



# Documento programmatico per la definizione del fabbisogno sanitario

Periodo 2021-2024

Novembre 2021

A cura dell'Ufficio Assistenza sanitaria e dell'Osservatorio per la Salute  
Ripartizione Salute – Provincia Autonoma di Bolzano  
assistenzasanitaria@provincia.bz.it – tel. 0471-418070

## Indice

1	Premesse e Obiettivi .....	4
2	Quadro normativo .....	5
3	La pandemia Covid-19 in Provincia di Bolzano .....	6
4	I piani di riorganizzazione del Servizio sanitario della Provincia di Bolzano in emergenza Covid-19.....	8
5	L'impatto della pandemia Covid-19 sull'attività sanitaria in Provincia di Bolzano .....	9
5.1	Assistenza ospedaliera per acuti.....	9
5.2	Assistenza ospedaliera per post acuti .....	12
5.2.1	Riabilitazione (unità operativa codice 56) .....	12
5.2.2	Neuroriabilitazione (unità operativa codice 75).....	15
5.2.3	Lungodegenza (unità operativa codice 60).....	18
5.3	Assistenza sanitaria specialistica ambulatoriale .....	21
5.4	Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige.....	24
6	Definizione dei fabbisogni sanitari per le attività di prevenzione e sanità pubblica, per l'assistenza distrettuale e quella ospedaliera.....	26
6.1	Assistenza ospedaliera in acuzie e post acuzie nel periodo pre-pandemia .....	26
6.1.1	Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige.....	27
6.2	Programmazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale .....	28
6.2.1	Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige.....	28
6.3	Programmazione assistenza sanitaria e sociosanitaria sul territorio in regime ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale .....	30
6.3.1	Cure primarie e assistenza sanitaria sul territorio.....	30
6.3.2	Cure domiciliari .....	31
6.3.3	Cure palliative .....	33
6.3.4	Cure intermedie .....	34
6.3.5	Salute mentale .....	34
6.3.6	Assistenza sanitaria nel settore delle dipendenze .....	40
6.3.7	Assistenza a persone malate di AIDS e altre patologie croniche derivanti dall'abuso di sostanze tossiche .....	42
6.4	Ulteriori fabbisogni sanitari .....	42

## 1 Premesse e Obiettivi

Con **deliberazione della Giunta provinciale (di seguito DGP) 17 febbraio 2003, n. 406**, viene approvato, **all'Allegato A**, il documento **“Disciplina dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti sanitari”**. Questo documento regola, tra gli altri, l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti, in attuazione degli articoli 37, 39 e 40 della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7 e s.m.i..

L'articolo 39, comma 2 della succitata legge provinciale prevede che la Giunta Provinciale determini:

- a. **i parametri relativi ai fabbisogni sanitari**, con riferimento alle esigenze sanitarie individuate nella programmazione provinciale, per permettere di valutare le strutture da accreditare rispetto agli indirizzi programmatori;
- b. i criteri per la valutazione, anche sulla base di indicatori, dell'attività svolta e dei risultati raggiunti dalle strutture accreditate ai fini del mantenimento dell'accreditamento;
- c. i requisiti ulteriori di qualificazione, da confermare o aggiornare almeno ogni tre anni.

Il **fabbisogno sanitario complessivo** è definito periodicamente dal Piano sanitario provinciale e dai diversi Piani di settore. Al di fuori di questi, è stata elaborata la **DGP n. 1544 del 22 dicembre 2015** la quale ha definito **i parametri relativi al fabbisogno sanitario ai fini della programmazione** ed i criteri di valutazione dell'attività svolta, anche ai fini della concessione e del rinnovo dell'accreditamento istituzionale.

In particolare, nella delibera sono stati definiti:

- a. i parametri relativi ai fabbisogni sanitari, con riferimento alle esigenze sanitarie per le attività ospedaliere ed ambulatoriali, nonché per alcune attività territoriali, per permettere di valutare le strutture da accreditare rispetto agli indirizzi programmatori;
- b. i criteri per la valutazione dell'attività svolta e dei risultati raggiunti ai fini dell'accreditamento;
- c. i criteri per la definizione degli accordi contrattuali da parte dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige con le strutture private, necessari a fronte del fatto che la qualità di soggetto accreditato non costituisce, da sola, diritto a sottoscrivere un accordo contrattuale con l'Azienda.

Con riferimento alle convenzioni con erogatori privati si osserva qui la disposizione di cui al primo periodo dell'articolo 15, comma 14 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito in legge 7 agosto 2012, n. 135. Essa impone il rispetto di un limite al tetto di spesa per privati convenzionati, indicando a tal fine una determinata e precisa percentuale di risparmio annuale rispetto alla spesa consuntivata all'anno 2011<sup>1</sup>.

Partendo soprattutto dall'analisi delle mancate prestazioni causate dalla pandemia Covid-19, il presente documento si pone l'obiettivo di introdurre l'applicazione di una procedura standardizzata per la definizione del fabbisogno, basata in prima **linea sulla stima periodica dei dati disponibili**.

All'analisi dei dati si affiancano, in questa operazione, **i parametri** di dimensionamento delle strutture in funzione del bacino di utenza, fissati sia a livello nazionale (seppur nell'ambito dell'autonomia organizzativa provinciale), sia quelli introdotti a livello locale dal Piano sanitario provinciale e dai conseguenti piani e atti attuativi di settore in vigore.

---

<sup>1</sup> Il riferimento normativo che ha imposto il rispetto del limite al tetto di spesa per i privati convenzionati è il DL n. 95 del 06.07.2012, articolo 15, comma 14, primo periodo: “Ai contratti e agli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014”.

Infine, la determinazione del fabbisogno di prestazioni e di strutture, finalizzata alla possibilità da parte dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige di concludere eventualmente ulteriori accordi contrattuali con gli erogatori privati di prestazioni sanitarie o di rimodulare periodicamente accordi già esistenti efficientando sempre più il sistema dell'offerta, deve tener conto dei seguenti **criteri di valutazione** generali che permettono la contestualizzazione dei dati disponibili:

- a. l'attuale configurazione dell'offerta e della sua dislocazione territoriale;
- b. l'effettivo livello della domanda;
- c. le risorse disponibili;
- d. i volumi di attività erogati;
- e. i flussi di mobilità intraregionale e intracomprendoriali;
- f. i tempi d'attesa rilevati nelle principali prestazioni;
- g. nonché le esigenze rappresentate dall'Azienda sanitaria, in accordo con i singoli Comprensori, rispetto al proprio territorio per le prestazioni ambulatoriali.

## 2 Quadro normativo

Con **DGP n. 13 del 29 novembre 2016** la Provincia di Bolzano ha approvato il **Piano sanitario provinciale 2016-2020**, in cui sono definite le principali strategie per garantire nel tempo un'assistenza sanitaria di alto livello qualitativo. In particolare, è prioritario garantire un'assistenza sanitaria capillare in tutto il territorio provinciale, assicurare a tutti un accesso adeguato alla medicina di alta specializzazione, strutturare l'assistenza sanitaria come sistema integrato fra soggetti diversi, pubblici, privati e del volontariato. Presupposti fondamentali a tale scopo sono il coordinamento e l'ottimizzazione dell'erogazione delle prestazioni e dei servizi all'interno della rete delle strutture sanitarie di tutto il territorio provinciale. L'obiettivo primario, infatti, è di integrare l'assistenza attuale, prestata soprattutto negli ospedali e incentrata prevalentemente sulle acuzie e sull'attesa, **con un'assistenza sanitaria territoriale proattiva, erogata il più vicino possibile alla persona e più rispondente al reale fabbisogno.**

È seguito quindi il **Masterplan Chronic Care**, approvato con **DGP n. 1281 del 04 dicembre 2018**, il quale traccia le direttive del potenziamento dei servizi e delle attività organizzate sul territorio. La Provincia Autonoma di Bolzano, attraverso il suddetto piano, si prefigge di potenziare l'attuale modello di assistenza alle persone affetti da cronicità con particolare riferimento alle persone non autosufficienti, promuovendo un maggiore dialogo tra i servizi sanitari ed i servizi sociali e tra i servizi extraospedalieri e quelli ospedalieri. In particolare, promuove il rafforzamento delle prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (attivazione dei posti letto di cure intermedie, case della salute) e il rafforzamento delle cure domiciliari, che devono essere implementate in tutte le loro forme, anche con la partecipazione del privato.

Nell'ambito delle cure domiciliari risulta fondamentale l'integrazione con gli interventi di tipo sociale, perché solo così si potrà realmente raggiungere la piena autonomia e indipendenza della persona anziana/disabile presso la propria abitazione, e ridurre le istituzionalizzazioni inappropriate.

La pandemia ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale e di integrazione, che in futuro saranno sempre più aggravati dall'aumento della domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto.

Vi sono ancora delle disparità sul territorio provinciale nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio, un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali e tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni.

Anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica, che ha evidenziato con chiarezza la necessità di rafforzare la capacità del Servizio sanitario di fornire servizi adeguati sul territorio, l'obiettivo principale nei prossimi anni dovrà essere il potenziamento del Servizio sanitario provinciale, attraverso in particolare:

- l'organizzazione di reti di servizi allineate ai bisogni della comunità e dei pazienti

- il rafforzamento delle strutture e dei servizi sanitari di prossimità e dei servizi domiciliari, garantendo tra questi massima integrazione e omogeneizzazione sul territorio.

La Provincia di Bolzano ha dato ulteriore impulso in questa direzione, attraverso la presentazione al Ministero della salute del “**Piano di potenziamento e riorganizzazione dell’assistenza territoriale**”, redatto secondo le indicazioni dell’articolo 1 del Decreto-Legge n. 34 del 19 maggio 2020 e della Legge n. 77 del 17 luglio 2020. Il Piano, recepito nel programma operativo richiamato all’articolo 18, comma 1, del Decreto-Legge n. 18 del 17 marzo 2020, **approvato con DGP n. 677 del 02 settembre 2020**, prevede in particolare i seguenti obiettivi principali:

- istituzione e funzionamento delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA);
- potenziamento dell’assistenza domiciliare integrata o equivalenti;
- rafforzamento dei servizi infermieristici, in particolare dell’infermiere di famiglia;
- l’attivazione dell’unità operativa di coordinamento (UOC).

Altro importante piano di settore che punta al potenziamento dell’integrazione di tutti i servizi sanitari e sociosanitari che operano sul territorio promuovendo percorsi assistenziali integrati è **il Piano della rete riabilitativa 2020-2025 (DGP n. 480 del 30 giugno 2020)**. Esso propone un nuovo disegno della riabilitazione, con misure di risultato e criteri di appropriatezza per promuovere un “percorso assistenziale integrato” da inserire in un progetto riabilitativo condiviso, che si realizza attraverso la rete riabilitativa provinciale e le diverse figure professionali attive sul territorio che operano tutti in sintonia, favorendo l’integrazione ospedale-territorio, quale garanzia di continuità delle cure.

La rete riabilitativa provinciale è costituita da strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate e convenzionate, ambulatoriali e di ricovero, che rispondono ai bisogni di riabilitazione conseguenti a esiti disabilitanti/patologie cronico-degenerative oppure traumi, interventi chirurgici, patologie acute o riacutizzate.

Un ulteriore ed importante tassello nel quadro di potenziamento dell’assistenza territoriale sono **le Cure intermedie**, quale nuovo setting assistenziale (Ospedale di Comunità), ovvero strutture sanitarie della rete territoriale destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica per degenze di breve durata.

Per l’area della salute mentale, in particolare per l’assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico, un importante atto programmatico di riferimento è il documento “**Diagnosi, trattamento ed assistenza di persone affette da disturbo dello spettro autistico (DSA)**”. Si tratta di un piano provinciale per un’assistenza basata sui bisogni nel corso di tutta la vita, che è stato approvato **con DGP n. 638 del 23 luglio 2019**, predisposto in attuazione dell’accordo n.53/CU sancito dalla Conferenza Unificata “Aggiornamento delle Linee guida nazionali di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nei disturbi dello spettro autistico”. L’obiettivo del piano è riorganizzare, potenziare ed integrare modelli assistenziali e i servizi sociosanitari a livello provinciale a favore delle persone affette da disturbo dello spettro autistico, attraverso una definizione del relativo fabbisogno.

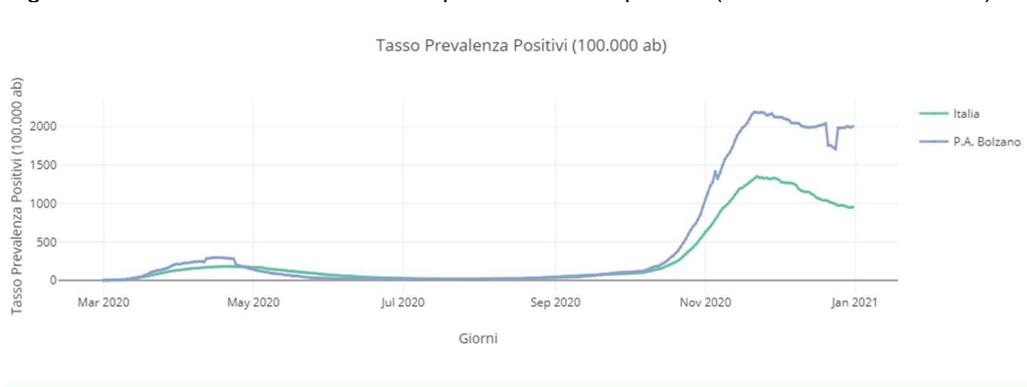
Per le persone affette da disturbi del comportamento alimentare, fenomeno peraltro in crescita, anche la Provincia di Bolzano ha definito in apposita deliberazione (**DGP n. 858 del 5 ottobre 2021**) la rete dei servizi per la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) in Provincia di Bolzano, in cui si evidenzia la necessità di potenziare la terapia ambulatoriale intensiva erogabile in centri diurni e l’assistenza riabilitativa residenziale a carattere estensivo. Disporre sul territorio di strutture residenziali e semiresidenziali, nonché di centri diurni che svolgono un importante ruolo nell’ambito della continuità delle cure e della minimizzazione del rischio di cronicizzazione della malattia, costituisce per la Provincia di Bolzano una priorità da perseguire.

### 3 La pandemia Covid-19 in Provincia di Bolzano

Fin dal mese di marzo 2020, la provincia di Bolzano ha dovuto fronteggiare la pandemia da COVID-19. Il tasso di prevalenza dei positivi è passato da valori poco sotto 300 per 100 mila abitanti nella seconda decade del mese di aprile a valori sotto 20 tra giugno e luglio per poi

risalire a partire dal mese di ottobre, arrivando a punte di oltre 2000 tra metà novembre ed inizio dicembre, risultando superiore anche al valore nazionale (Figura 3.1).

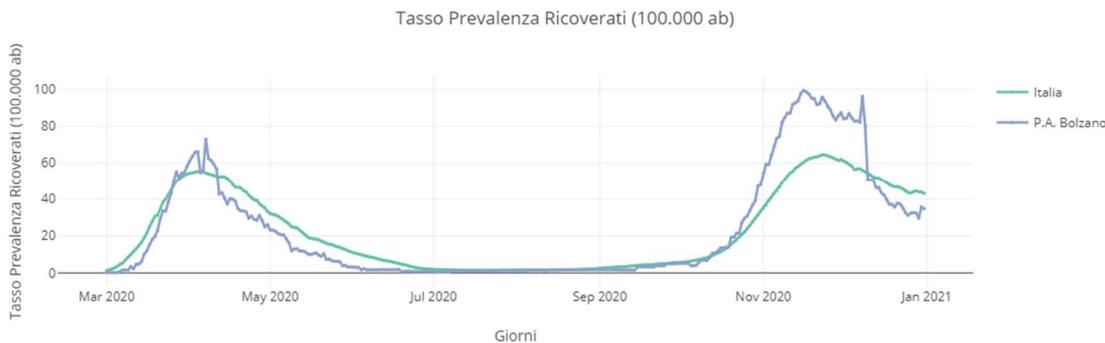
Figura 3.1 – Andamento del tasso di prevalenza dei positivi (marzo-dicembre 2020)



Fonte: Associazione Italiana Epidemiologia, Monitoraggio e Analisi dei Dati dell'Epidemia (MADE)

L'impatto ospedaliero, si è tradotto in un tasso di prevalenza di ricoverati di oltre 70 per 100 mila abitanti ad inizio aprile, sceso poi a valori decisamente minimi durante i mesi estivi, ma risalito successivamente fino ad arrivare a circa 100 nel mese di novembre, valore superiore al tasso nazionale (Figura 3.2).

