- Ricoveri per la neuroriabilitazione: 256
- Ricoveri di residenti in riabilitazione presso strutture italiane extraprovinciali (2013): 212 (194 riabilitazione fisica e 18 neuroriabilitazione)
- Ricoveri di residenti in riabilitazione presso strutture austriache: 48

Nel 2015 sono stati registrati complessivamente 2.688 ricoveri (2.534 in regime ordinario e 154 in regime diurno) nelle unità operative di Recupero e Riabilitazione funzionale (codice reparto 56) e 256 ricoveri nelle unità operative di Neuroriabilitazione (codice reparto 75).

Il 70,2% dei ricoveri ordinari di recupero e riabilitazione funzionale (codice reparto 56) è stato effettuato presso le strutture private accreditate della Provincia, mentre il rimanente 29,8% presso quelle pubbliche. La degenza media dei ricoveri a livello provinciale si è attestata a 20,5 giorni. I ricoveri in regime diurno hanno rappresentato il 5,7% dei ricoveri complessivi (Tabelle 5.3.1 e 5.3.2).

Il 63,7% 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 30% alla categoria MDC 1 "Malattie e disturbi del sistema nervoso". L'

80,5% dei ricoveri diurni fa riferimento, invece, alla categoria MDC 1 "Malattie e disturbi del sistema nervoso".

L'88,7% dei ricoveri è stato di tipo post-acuto, il 10,5% di mantenimento e il restante 0,8% di valutazione (Tabella 5.3.3)

Il 61,7% dei ricoveri ha riguardato le macro-categorie delle patologie ortopediche (amputazioni, artropatie, algie, patologie ortopedico traumatologiche), il 28,7% le patologie neurologiche (ictus, cerebropatie, neuropatie, mielopatie) e il rimanente 9,6% le altre patologie (Tabella 5.3.4).

Il punteggio medio FIM totale all'ingresso è risultato pari a 75,2 punti. Sotto tale valore si sono collocati la Casa di Cura Bonvicini (66,0 punti) e la Casa di Cura Villa Melitta (71,8 punti). Per contro, il punteggio medio più alto si è riscontrato presso l'Ospedale di Vipiteno (92,8 punti) seguito dall'Ospedale di Bolzano (88,1 punti). Il punteggio medio FIM totale alla dimissione è stato pari a 92,6 punti; l'Ospedale di Bolzano ha mostrato l'incremento medio più alto (Tabella 5.3.5).

I ricoveri nelle unità operative di Neuroriabilitazione (codice reparto 75) sono risultati 256 (206 in regime ordinario e 50 in regime diurno), di cui 82 presso l'Ospedale di Bolzano, 9 presso l'Ospedale di Bressanone, 57 presso l'Ospedale di Brunico, 91 presso l'Ospedale di Vipiteno e 17 presso la Casa di Cura Villa Melitta, con una degenza media pari a 43,0 giorni (Tabella 5.3.9).

I punteggi medi FIM totale all'ingresso (49,1 punti) e alla dimissione (72,7 punti) hanno presentato valori inferiori rispetto ai ricoveri di Recupero e Riabilitazione funzionale. L'incremento medio dei punteggi (GAP-FIM) è risultato pari a 23,6, mentre quello medio giornaliero (efficienza) è stato pari a 0,6 punti (Tabella 5.3.10).

5.3.2. Lungodegenza

Indicatori di sintesi

- Posti letto convenzionati per la lungodegenza: 147 pari a 0,28 per 1.000 abitanti
- Ricoveri in lungodegenza: 2.246
- Ricoveri di residenti in lungodegenza presso strutture italiane extraprovinciali (2013): 19

Presso i reparti di Lungodegenza (codice reparto 60) sono stati registrati 2.246 ricoveri, con una degenza media pari a 21,2 giorni (Tabella 5.3.15). Le categorie diagnostiche principali più frequenti dei ricoveri di lungodegenza post-acuzie sono state le "Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo" (41,6%) e le "Malattie e disturbi del sistema nervoso" (15,5%) (Tabella 5.3.16).