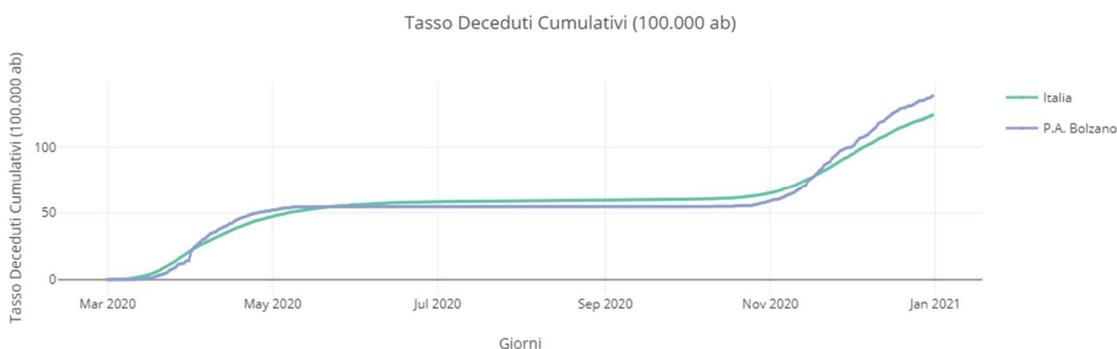
Figura 3.2 – Andamento del tasso di prevalenza dei ricoverati (marzo-dicembre 2020)



Fonte: Associazione Italiana Epidemiologia, Monitoraggio e Analisi dei Dati dell'Epidemia (MADE)

Il numero di decessi COVID ha evidenziato un trend crescente da marzo a maggio, rimanendo sostanzialmente invariato da giugno a ottobre, per poi risalire tra novembre e dicembre in misura più marcata rispetto ai mesi iniziali. A fine dicembre, il tasso cumulato di decessi COVID è risultato pari a 139 per 100 mila abitanti, superiore al dato nazionale pari a 124 (Figura 3.3)

Figura 3.3 – Andamento del tasso cumulato di decessi (marzo-dicembre 2020)



Fonte: Associazione Italiana Epidemiologia, Monitoraggio e Analisi dei Dati dell'Epidemia (MADE)

## 4 I piani di riorganizzazione del Servizio sanitario della Provincia di Bolzano in emergenza Covid-19

La recente pandemia Covid-19 ha visto l'Italia tra i Paesi maggiormente colpiti dal virus e l'emergenza epidemiologica ha messo in chiara evidenza che il presupposto fondamentale per il governo dell'impatto della pandemia sul servizio sanitario, fosse rappresentato da una rete territoriale strutturata, adeguatamente coordinata e integrata con il sistema ospedaliero e con la rete dell'emergenza urgenza.

Nella prima fase emergenziale di Covid-19, al fine di adeguare l'offerta assistenziale alla domanda, sono state utilizzate più leve:

- la sospensione dell'attività ordinaria di ricovero ospedaliero e della specialistica ambulatoriale, che potevano essere procrastinate;
- la riconversione di diverse unità operative e sale operatorie;
- riorganizzazione delle aree di degenza;
- l'attivazione di posti letto per la gestione dei pazienti Covid-19.

La Provincia di Bolzano ha potuto affrontare la prima fase della pandemia in sicurezza sia grazie ad una adeguata dotazione di partenza di posti letto, in particolare di area medica, ma anche grazie ad un'accelerazione della messa in funzione della nuova clinica, adiacente all'Ospedale di Bolzano, che ha permesso di far entrare a regime le terapie intensive Covid.

Per fronteggiare adeguatamente l'emergenza epidemica in corso, attraverso l'incremento dell'attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, come previsto dall'art. 2 del Decreto-Legge n. 34 del 19 maggio 2020, convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020, recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", la Provincia di Bolzano ha approvato con **DGP n. 437 del 16 giugno 2020 il "Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19"**.

Le misure di riordino della rete ospedaliera e dei percorsi organizzativi hanno l'obiettivo di rafforzare strutturalmente il servizio sanitario provinciale in ambito ospedaliero e rendere organici e strutturali gran parte degli interventi che sempre di più devono andare verso l'intensità di cura e la continuità assistenziale multidisciplinare e multiprofessionale.

Le terapie intensive sono state dunque adattate ai nuovi standard previsti dal Decreto-legge 34/2020, convertito in Legge n. 77/2020, dello 0,14 posti letto per mille abitanti, portando ad attivare e attrezzare 77 posti letto di terapia intensiva (con un aumento di 40 posti letto rispetto ai 37 preesistenti) e 37 posti letto di area semi-intensiva, scaturiti dalla riconversione di posti letto di malattie infettive e pneumologia, dotandoli di impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione.

Tuttavia, solo una ridefinizione della rete ospedaliera pubblica e privata in un'ottica di integrazione con i servizi del territorio potrà oggi offrire una risposta adeguata alla crescente domanda di assistenza non solo riferita alla situazione infettivologica in corso, ma anche a quella relativa all'attività ordinaria, che ha visto una significativa riduzione.

Diventa prioritario, pertanto, fin da subito riprogrammare i servizi sanitari ed andare verso un recupero delle attività ordinarie di chirurgia a medio-alta complessità (di cui permanga l'evidenza della necessità sulla base di valutazioni da parte dell'Azienda sanitaria), delle visite specialistiche, della diagnostica, delle attività di riabilitazione fisica e lungodegenza post acuzie e ridefinire anche i percorsi assistenziali.

Infine, sempre in reazione alla pandemia, nel dicembre 2020 con DLP n.1050 è stato approvato il Piano operativo della Provincia Autonoma di Bolzano ai sensi dell'articolo 29 Decreto-Legge n. 104/2020 convertito in Legge del 13.10.2020, n. 126, il c.d. **Piano operativo per il recupero delle liste di attesa**.

Al fine di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, di screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica e, contestualmente, per abbattere i tempi di attesa ad essi riferiti, l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige si è attivata, a livello operativo, attraverso una serie di misure, meglio esplicitate nel suddetto Piano.

Infine, un importante documento di riferimento è il **Piano nazionale di ripresa e resilienza** (di seguito denominato "PNRR"/**Recovery Plan**), che riporta un dettagliato resoconto delle riforme che il Paese intende avviare, entro il 2026, per risollevare l'economia interna dalla crisi provocata dalla pandemia da coronavirus e che darà diritto a ricevere i finanziamenti messi a disposizione dall'Unione Europea.

Le riforme da attuare e i relativi investimenti sono organizzati in 6 missioni, suddivise per aree tematiche, e 16 componenti.

In particolare, per la Missione 6 Salute sono stanziati **15,6 miliardi** per garantire a tutti i cittadini l'accesso alle cure mediche e potenziare la rete di strutture e servizi sanitari. L'obiettivo è quello di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure.

Il ripensamento della sanità pubblica in una prospettiva profonda e radicale anche nella Provincia autonoma di Bolzano è quindi adesso strettamente legato al PNRR e alla sua realizzazione a livello provinciale. Il perno della nuova sanità sarà l'assistenza domiciliare e con la spinta del finanziamento (a livello nazionale, ben 4 miliardi dei 15,6 complessivi previsti per la Missione Salute) si dovrà curare a casa il 10% dei cronici e/o non autosufficienti over 65 entro la metà del 2026. Altri capisaldi all'interno del filone "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" sono le **Case della Comunità** per un investimento di 2 mld € e il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (**Ospedali di Comunità**): 1 mld €. Per attuare concretamente questo cambio di rotta è stato previsto un fortissimo investimento nella **telemedicina**, lo strumento tecnologico che permetterà di ammodernare le possibilità di comunicazione e trasferimento dei dati. Per l'aggiornamento tecnologico e digitale sono previsti a livello nazionale 7,36 mld €.

## 5 L'impatto della pandemia Covid-19 sull'attività sanitaria in Provincia di Bolzano

È noto l'impatto che la pandemia da Covid-19 ha avuto sulla mortalità e sul sistema sanitario, ma è ormai altrettanto noto anche l'impatto indiretto che la stessa ha avuto su diversi ambiti assistenziali. Essa ha messo a nudo alcune carenze organizzative degli ospedali che a volte hanno reso più difficile l'accesso a pazienti non-Covid. Sorte simile hanno avuto le strutture ambulatoriali, particolarmente quelle dislocate all'interno delle strutture ospedaliere. Anche il personale medico, infermieristico ed in generale sanitario è stato concentrato sulla cura degli effetti del virus, provocando una riduzione significativa delle attività nell'assistenza ordinaria e programmata.

Di seguito è presentata un'analisi dei dati per l'assistenza ospedaliera in regime di ricovero e per l'assistenza specialistica ambulatoriale, con l'obiettivo di analizzare l'impatto del COVID-19, sul sistema sanitario della Provincia di Bolzano, attraverso un confronto dei dati osservati nel 2020 con quelli del biennio 2018/2019 attraverso sia la variazione a livello assoluto che percentuale.

Sono stati individuati tre differenti periodi di osservazioni:

- marzo – maggio 2020 (prima ondata COVID-19)
- giugno – settembre 2020 (periodo di "recupero")
- ottobre – dicembre 2020 (seconda ondata COVID-19).

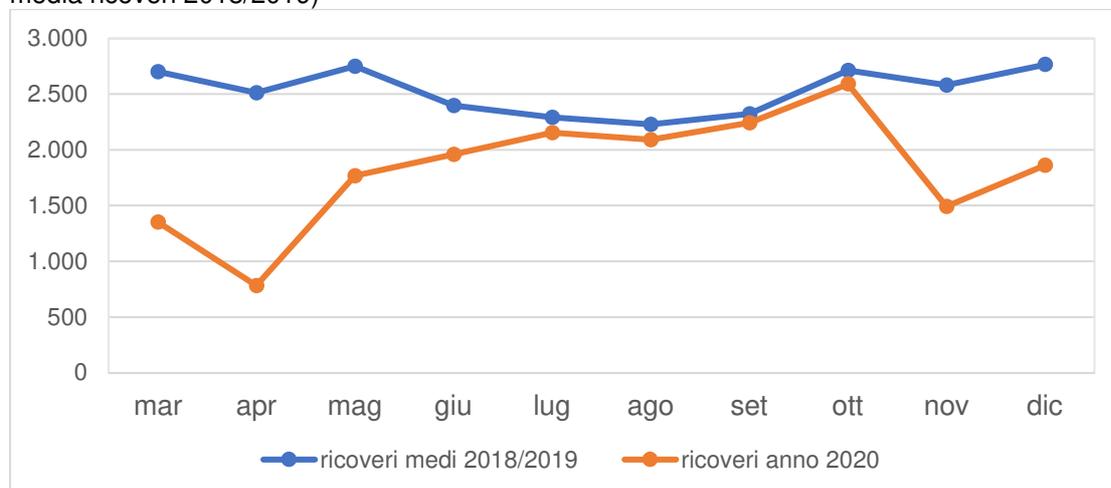
I dati sono estratti a partire dai flussi amministrativi sanitari gestiti dall'Osservatorio per la Salute della Ripartizione Salute della Provincia di Bolzano, alimentati dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, che costituiscono anche debito informativo verso NSIS ("Nuovo Sistema Informativo Sanitario") a livello nazionale.

### 5.1 Assistenza ospedaliera per acuti

In generale l'attività ospedaliera per acuti ha registrato **un calo del 21,7% complessivo** per il periodo **marzo-dicembre 2020** se confrontato con la media dei ricoveri dello stesso periodo degli anni 2018 e 2019. Il calo è più marcato nei primi tre mesi di analisi (marzo-maggio), dove si registra una diminuzione del 35,1% dei ricoveri per acuti (oltre 7.300 ricoveri in meno rispetto

allo stesso trimestre degli anni 2018/2019). Concentrando l'attenzione sui soli ricoveri **programmati per acuti di soli pazienti residenti**, emerge un calo del 51% per i primi tre mesi di osservazione, mentre il calo delle attività programmate è risultato meno incisivo nei tre mesi successivi (Figura 5.1).

Figura 5.1 – Ricoveri programmati per acuti in provincia di Bolzano per la popolazione residente (2020 vs media ricoveri 2018/2019)



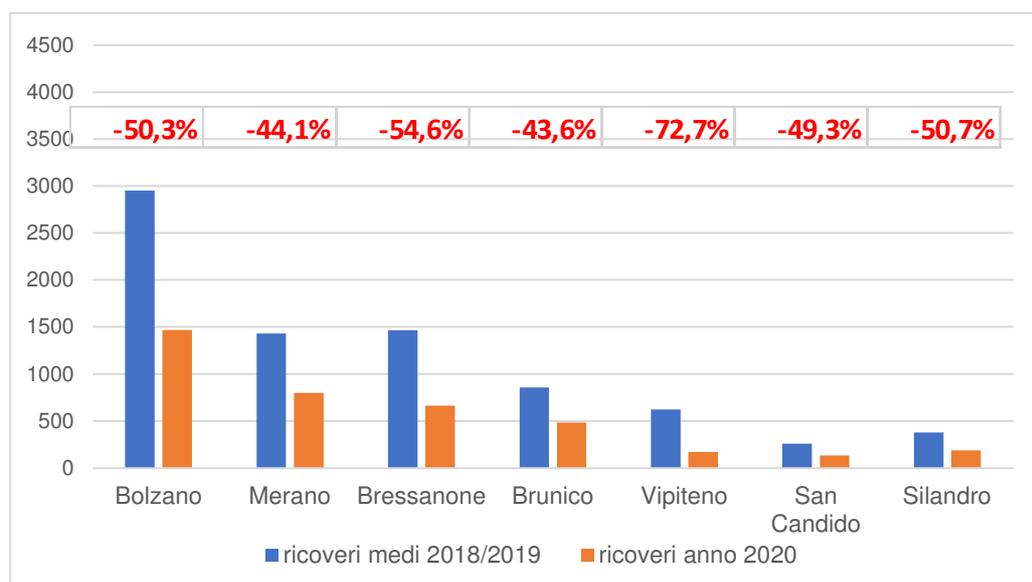
Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Il calo complessivo dell'attività di ricovero programmata per il periodo marzo-dicembre 2020 rispetto allo stesso periodo degli anni 2018 e 2019 si attesta al **-27,6%**.

Verificando nel dettaglio per i sette ospedali pubblici, emerge un impatto non omogeneo della riduzione dei ricoveri nelle strutture, sia nel primo periodo di emergenza (Figura 5.2), sia nella fase di cosiddetto "recupero" (Figura 5.3) che infine nella fase della cosiddetta seconda ondata (periodo ottobre-dicembre – Figura 5.4).

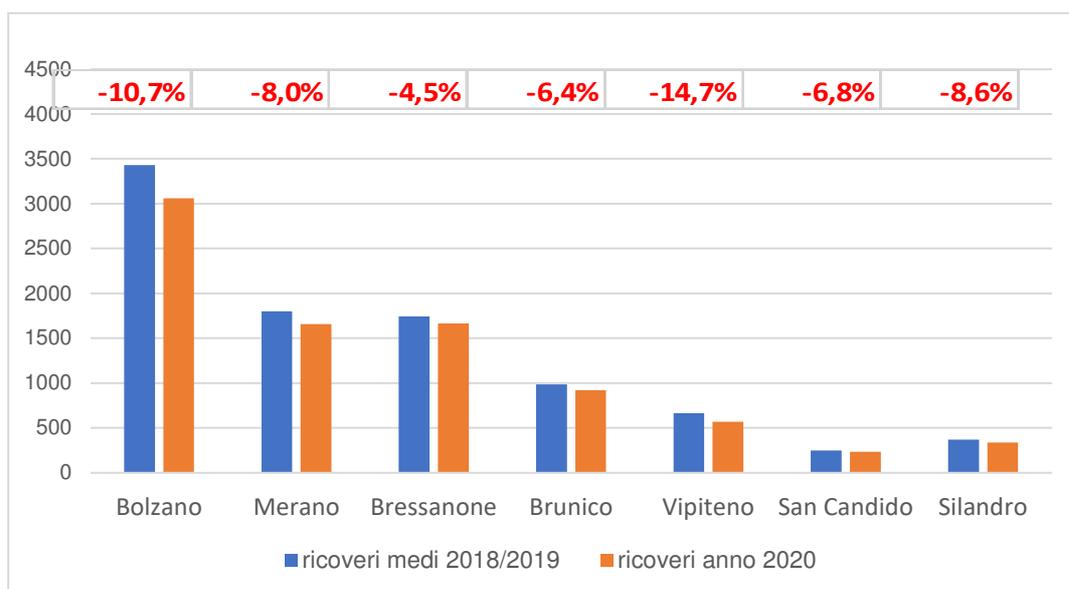
L'ospedale di Vipiteno risulta essere quello con la riduzione maggiore della sua attività abituale di ricoveri programmati nel primo periodo di analisi, con oltre il 72% in meno rispetto alla media dello stesso periodo degli anni 2018/2019. Nel periodo giugno-settembre nessuna delle strutture riesce a recuperare l'attività persa durante la fase 1 della pandemia, e nessuna riesce neppure a raggiungere i livelli di attività degli anni precedenti.

Figura 5.2 – Ricoveri programmati per acuti di residenti in provincia di Bolzano (2020 vs media ricoveri 2018/2019) – 1<sup>a</sup> ondata marzo-maggio



Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

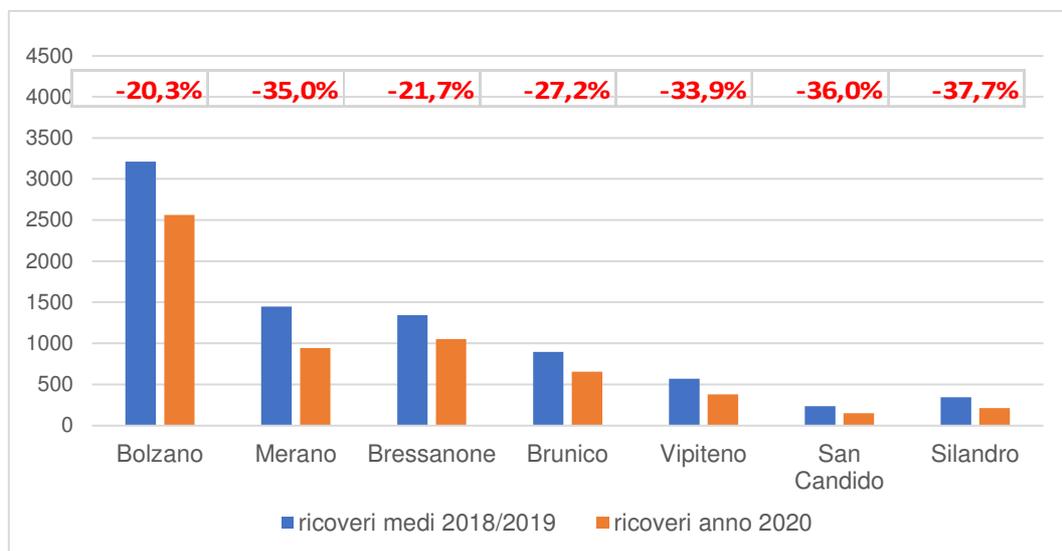
Figura 5.3 – Ricoveri programmati per acuti di residenti in provincia di Bolzano (2020 vs media ricoveri 2018/2019) - giugno-settembre



Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Nel periodo della seconda ondata, si registra di nuovo un calo generalizzato dei ricoveri programmati, con punte che raggiungono o superano il **-35%** negli ospedali di Merano, San Candido e Silandro.

Figura 5.4 – Ricoveri programmati per acuti di residenti in provincia di Bolzano (2020 vs media ricoveri 2018/2019) – 2<sup>a</sup> ondata ottobre-dicembre



Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Nell'analisi dei ricoveri programmati presso le strutture pubbliche della Provincia per residenza dei pazienti (Tabella 5.1), emerge – soprattutto nel primo trimestre di analisi - un calo maggiore per i pazienti residenti dei Comprensori sanitari di Bolzano (-56%) e Bressanone (-55%). La popolazione afferente al Comprensorio sanitario di Brunico sembra aver "sofferto" della mancanza di disponibilità per ricoveri programmati in maniera "meno grave", sebbene comunque per essa risulti nel periodo marzo-maggio 2020 un calo del 40% dei ricoveri programmati. Come osservato nell'analisi per singola struttura di ricovero, il calo risulta meno incisivo nel periodo estivo (giugno-settembre), con la popolazione afferente al Comprensorio sanitario di Bressanone ad aver subito il calo minore (-2%) rispetto al resto della popolazione provinciale.

Il periodo della seconda ondata pandemica ha visto in particolare un calo dell'attività di ricovero programmata per i pazienti residenti nel Comprensorio sanitario di Merano, mentre per il restante territorio, il calo si è assestato ovunque con valori inferiori al 25%.

Tabella 5.1- Riduzione % dei ricoveri programmati per acuti di pazienti residenti nel periodo marzo-dicembre 2020, rispetto alla media dei ricoveri dello stesso periodo degli anni 2018 e 2019, per Comprensorio sanitario di residenza

Periodo	Comprensorio sanitario di residenza				Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	
1 <sup>a</sup> ondata marzo - maggio	-55,8 %	-47,2%	-54,6%	-40,1%	<b>-51,0%</b>
Giugno-settembre	-14,1%	-5,7%	-2,1%	-5,8%	<b>-8,7%</b>
2 <sup>a</sup> ondata ottobre - dicembre	-24,5%	-33,3%	-22,5%	-23,0%	<b>-26,1%</b>
<b>Marzo – dicembre 2020</b>	<b>-30,5%</b>	<b>-27,5%</b>	<b>-25,1%</b>	<b>-22,1%</b>	<b>-27,6%</b>

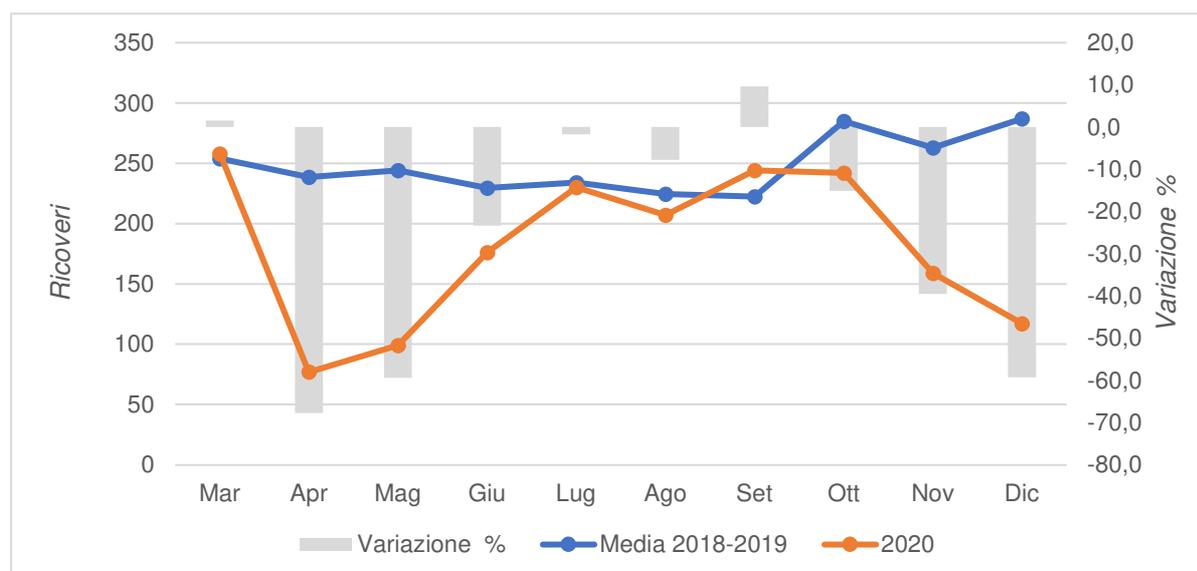
Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

## 5.2 Assistenza ospedaliera per post acuti

### 5.2.1 Riabilitazione (unità operativa codice 56)

Confrontando la media degli anni 2018-2019 dei ricoveri in riabilitazione post acuta con i valori del periodo marzo-dicembre 2020, si evidenzia **una riduzione complessiva del 27,1%**. Il calo è marcato nei primi tre mesi di analisi (1<sup>a</sup> ondata marzo-maggio) e negli ultimi mesi (2<sup>a</sup> ondata ottobre-dicembre), dove si osserva una diminuzione attorno al 40% (per ciascuno dei due periodi, ha significato una riduzione di circa 300 ricoveri rispetto allo stesso trimestre degli anni 2018/2019). Durante il periodo di recupero giugno-settembre tale riduzione è stata minore, pari al 6%. Complessivamente si sono registrati **673 ricoveri in meno** (Figura 5.5).

Figura 5.5 – Ricoveri di riabilitazione erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente (2020 vs media 2018/2019)



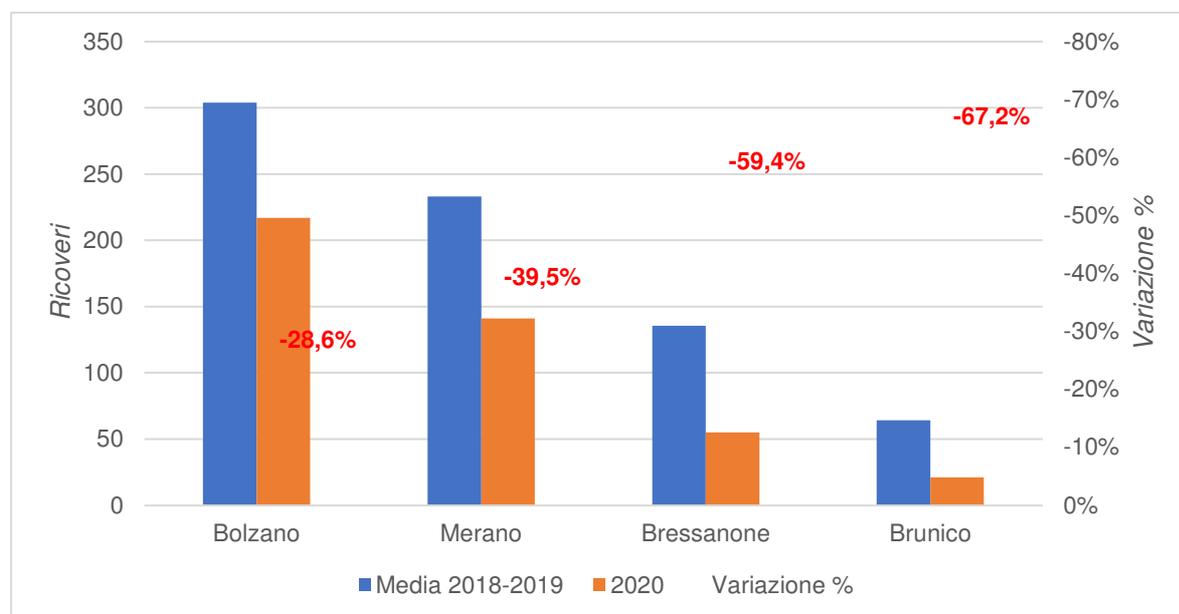
Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

A livello comprensoriale, si osservano diverse tendenze nel corso dei tre periodi che hanno caratterizzato l'evoluzione della pandemia. Nel corso della 1<sup>a</sup> ondata (marzo-maggio) la riduzione è stata maggiore per i comprensori di Bressanone e Brunico con valori ben oltre il 50%; mentre

i comprensori di Merano e Bolzano hanno riportato una riduzione dei ricoveri inferiore (Figura 5.6). Nel corso del periodo giugno-settembre, solo il comprensorio di Merano ha evidenziato la riduzione maggiore, oltre il 20%, mentre le riduzioni sono state contenute per Bressanone e Brunico; per contro invece il comprensorio di Bolzano ha evidenziato un incremento pari all'8%, grazie al contributo delle strutture private accreditate (Figura 5.7). Infine, nel terzo periodo (2<sup>a</sup> ondata ottobre-dicembre), il calo maggiore, oltre il 60%, ha riguardato nuovamente il comprensorio di Brunico, mentre Bolzano e Bressanone si sono attestate attorno al 40%; per contro invece Merano si è posizionata su valori simili a quelli del periodo tra giugno e settembre. (Figura 5.8).

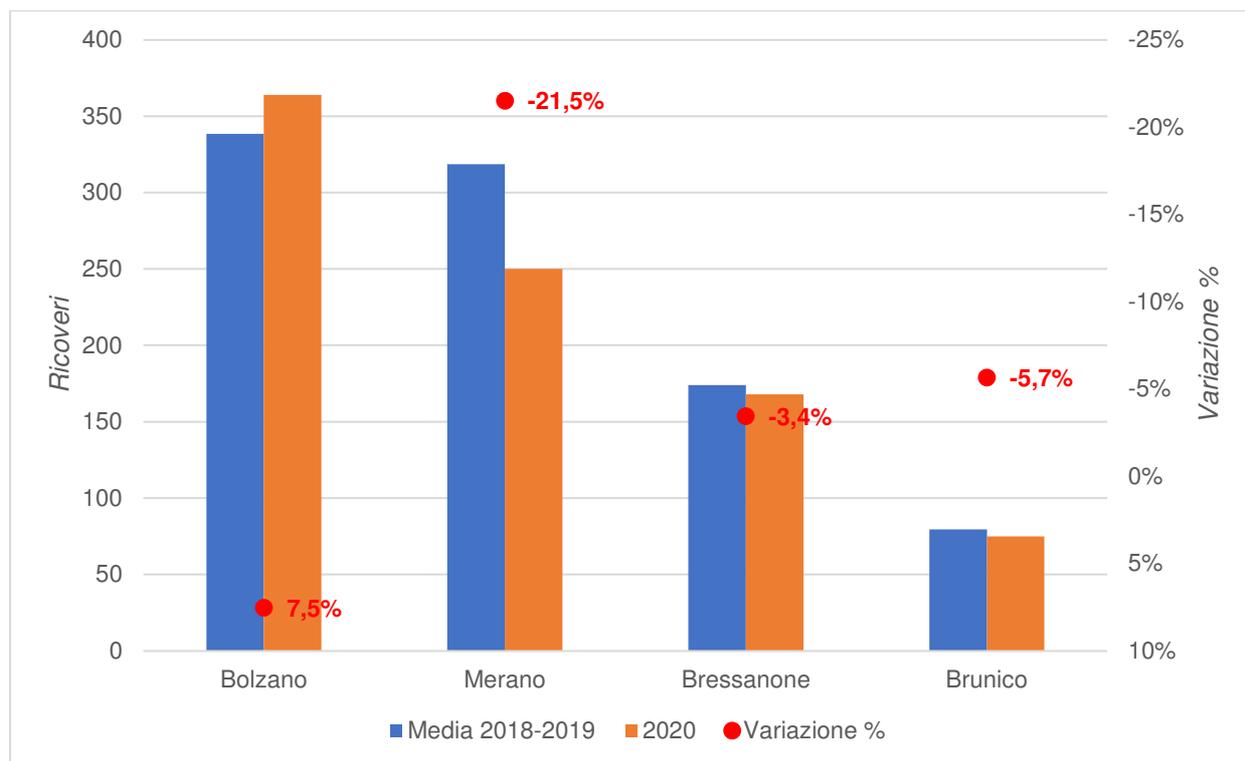
Se valutiamo l'impatto, sulla base della residenza del paziente, emerge come coloro che hanno risentito in misura inferiore delle conseguenze della pandemia nei diversi periodi considerati, sono i residenti nel comprensorio sanitario di Bolzano, che complessivamente da marzo a dicembre ha subito delle riduzioni attorno al 18%, contrariamente agli altri comprensori dove le variazioni si sono attestate tra il 30% e 40% (Tabella 5.2).

Figura 5.6 – Ricoveri di riabilitazione di residenti per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) – 1<sup>a</sup> ondata marzo-maggio



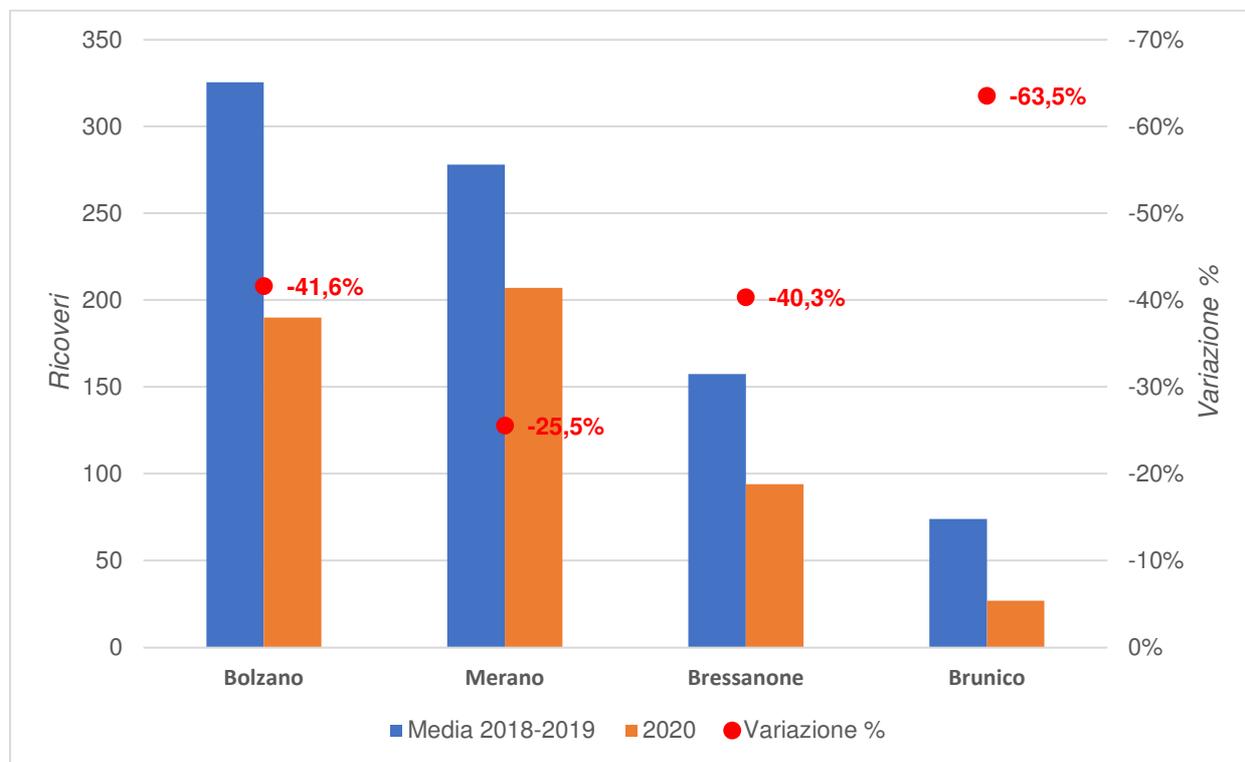
Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Figura 5.7 – Ricoveri di riabilitazione di residenti per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) - **periodo giugno-settembre**



Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Figura 5.8 – Ricoveri di riabilitazione di residenti per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) – **2ª ondata ottobre-dicembre**



Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Tabella 5.2 Ricoveri di riabilitazione erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente suddivise per comprensorio di residenza (2020 vs media 2018/2019 - variazione percentuale)

Periodo	Comprensorio sanitario di residenza				Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	
1 <sup>a</sup> ondata marzo - maggio	-65,4%	-64,9%	-44,8%	-33,3%	-58,9%
Giugno-settembre	+6,7%	-25,7%	-5,1%	-6,9%	-6,9%
2 <sup>a</sup> ondata ottobre - dicembre	-28,8%	-42,1%	-41,8%	-60,8%	-38,0%
<b>Marzo – dicembre 2020</b>	<b>-17,8%</b>	<b>-33,8%</b>	<b>-32,7%</b>	<b>-43,0%</b>	<b>-27,1%</b>

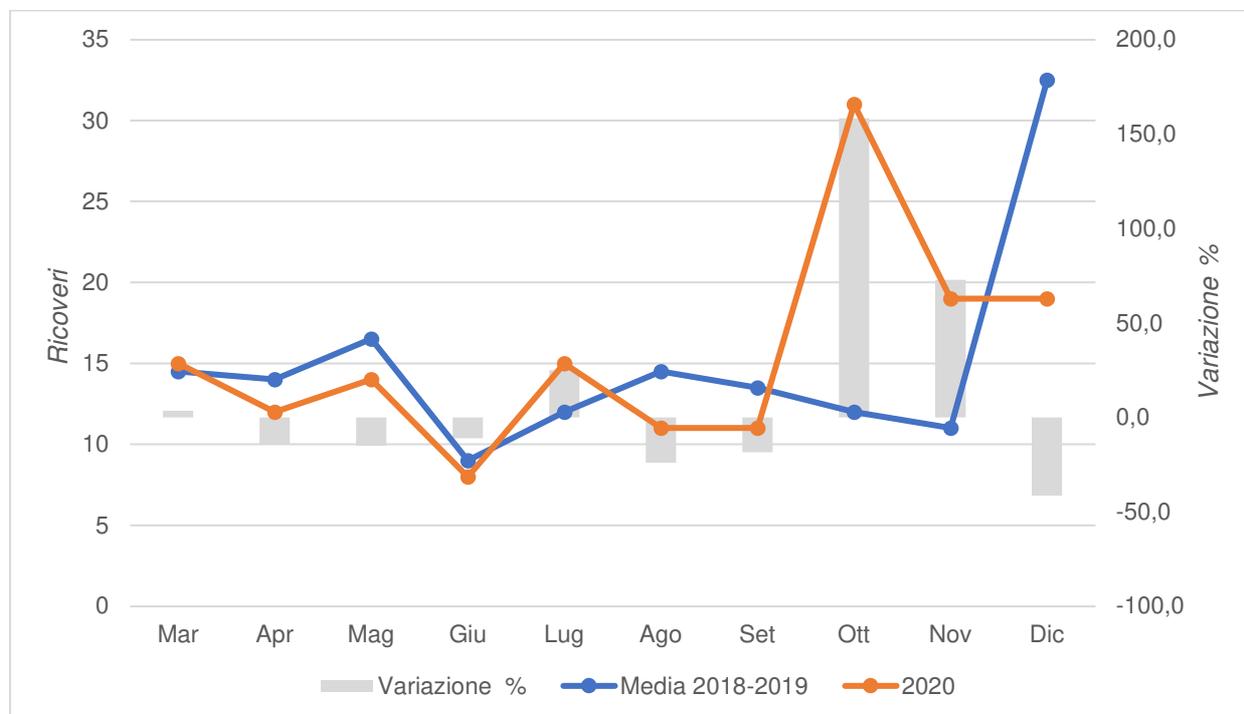
Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

### 5.2.2 Neuroriabilitazione (unità operativa codice 75)

Il numero di ricoveri erogati presso le unità operative di neuroriabilitazione è stato caratterizzato da **un leggero incremento del 3,7%** per il periodo marzo-dicembre 2020 se confrontato con la media degli anni 2018 e 2019.

Il dato risente dell'aumento osservato nell'ultimo periodo dell'anno (2<sup>a</sup> ondata ottobre-dicembre) pari al 24%, che si è contrapposto alle riduzioni dei periodi precedenti pari al 10% sia per i mesi della prima ondata (marzo-maggio) che nel periodo di recupero (giugno-settembre). Complessivamente vi sono stati **5 ricoveri in più** rispetto allo stesso trimestre degli anni 2018/2019 (Figura 5.9).

Figura 5.9 – Ricoveri di neuroriabilitazione erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente (2020 vs media 2018/2019)



Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

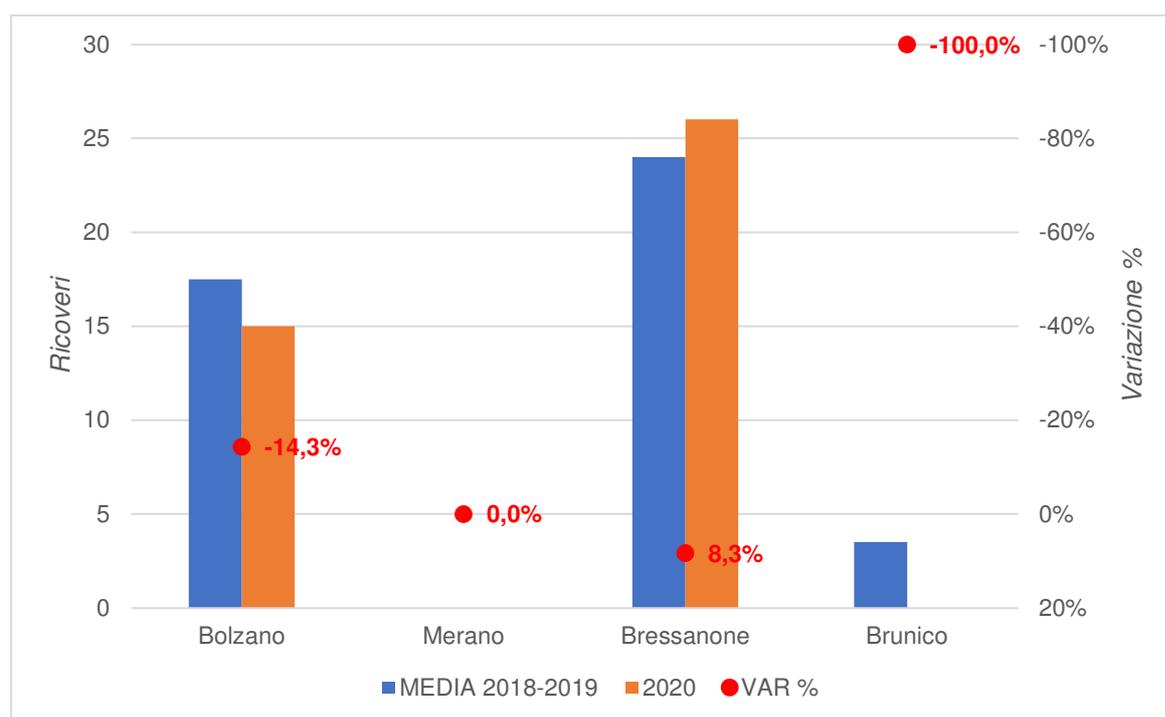
L'analisi dei ricoveri, che segue, si riferisce esclusivamente ai comprensori di Bolzano e Bressanone. Presso il comprensorio di Merano, infatti, non vi sono strutture con attive unità

operative di neuroriabilitazione e presso il comprensorio di Brunico nel 2019 i volumi di ricovero sono stati minimi (quest'ultimo, comunque in linea con il piano della rete riabilitativa, che prevede la dismissione dell'unità di neuroriabilitazione). Inoltre, bisogna considerare che le variazioni percentuali risentono in alcuni casi di numerosità ridotte.

Nel corso della 1<sup>a</sup> ondata (marzo-maggio), i due comprensori hanno osservato andamenti contrapposti; da un lato un aumento dell'8% per Bressanone e dall'altro una riduzione del 14% per il comprensorio di Bolzano (Figura 5.10). Nel corso del periodo giugno-settembre, non solo la tendenza è rimasta uguale, ma è aumentata in termini di rilevanza percentuale; infatti, il comprensorio di Bressanone ha evidenziato un aumento del 31% a fronte di una riduzione di oltre il 40% per il comprensorio di Bolzano (Figura 5.11). Tale contrapposizione è proseguita anche nel terzo periodo (2<sup>a</sup> ondata ottobre-dicembre), in misura più marcata con una riduzione del 34% per Bolzano e con un aumento di oltre il doppio per il comprensorio di Bressanone (Figura 5.12).

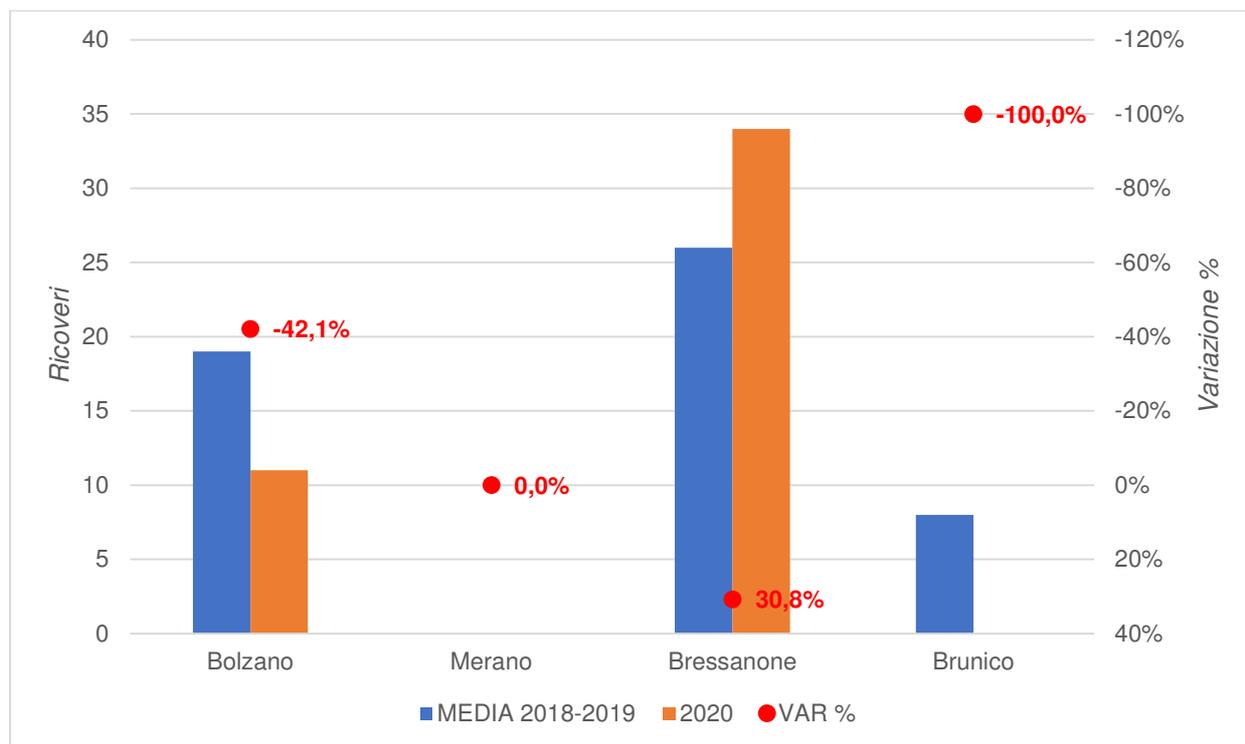
L'analisi per comprensorio di residenza del paziente mette in luce una sostanziale stabilità per il comprensorio di Bolzano, un incremento di oltre il 40% per il comprensorio di Merano, realizzatosi dai mesi di maggio in poi, ed una riduzione simile, inferiore al 20% per i comprensori di Bressanone e Brunico (Tabella 5.3).

Figura 5.10 – Ricoveri di neuroriabilitazione erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente suddivise per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) – 1<sup>a</sup> ondata marzo-maggio



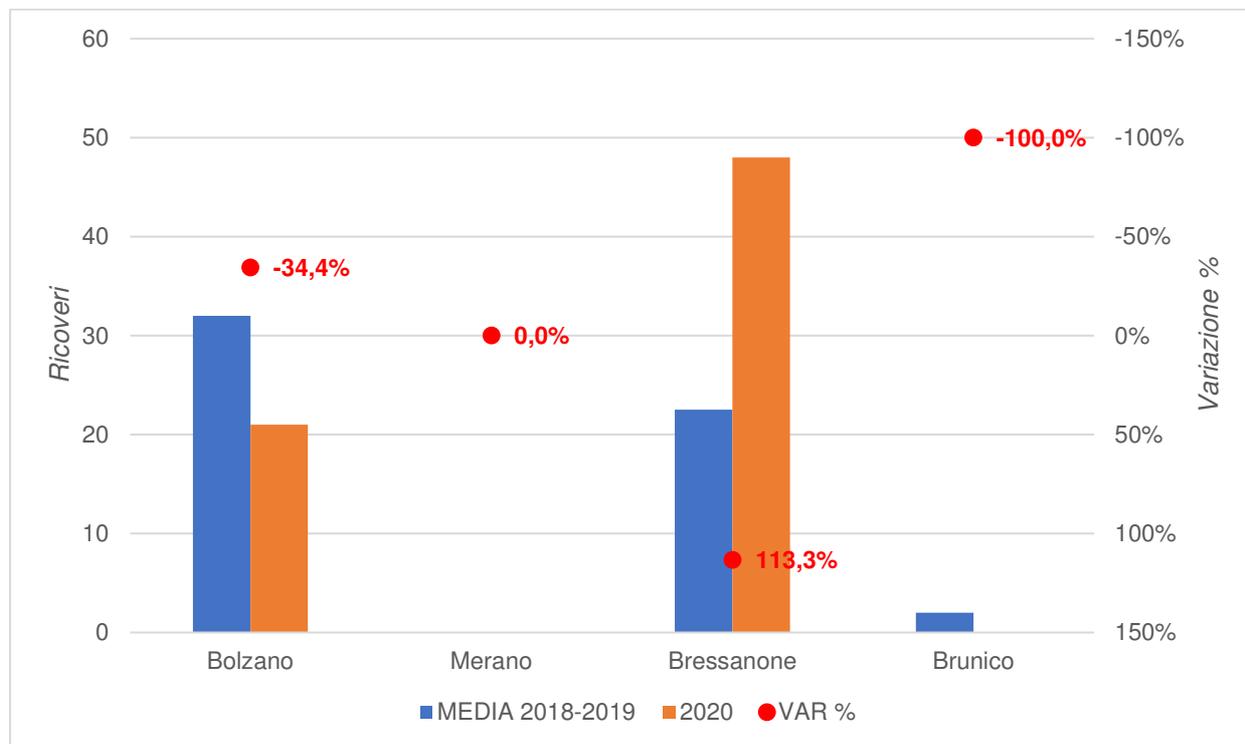
Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Figura 5.11 – Ricoveri di neuroriabilitazione erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente suddivise per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) - **periodo giugno-settembre**



Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Figura 5.12 – Ricoveri di neuroriabilitazione erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente suddivise per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) – **2ª ondata ottobre-dicembre**



Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Tabella 5.3 Ricoveri di neuroriabilitazione erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente suddivise per comprensorio di residenza (2020 vs media 2018/2019 - variazione percentuale)

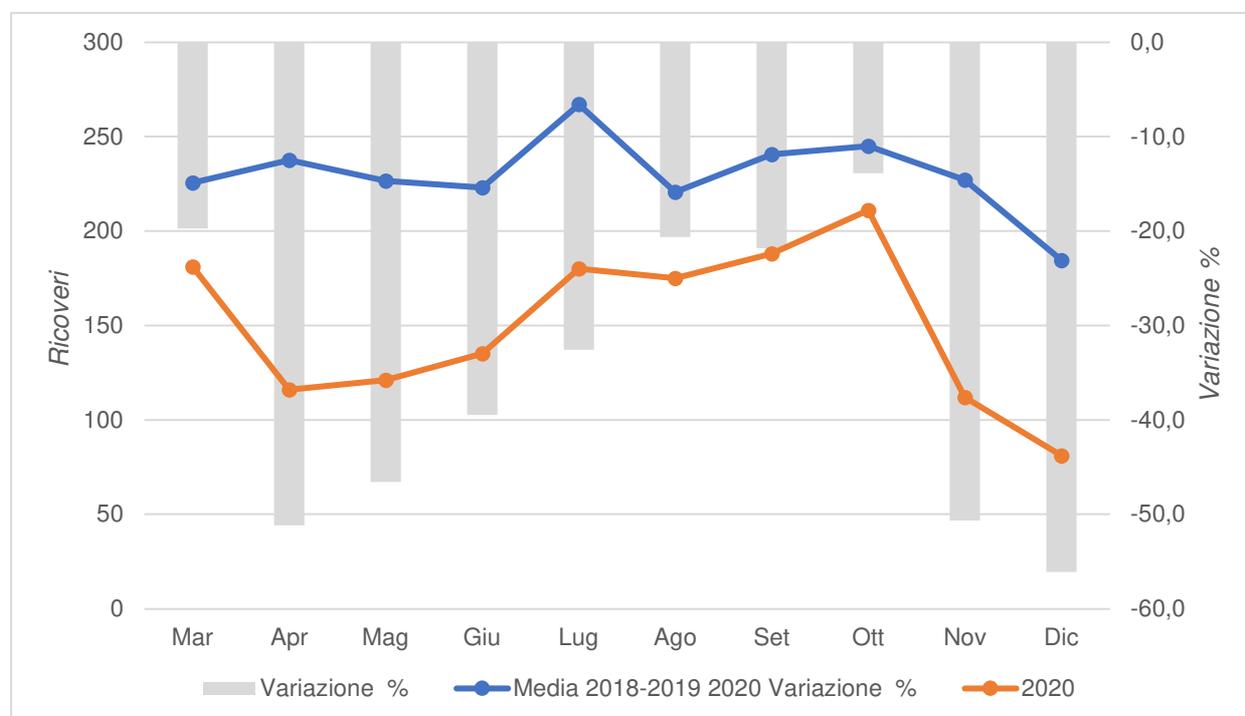
Periodo	Comprensorio sanitario di residenza				Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	
1 <sup>a</sup> ondata marzo - maggio	-13,0%	+6,7%	0,0%	-27,3%	-8,9%
Giugno-settembre	-9,4%	+73,3%	-40,0%	-60,0%	-8,2%
2 <sup>a</sup> ondata ottobre - dicembre	+18,8%	+46,2%	-6,7%	+66,7%	+24,3%
<b>Marzo – dicembre 2020</b>	<b>+0,6%</b>	<b>+42,9%</b>	<b>-17,0%</b>	<b>-18,5%</b>	<b>+3,7%</b>

Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

### 5.2.3 Lungodegenza (unità operativa codice 60)

Per il periodo marzo-dicembre 2020 presso le unità operative di lungodegenza si è registrata **una riduzione dei ricoveri complessiva del 34,7%** rispetto alla media degli anni 2018 e 2019. Analogamente alla riabilitazione, il calo risulta marcato nei primi tre mesi di analisi (1<sup>a</sup> ondata marzo-maggio) e negli ultimi mesi (2<sup>a</sup> ondata ottobre-dicembre), mentre una riduzione di circa il 40% ha contraddistinto il periodo di recupero giugno-settembre. Complessivamente sono stati erogati **797 ricoveri in meno rispetto alla media degli anni 2018 e 2019**.

Figura 5.13 – Ricoveri di lungodegenza erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente (2020 vs media 2018/2019)



Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

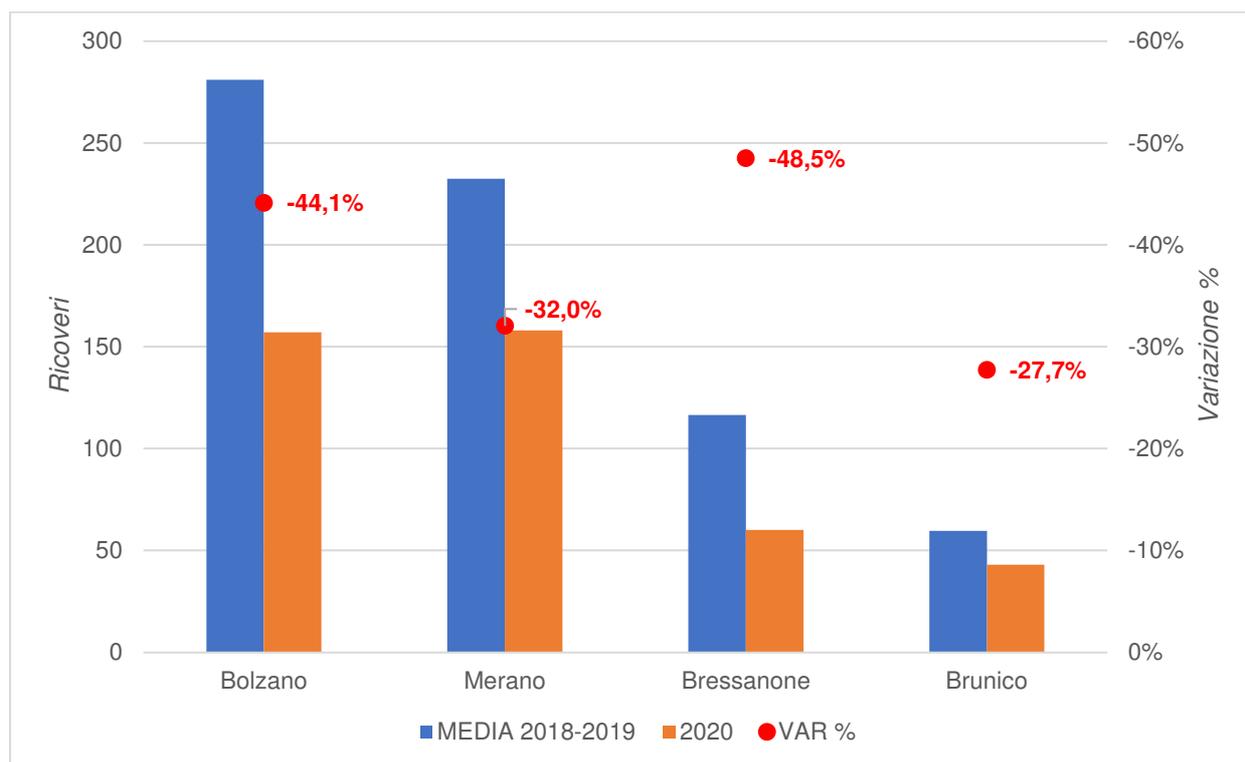
L'analisi a livello comprensoriale deve tener conto che presso il comprensorio di Bolzano, i ricoveri in lungodegenza vengono erogati presso le strutture di cura private convenzionate.

Anche per i ricoveri in lungodegenza si osservano diverse tendenze nel corso dei tre periodi che hanno caratterizzato l'evoluzione della pandemia.

Nel corso della 1<sup>a</sup> ondata (marzo-maggio), la riduzione ha riguardato meno il comprensorio di Brunico, con il 28% e maggiormente il comprensorio di Bressanone con il 49%, mentre Bolzano e Merano hanno registrato variazioni negative, rispettivamente, del 44% e 32% (Figura 5.14). Nel corso del periodo giugno-settembre invece è stato il comprensorio di Brunico a registrare la maggiore riduzione, pari al 42%, mentre Merano è risultato il comprensorio con la riduzione inferiore, circa il 17%. Bolzano e Bressanone si sono posizionate sopra il 30% (Figura 5.15). Infine, nel terzo periodo (2<sup>a</sup> ondata ottobre-dicembre), la riduzione maggiore ha ancora caratterizzato il comprensorio di Brunico, con il 64%, mentre gli altri tre comprensori hanno evidenziato riduzioni attorno al 35% (Figura 5.16).

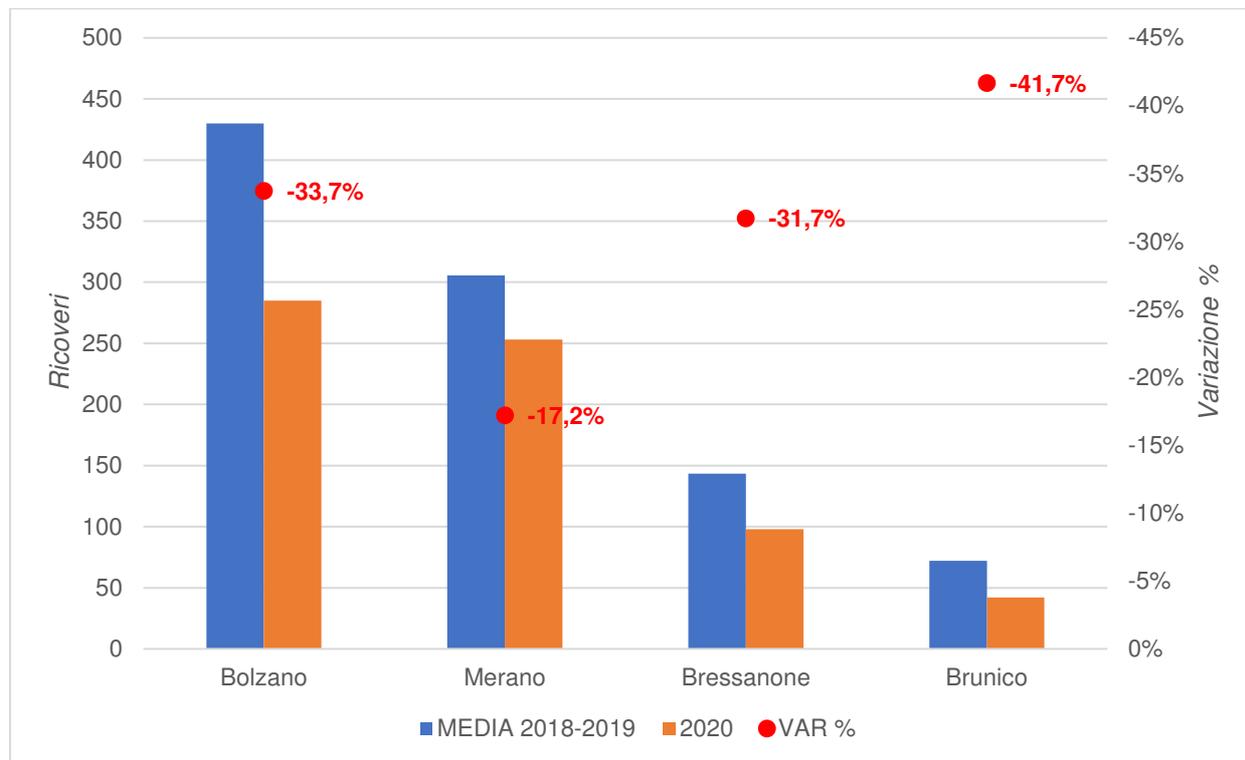
Se valutiamo l'impatto, sulla base della residenza del paziente, solo il comprensorio di Merano ha evidenziato riduzioni sotto il 30% per l'intero periodo marzo-dicembre; Bolzano e Bressanone hanno mostrato valori simili attorno al 36%, mentre Brunico con oltre il 40% ha registrato la riduzione maggiore, che è andata ad aumentare ulteriormente a partire dal mese di maggio (Tabella 5.4).

Figura 5.14 – Ricoveri di lungodegenza erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente suddivise per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) – **1<sup>a</sup> ondata marzo-maggio**



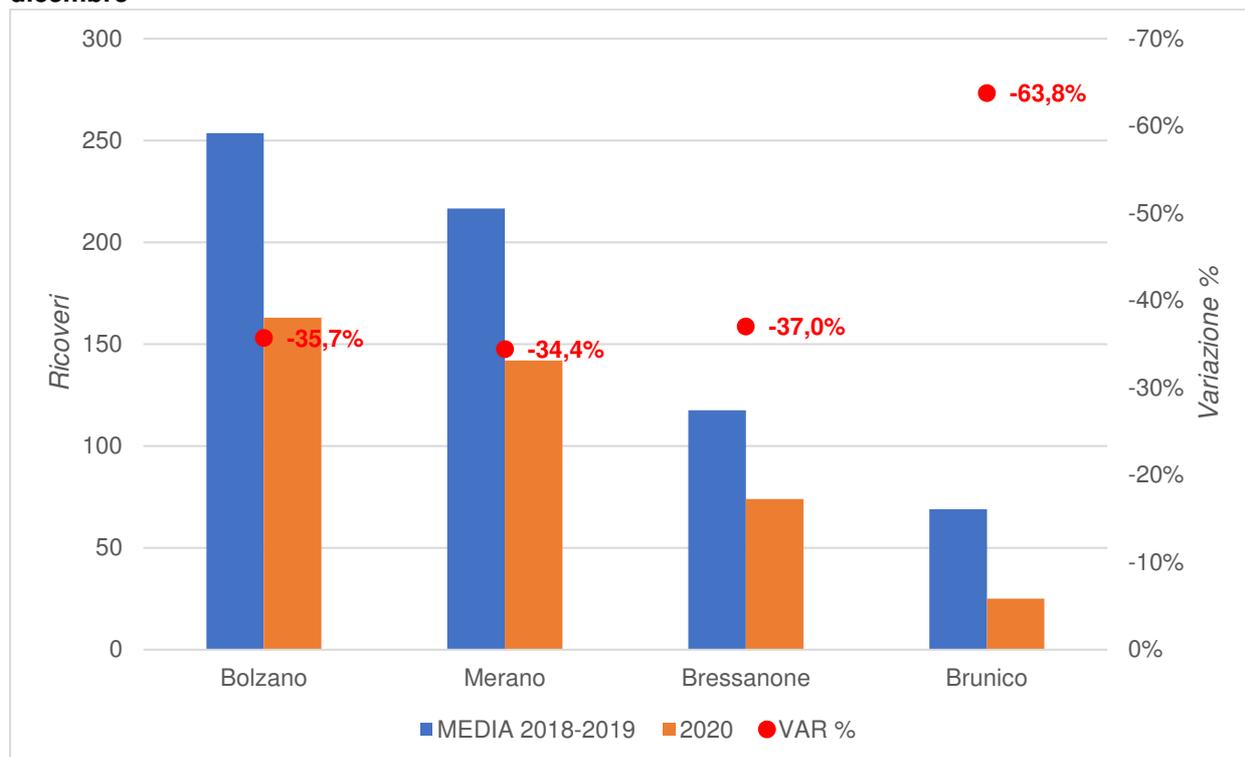
Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Figura 5.15 – Ricoveri di lungodegenza erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente suddivise per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) - **periodo giugno-settembre**



Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Figura 5.16 – Ricoveri di lungodegenza erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente suddivise per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) – **2ª ondata ottobre-dicembre**



Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Tabella 5.4 Ricoveri di lungodegenza erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente suddivise per comprensorio di residenza (2020 vs media 2018/2019 - variazione percentuale)

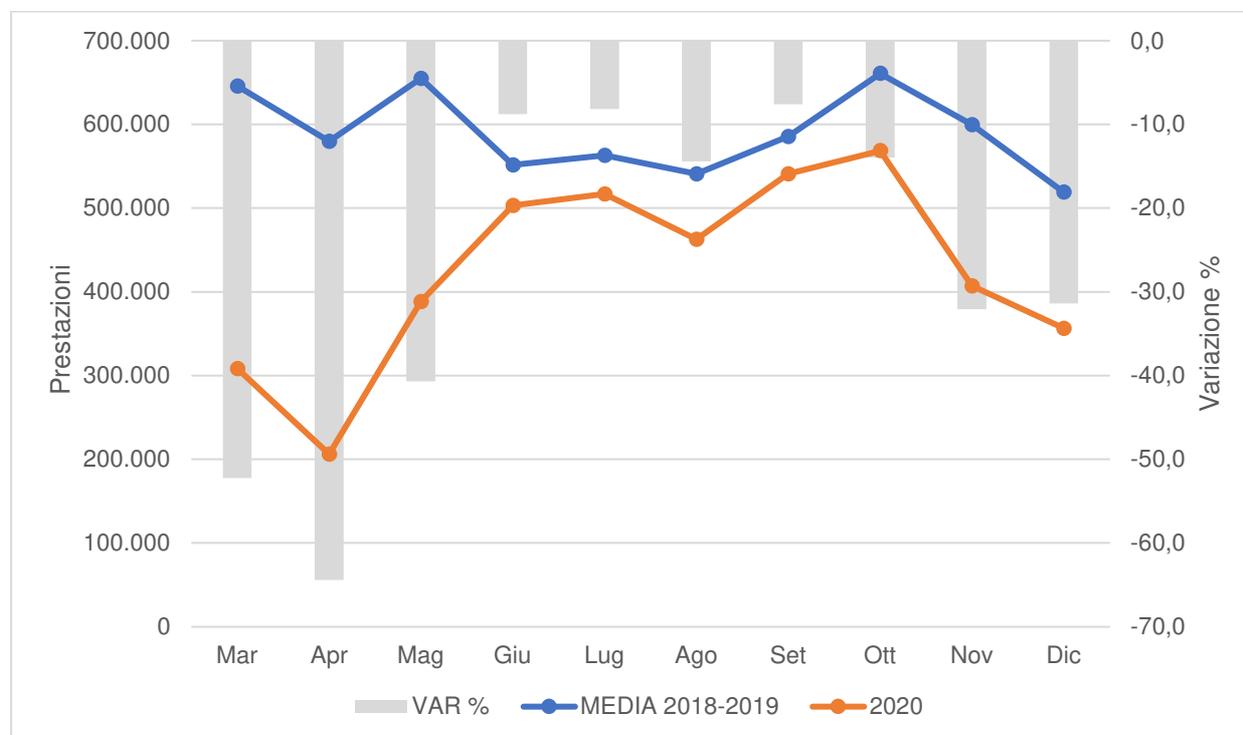
Periodo	Comprensorio sanitario di residenza				Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	
1 <sup>a</sup> ondata marzo - maggio	-41,7%	-35,9%	-47,0%	-28,1%	-39,4%
Giugno-settembre	-35,5%	-12,4%	-30,7%	-36,0%	-28,7%
2 <sup>a</sup> ondata ottobre - dicembre	-29,6%	-41,7%	-36,4%	-65,6%	-38,5%
<b>Marzo – dicembre 2020</b>	<b>-35,7%</b>	<b>-28,5%</b>	<b>-37,4%</b>	<b>-43,6%</b>	<b>-34,7%</b>

Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

### 5.3 Assistenza sanitaria specialistica ambulatoriale

Il numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate ha evidenziato **una riduzione complessiva del 27,8%** per il periodo marzo-dicembre 2020 se confrontato con la media delle prestazioni specialistiche erogate nello stesso periodo degli anni 2018 e 2019. Il calo risulta più marcato nei primi tre mesi di analisi (1<sup>a</sup> ondata marzo-maggio), dove si osserva una diminuzione di oltre il 50% (oltre **970 mila prestazioni in meno** rispetto allo stesso trimestre degli anni 2018/2019). Tale riduzione percentuale si riduce al 10% durante il periodo di recupero giugno-settembre, per poi risalire al 25% a partire da ottobre (2<sup>a</sup> ondata ottobre-dicembre) (Figura 5.19).

Figura 5.17 – Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in provincia di Bolzano a residenti (2020 vs media 2018/2019)



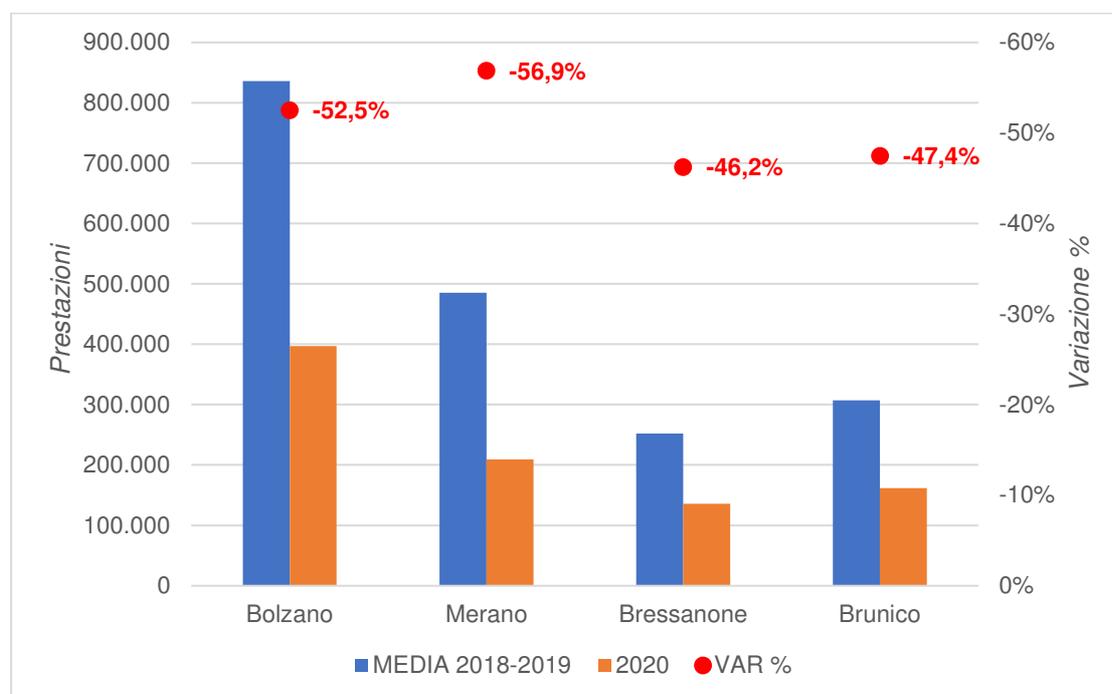
Fonte: Flusso Specialistica Ambulatoriale (SPA)

Analizzando distintamente i quattro comprensori sanitari di erogazione, si possono osservare diverse tendenze nel corso dei tre periodi che hanno caratterizzato l'evoluzione della pandemia.

Nel corso della 1<sup>a</sup> ondata (marzo-maggio), la riduzione è stata rilevante in tutti i comprensori sanitari, con valori che si sono posizionati attorno al 50%, con una punta del 57% per il comprensorio di Merano (Figura 5.18). Nel corso del periodo giugno-settembre, si è assistito da un lato a riduzioni superiori al 10% per i comprensori di Bolzano e Merano, ma dall'altro ad una riduzione minima del comprensorio di Brunico, mentre nel comprensorio di Bressanone si è invece registrato un leggero incremento (Figura 5.19). Infine, nel terzo periodo (2<sup>a</sup> ondata ottobre-dicembre), i cali più marcati, oltre il 30%, hanno colpito i comprensori di Bolzano e Merano, mentre meno rilevanti sono state nei comprensori di Bressanone e Brunico, rispettivamente con valori attorno al 5% e al 12% (Figura 5.20).

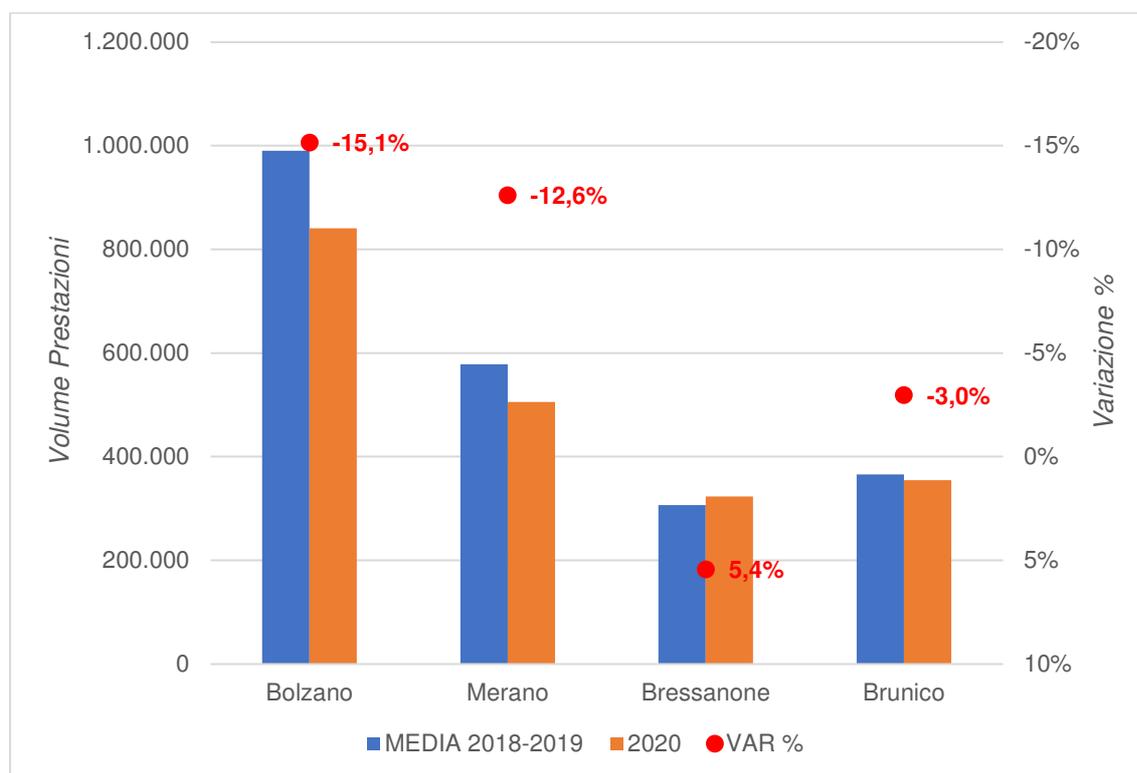
Se valutiamo l'impatto, sulla base della residenza del paziente, emerge come coloro che hanno più risentito delle conseguenze della pandemia in tutti i diversi periodi considerati, sono i residenti nei comprensori sanitari di Bolzano e Merano, che complessivamente da marzo a dicembre hanno subito delle riduzioni superiori al 30%. Decisamente inferiore appare essere stato l'impatto sulla popolazione residente nei comprensori di Bressanone e Brunico (Tabella 5.5).

Figura 5.18 – Prestazioni specialistiche ambulatoriali di residenti per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) – 1<sup>a</sup> ondata marzo-maggio



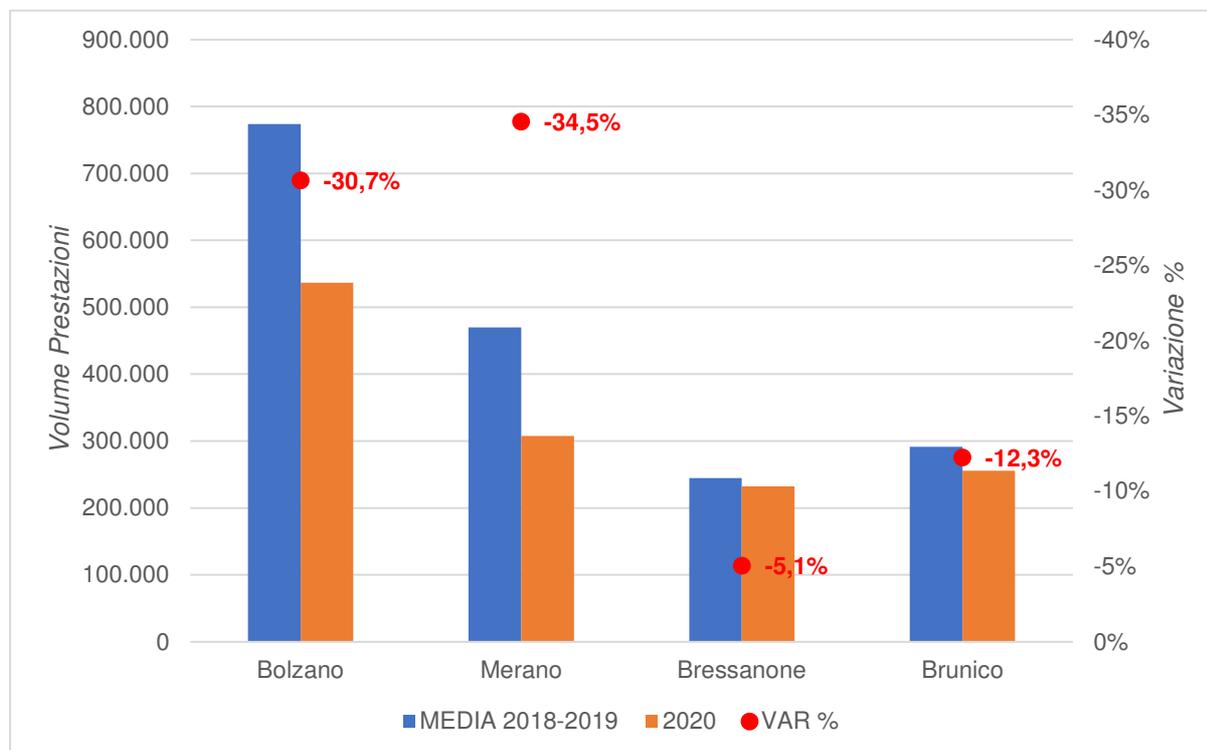
Fonte: Flusso Specialistica Ambulatoriale (SPA)

Figura 5.19 – Prestazioni specialistiche ambulatoriali di residenti per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) - **periodo giugno-settembre**



Fonte: Flusso Specialistica Ambulatoriale (SPA)

Figura 5.20 – Prestazioni specialistiche ambulatoriali di residenti per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) – **2ª ondata ottobre-dicembre**



Fonte: Flusso Specialistica Ambulatoriale (SPA)

Tabella 5.5 – Prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate in provincia di Bolzano per la popolazione residente suddivise per comprensorio di residenza (2020 vs media 2018/2019 - variazione percentuale)

Periodo	Comprensorio sanitario di residenza				Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	
1 <sup>a</sup> ondata marzo - maggio	-46,6%	-43,9%	-55,3%	-52,8%	-48,0%
Giugno-settembre	-14,8%	-11,7%	+5,5%	-4,9%	-9,7%
2 <sup>a</sup> ondata ottobre - dicembre	-30,7%	-33,3%	-5,6%	-13,1%	-25,2%
<b>Marzo – dicembre 2020</b>	<b>-31,9%</b>	<b>-32,4%</b>	<b>-13,5%</b>	<b>-20,8%</b>	<b>-27,8%</b>

Fonte: Flusso Specialistica Ambulatoriale (SPA)

#### 5.4 Indirizzi per l’Azienda sanitaria dell’Alto Adige

L’obiettivo delle analisi riportate nei precedenti paragrafi e nei capitoli successivi, è individuare e valorizzare come il sistema sanitario provinciale abbia dato prova di una certa capacità di resilienza per alcune aree e, al tempo stesso, individuare le aree rispetto alle quali si siano registrati invece cali di offerta nel corso del 2020. A questi ambiti deve essere infatti data priorità nel pianificare il rilancio del sistema, per rispondere in maniera proattiva a quelle necessità dei cittadini, che siano state trascurate durante le principali fasi di recrudescenza della pandemia da Covid-19.

Da un confronto a livello nazionale, come riportato da studi condotti da Agenas<sup>2</sup> e dal laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa<sup>3</sup>, rispetto alle altre regioni/province del Network, **la provincia di Bolzano ha evidenziato di aver risentito in misura inferiore degli effetti del Covid-19 a livello di sistema ospedaliero, e dunque in termini di erogazione delle prestazioni sanitarie. L’indagine in questione ha messo a confronto le prestazioni ospedaliere erogate nel corso del 2019 con quelle di tutto il 2020.** Dall’approfondimento dei dati a disposizione è emersa la capacità dei servizi sanitari di **trarre esperienza dalla prima ondata epidemica, riuscendo, nella seconda parte dell’anno, ad organizzare una risposta più efficace** alle esigenze di cura dei cittadini, nonostante l’ondata pandemica sia stata più diffusa sul territorio. Il nostro Servizio sanitario nazionale nel suo complesso ha comunque dimostrato, per quanto riguarda l’erogazione delle prestazioni diverse da quelle imposte dal Covid, una notevole capacità di resilienza. Ma è altresì noto che il Covid-19 non abbia colpito in modo omogeneo le regioni italiane nel 2020: il dato che emerge, però, è che anche realtà che hanno registrato un’alta incidenza, come la **provincia autonoma di Bolzano** e regione Veneto, non soltanto hanno saputo arginare in maniera efficace lo tsunami che si sono trovate ad affrontare, **ma hanno anzi risposto relativamente meglio rispetto a regioni meno flagellate dall’infezione.** In concreto: sul fronte ricoveri programmati lo stop determinato dalla pandemia ha provocato una brusca frenata: - 50%. E con chiusure importanti, il Molise ha contingentato pesantemente l’accesso agli ospedali (-73,6%), ma anche in Puglia e in Basilicata i ricoveri ordinari sono stati tagliati di circa il 60%, seguire a stretto giro da Calabria, Marche e Lombardia (-57%). Hanno invece dimostrato di dare risposte superiori alla media italiana **Bolzano (-35,5%)**, Lazio (-36,4%), Veneto (-38%).

E ancora. Le indicazioni nazionali hanno individuato nel 2020 alcune prestazioni “**non comprimibili**”, per le quali i sistemi sanitari regionali sono stati chiamati a fare uno sforzo per ridurre il meno possibile i volumi erogati. È il caso, per esempio, delle prestazioni oncologiche: gli interventi chirurgici per tumore alla mammella (classe di priorità A) calano in media del 14% nel 2020, rispetto al 2019, ma ci sono realtà come Marche e Friuli-Venezia Giulia, che hanno contratto l’erogazione sotto il 2%, e **la provincia autonoma di Bolzano che registra addirittura un incremento (+7%)**. In questo caso, a un calo delle prestazioni nel periodo marzo - giugno

<sup>2</sup> <https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fresilienza>

<sup>3</sup> <https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php>

2020 è seguito un rimbalzo sia nel periodo tra luglio e settembre, sia in quello tra ottobre e dicembre. Un ultimo esempio: gli interventi chirurgici per tumore al polmone (classe di priorità A) calano in media – tra le regioni del network preso in oggetto – del 19%, con riduzioni superiori al 20% in Puglia, Umbria, Lombardia e Liguria e realtà, al contrario, **stabili (Bolzano)** o addirittura in leggera crescita, rispetto al 2019 (Toscana: +1.4%).

L'azienda sanitaria **a partire dal 2021** ha il compito di riprogrammare la propria attività, al fine di assistere coloro i quali, durante la fase pandemica, non sono stati presi in carico, i cosiddetti ammalati di “*altro*”, quelli con malattie croniche come, ad esempio, i cardiopatici, i diabetici, gli oncologici, i disturbi mentali, ma anche tutti coloro che erano e sono rimasti in attesa di essere sottoposti ad interventi chirurgici non urgenti. Tale riprogrammazione dovrà essere valutata per ciascun ambito specialistico, tenendo conto delle eventuali e potenziali difficoltà che possono sorgere nell'attività di recupero.

In considerazione della carenza di personale e dell'andamento della pandemia l'azienda sanitaria dovrà identificare le aree di maggior fabbisogno nell'ambito dell'assistenza ospedaliera per acuti e post acuti e della specialistica ambulatoriale, aumentando gradualmente l'offerta assistenziale, tenendo conto di qualità e appropriatezza dovuta, ma con l'obiettivo di garantire i livelli assistenziali già raggiunti nel periodo pre-pandemico.

Il Servizio sanitario provinciale è stato costretto a ridurre momentaneamente i servizi e i posti letto per i bisogni di queste persone, che in fase pre-pandemia erano comunque adeguati.

L'azienda sanitaria deve dunque valutare, a fronte di un maggior fabbisogno, dovuto alla necessità di un recupero di un'assistenza sanitaria non erogata durante la fase pandemica, **la necessità di ricorrere per un periodo limitato di tempo** ad accordi contrattuali con soggetti pubblici e privati al di fuori dell'Azienda sanitaria.

Come avviene attualmente, così anche nel periodo post-pandemia, il ricorso agli erogatori privati di presentazioni sanitarie è regolato dalle vigenti norme nazionali e provinciali in materia.

Queste prevedono di regola l'intervento degli erogatori pubblici e privati esterni rispetto all'Azienda sanitaria unicamente al fine di supportare ed integrare l'azione di quest'ultima, impegnata in prima linea a garantire la copertura dei livelli essenziali di assistenza (LEA) riconosciuti dal SSN allo stesso modo su tutto il territorio nazionale. È sulla base di queste premesse che la Provincia autonoma di Bolzano, secondo anche quanto rilevato da un'elaborazione dati effettuata da OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano) sulla base delle informazioni messe a disposizione dallo stesso Ministero della Salute<sup>4</sup>, è tra le Regioni e P.A. italiane una tra quelle che meno di altre ha bisogno di fare ricorso all'intervento di erogatori esterni.

Questa tendenza, anche prospettica per il futuro, quale modalità prescelta per rispondere ai bisogni dei cittadini, trova riscontro nei dati disponibili.

Partendo dal primo indicatore sulla rilevanza del settore del privato accreditato e cioè il peso che quest'ultimo gioca all'interno della spesa complessiva del SSN, questo valore varia sensibilmente a livello regionale, passando dai massimi registrati in Lombardia (27,8%), Lazio (24,7%) e Molise (23,8%), al minimo del 6,9% in Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano (7,7%) e Friuli Venezia Giulia (8,6%) – uniche tre Regioni sotto il valore del 10 per cento, percentuale che per la P.A. di Bolzano rappresenta una tendenza anche per il futuro, quale indicazione di massima per la partecipazione degli erogatori privati alla spesa della sanità provinciale.

Per quel che riguarda più in generale la composizione della spesa del SSN gestita da erogatori accreditati, il 38,5% della spesa complessiva (139 € pro capite) è costituito da spesa per ricoveri ospedalieri in strutture accreditate, mentre un altro 32,7% è da imputare ad altra assistenza accreditata, legata prevalentemente all'assistenza territoriale socio-sanitaria presso strutture residenziali. Analizzando nel dettaglio la composizione della spesa stessa, il Rapporto cita nuovamente la Provincia Autonoma di Bolzano a proposito dell'attività riabilitativa, evidenziando

---

<sup>4</sup> “La spesa SSN per assistenza sanitaria privata accreditata” (valori pro capite – 2017), a pagina 183 del Rapporto OASI 2018 (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano, a cura di CERGAS-Bocconi, capitolo 4: “Gli erogatori privati accreditati: inquadramento ed evoluzione dei grand player ospedalieri”).

come essa sia quasi interamente erogata da strutture pubbliche (come avviene anche in P.A. di Trento, Emilia-Romagna e Veneto, tutte con una spesa accreditata pro capite inferiore a 10 euro, su una spesa media pro capite a livello nazionale pari a 28 euro).

Un'operazione che l'azienda sanitaria deve porre in essere, ponendo la massima attenzione alla qualità e all'appropriatezza delle cure prestate dalle stesse, che potrà garantire solo attraverso la realizzazione e l'implementazione di un robusto e strutturato sistema di controlli dell'attività erogata dalle strutture sanitarie private, quindi di una buona capacità di governance dei servizi erogati da "terzi fornitori", garantendo in ogni caso la sostenibilità del sistema (eventualmente razionalizzando le spese in altri settori).

## 6 Definizione dei fabbisogni sanitari per le attività di prevenzione e sanità pubblica, per l'assistenza distrettuale e quella ospedaliera

### 6.1 Assistenza ospedaliera in acuzie e post acuzie nel periodo pre-pandemia

Gli indirizzi programmatici contenuti nel presente atto prevedono la riqualificazione dell'offerta nell'ottica di una sempre maggiore accessibilità, appropriatezza e razionalità organizzativa, con l'obiettivo tra l'altro di raggiungere standard congrui relativi alla dotazione di posti letto per acuti, riabilitazione post-acuzie e lungodegenza e al tasso di ospedalizzazione per acuti e post acuti. Questo nei limiti dei livelli di assistenza garantiti dal servizio sanitario provinciale, delle risorse disponibili e dei vincoli di bilancio.

Ai fini della programmazione sanitaria il riferimento sono i livelli standard indicati dalle disposizioni nazionali. Pertanto, per le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, ordinario e diurno, i seguenti parametri di fabbisogno sono:

- a. per le strutture per acuti la dotazione di posti letto massima è pari a 3 per mille abitanti;
- b. per le strutture per riabilitazione e lungodegenza la dotazione di posti letto massima è pari a 0,7 per mille abitanti;
- c. il tasso di ospedalizzazione massimo in acuzie e post acuzie è pari a 160 per mille abitanti.

Nel 2019 le strutture provinciali hanno fatto fronte alla domanda di ricovero con una dotazione complessiva di 1.641 posti letto per acuti (di cui il 93,6% pubblici), pari a 3,1 per 1.000 abitanti.

Il tasso di ospedalizzazione dei residenti in Provincia di Bolzano nel 2019 è stato di 139,3 ricoveri acuti per 1.000 abitanti (109,7 relativi al regime ordinario e 29,7 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 extra provinciali sono inclusi i ricoveri all'estero e in altre regioni italiane).

Per fronteggiare adeguatamente l'emergenza epidemica, si è reso necessario procedere ad una riorganizzazione dei presidi ospedalieri attraverso l'incremento dell'attività in regime di ricovero. Tale intervento ha riguardato sia il settore di terapia intensiva che le aree di assistenza ad alta intensità di cure, che quindi sono state adattate ai nuovi standard previsti dal Decreto-Legge n. 34/2020 nella misura di 0,14 posti letto per mille abitanti, portando a rendere disponibili ed attrezzare 77 posti letto di terapia intensiva (con un aumento di 40 posti letto rispetto ai 37 preesistenti) ai quali si aggiungono 37 posti letto di area semi-intensiva. Le misure di riordino della rete ospedaliera e dei percorsi organizzativi hanno avuto l'obiettivo di rafforzare strutturalmente il servizio sanitario provinciale in ambito ospedaliero e rendere organici e strutturali gran parte degli interventi che sempre di più devono andare verso l'intensità di cura e la continuità assistenziale multidisciplinare e multiprofessionale.

Nel periodo pre-pandemia il fabbisogno per l'assistenza ospedaliera in regime di ricovero per acuti in Provincia di Bolzano era complessivamente soddisfatto.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera per post-acuti, ad essa sono stati riservati complessivamente 357 posti letto convenzionati nel 2019 così suddivisi: 126 presso strutture pubbliche (35,3%) e 231 presso strutture private (64,7%).

Nel 2019 l'offerta di posti letto era la seguente.

Tabella 6.1 – Descrizione dei posti letto per codice (56, 60 e 75) - Anno 2019

	<b>Recupero e Riabilitazione funzionale codice 56</b>	<b>Lungodegenza post-acuta codice 60</b>	<b>Neuroriabilitazione codice 75</b>
<b>Provincia</b>	169	160	28
<b>*1.000 abitanti</b>	0,32‰	0,30‰	0,05‰

Attualmente è in corso una ridefinizione complessiva delle funzioni della riabilitazione e lungodegenza post acuzie (vedasi il Piano della rete riabilitativa 2020-2025 - DGP n. 480 del 30.06.2020), che prevede anche il possibile superamento di funzioni oggi presenti, nel rispetto dei criteri di appropriatezza di intervento, continuità dei percorsi di cure e razionalità nell'uso delle risorse.

In particolare, si stanno ponendo le basi per la realizzazione dell'area di attività extra ospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria e la conseguente attivazione di cure intermedie territoriali, anche tramite riconversione dei posti letto di post-acuzie.

### 6.1.1 Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige

L'Azienda sanitaria nei prossimi anni dovrà mettere in atto tutti gli interventi necessari, al fine di garantire gradualmente il recupero dell'attività di cura e ricovero e il ripristino dell'offerta assistenziale di quella erogata nel periodo antecedente la pandemia Covid-19.

Si prevede, pertanto, che l'Azienda sanitaria – in ottemperanza agli obblighi di garanzia dei LEA come previsto dal Piano sanitario provinciale 2016-2020, **provveda a garantire e adoperarsi a recuperare le prestazioni di ricovero non rese, qualora vi sia evidenza della necessità clinica.**

A tale scopo è prevista **la deroga ai vincoli dettati dai limiti dei tassi di ospedalizzazione previsti dalla normativa nazionale e provinciale in vigore al momento della stesura del presente atto programmatico.**

Al fine del recupero dell'attività non eseguita nel corso dell'anno pandemico 2020, è concesso all'Azienda sanitaria predisporre piani di incremento dell'offerta sanitaria in ambito di ricovero, da realizzare sia attraverso i propri presidi ospedalieri, sia attraverso il supporto di strutture private che esercitano attività di ricovero in regime di convenzione.

Le prestazioni di ricovero programmate qui trattate, tuttavia, non sono da considerarsi esaustive ai fini della predisposizione di piani di recupero dell'attività da parte dell'azienda sanitaria, che in base a specifiche necessità emergenti e/o altre priorità potrà sempre integrare.

L'Azienda sanitaria prevede – previa documentazione da essa prodotta e recante il fabbisogno specifico in ambiti non previsti dall'elenco di cui sopra – l'ampliamento della propria attività di ricovero, sia mediante potenziamento della propria offerta assistenziale, sia mediante accordi con strutture e professionisti privati accreditati, fermo restando il rispetto dei criteri di appropriatezza e di qualità. A prescindere dalla fase pandemica, la possibilità di definire nuovi accordi contrattuali con soggetti accreditati dovrà essere valutata da parte dell'Azienda sanitaria come avvenuto fino ad oggi, considerando cioè il ricorso agli erogatori privati al solo scopo di supporto nella copertura dei LEA secondo la normativa in vigore, in ogni caso procedendo nei limiti percentuali di impiego finora evidenziati dai dati disponibili (tendenzialmente fino ad un massimo del 10% sulla spesa complessiva).

L'incremento dell'attività di ricovero programmata complessiva non potrà comunque eccedere i volumi di ricovero "persi" causa pandemia, identificati nel presente documento.

L'Azienda Sanitaria ha il compito **di rendicontare** alla fine di ciascuna annualità nella relazione al Programma operativo annuale (POA), – per il periodo di validità del presente atto

programmatorio – l'attività ospedaliera pianificata e conseguentemente eseguita ai fini del recupero dei ricoveri persi nel periodo Covid 2020.

Per ciascun ambito / area di intervento di incremento dell'assistenza ospedaliera per acuti e post acuti andranno indicati nel Piano delle Performance aziendale e nel Programma operativo annuale:

- provvedimenti programmatori/amministrativi emanati e adottati per l'ampliamento dell'offerta assistenziale, utile per il recupero dei ricoveri programmati non eseguiti (incremento posti letto, adeguamento obiettivi di budget per le unità operative coinvolte, potenziamento struttura e personale, ...);
- i criteri per la definizione di eventuali accordi contrattuali con le strutture private;
- documentazione dell'effettiva attività eccedente il parametro di riferimento del tasso di ospedalizzazione, eseguita ai fini del recupero dei ricoveri non eseguiti a causa della pandemia, indicando le strutture e le unità operative adibite a tale attività, dettagliando per area di intervento.

La **programmazione del recupero dell'assistenza post acuta**, tuttavia, deve tener conto anche del fabbisogno di assistenza post acuta per i **pazienti colpiti dal virus SARS-CoV-2**, cosiddetti pazienti Long-COVID.

Nel corso del 2020 il numero di ricoveri post acuti successivi a ricoveri COVID è stato pari a 170, pari al 10% dei ricoveri di neuroriabilitazione, e al 5% dei ricoveri di riabilitazione e lungodegenza. Tali ricoveri, seppur contenuti nel numero, sono caratterizzati da degenze piuttosto lunghe, superiori in media anche ai 30 giorni, e generano conseguentemente un carico assistenziale rilevante.

La rapida diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2 e la notevole complessità, eterogeneità e persistenza di disturbi correlati alla patologia Covid-19 necessita dell'elaborazione e implementazione da parte dell'azienda sanitaria di un percorso di cura che coinvolga non solo la fase ospedaliera, ma più livelli assistenziali e più discipline cliniche, in modo quindi integrato, multidisciplinare, basato sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, ed omogeneo su tutto il territorio provinciale.

## 6.2 Programmazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

### 6.2.1 Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige

Nei prossimi anni l'Azienda sanitaria dovrà mettere in atto tutti gli interventi necessari, al fine di garantire il recupero dell'attività ambulatoriale e il ripristino dell'offerta assistenziale erogata nel periodo antecedente la pandemia Covid-19, nel rispetto del piano di contenimento dei tempi di attesa.

Si dispone, pertanto, che l'Azienda sanitaria – in ottemperanza agli obblighi di garanzia dei LEA e del rispetto dei tempi di attesa, come previsto dal Piano provinciale per il governo delle liste di attesa, provveda a garantire e adoperarsi a recuperare le visite specialistiche e le prestazioni ambulatoriali non rese, con una particolare attenzione alle prime visite specialistiche e agli esami strumentali, oggetto di monitoraggio del PPGLA.

Al fine del recupero dell'attività non eseguita nel corso dell'anno pandemico 2020, è concesso all'Azienda sanitaria predisporre piani di incremento dell'offerta sanitaria in ambito di specialistica ambulatoriale, da realizzare sia attraverso i propri presidi ospedalieri, sia attraverso il supporto di strutture private con cui stipulare accordi contrattuali.

L'Azienda sanitaria **prevede** – previa documentazione da essa prodotta – **l'ampliamento della propria attività** di specialistica ambulatoriale, sia mediante potenziamento della propria offerta assistenziale (anche grazie alla Telemedicina), sia mediante accordi con strutture e professionisti privati accreditati, fermo restando il rispetto dei criteri di appropriatezza e di qualità. A prescindere dalla fase pandemica, la possibilità di definire nuovi accordi contrattuali con soggetti accreditati

dovrà essere valutata da parte dell'Azienda sanitaria come avvenuto fino ad oggi, considerando cioè il ricorso agli erogatori privati al solo scopo di supporto nella copertura dei LEA secondo la normativa in vigore, in ogni caso procedendo nei limiti percentuali di impiego finora evidenziati dai dati disponibili (tendenzialmente fino ad un massimo del 10% sulla spesa complessiva).

L'Azienda Sanitaria ha l'**obbligo di rendicontare** alla fine di ciascuna annualità, nella relazione al Programma operativo annuale (POA), l'attività ambulatoriale, pianificata e conseguentemente eseguita ai fini del recupero dell'attività persa nel periodo Covid 2020.

Per ciascun ambito / area di intervento di incremento dell'assistenza di specialistica ambulatoriale andranno indicati nel Piano delle Performance aziendale e nel Programma operativo annuale:

- provvedimenti programmatori/amministrativi emanati e adottati per l'ampliamento dell'offerta assistenziale, utile per il recupero delle prestazioni ambulatoriali programmate non eseguite (adeguamento obiettivi di budget alle unità operative coinvolte, provvedimenti per potenziare struttura e personale, ...);
- i criteri per la definizione di eventuali accordi contrattuali con le strutture private (dando riscontro dei risultati nella Relazione al POA).

## 6.3 Programmazione assistenza sanitaria e sociosanitaria sul territorio in regime ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale

### 6.3.1 Cure primarie e assistenza sanitaria sul territorio

La pandemia ha riportato alla luce la necessità di intervenire e rinnovare alcuni elementi chiave del Servizio sanitario, anche in considerazione della transizione demografica ed epidemiologica in atto a cui consegue una crescente domanda di salute a bisogni complessi che richiedono una risposta efficace in termini di servizi integrati, forniti in particolare attraverso la rete dell'assistenza territoriale.

Le principali criticità che la pandemia da Covid-19 ha fatto emergere sono:

- significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio;
- un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali;
- tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni (anche sul territorio si è registrato, infatti, un aumento di casi in lista d'attesa, causato dalla sospensione delle attività).

Il setting assistenziale migliore per assistere pazienti cronici, persone con disabilità e anziani è quello delle cure primarie e di prossimità in grado di rispondere ai bisogni di salute del paziente al proprio domicilio o nella comunità di riferimento, anche attraverso interventi di educazione, promozione e prevenzione alla salute.

Più prevenzione e migliore assistenza sul territorio, modernizzazione del sistema sanitario con importanti investimenti nella digitalizzazione, equità di accesso alle cure: questo è il cuore della sesta missione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (di seguito "PNRR"), che mira a cambiare nell'arco dei prossimi anni il volto di un settore pesantemente al centro della pandemia, che ha chiaramente evidenziato le mancanze organizzative e di sistema.

In linea con il PNRR e con le raccomandazioni della Commissione Europea entro la metà del 2026 sono previsti interventi per rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

Il PNRR ha predisposto una filiera per la cronicità molto ricca e la sfida più grande è adesso costruire una continuità vera tra ospedale e territorio.

Nell'ottica di permettere una visione personalizzata dell'assistenza sanitaria che metta al centro la singola persona durante tutte le fasi della sua vita e che si adatti al suo stato di salute, un ruolo cruciale è affidato alla **Casa della Comunità** (prima chiamata "Casa della Salute"), la quale, aperta h24, riunisce in un'unica struttura di quartiere i medici di famiglia, gli specialisti, infermieri e assistenti sociali. La Casa diviene quindi lo strumento con cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. È la sede del Punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi sociosanitari), diventando quindi il Punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica e un punto prelievi con strumentazione polispecialistica. Vi potranno inoltre essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani. **La capillarità della Casa della Comunità è la sua caratteristica principale: sulla base del modello hub/spoke sono previste strutture medio-grandi aperte fino a 24 ore al giorno/7 su 7 giorni (hub), mentre per le strutture più piccole un orario di apertura al pubblico almeno di 12 ore al giorno/6 su 7 giorni (spoke).**

Il compito di valorizzare e coordinare tutte le professionalità, favorendo l'integrazione sociosanitaria, è demandato al **nuovo modello organizzativo della COT (Centrale operativa territoriale)**: essa è il cervello, il cuore, il motore di tutto. Luogo anche solo virtuale che non eroga servizi sanitari ma è una piattaforma di interconnessione delle strutture presenti sul territorio. È il raccordo stesso che assicura la continuità assistenziale. È un servizio rivolto prevalentemente agli operatori, che organizza ad esempio il percorso dopo le dimissioni ospedaliere ed è il "terminal" per la telemedicina. Attraverso la COT il personale sanitario ha un

servizio aperto h24 per entrare in contatto con gli altri operatori sul territorio ed assieme trovare la soluzione più veloce ed efficace per il paziente.

### *Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige*

L'azienda sanitaria in accordo con la Provincia realizza strutture di prossimità (Casa della Comunità) allo scopo di rafforzare le reti sanitarie, sociosanitarie e sociali del territorio, nonché i servizi di prevenzione e realizzare percorsi di continuità delle cure, nonché per realizzare la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone fragili.

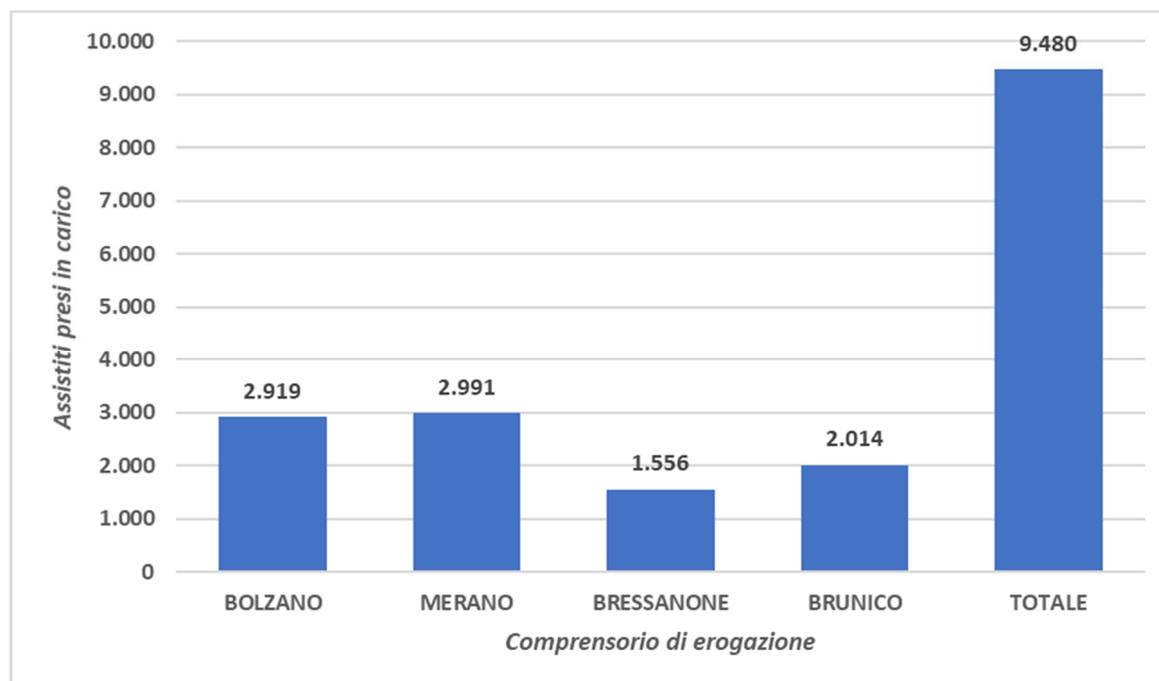
#### 6.3.2 Cure domiciliari

Il cambiamento sociodemografico ed epidemiologico, che nei principali Paesi industrializzati ha determinato un progressivo invecchiamento della popolazione, un aumento delle patologie croniche e della multi-morbilità, accompagnato da un elevato rischio di disabilità, nonché l'incremento del fabbisogno assistenziale, rappresentano la sfida più importante per tutti i sistemi sanitari e sociali nazionali, già in fase pre-pandemica. Nel 2035, nella Provincia Autonoma di Bolzano, il numero di persone affette da patologie croniche passerà dal valore attuale di 151.000 a ca. 191.000, mentre il numero di soggetti non autosufficienti, pari al 2,3% secondo dati riferiti al 2005, è oggi vicino al 4% della popolazione, circa 20.000 soggetti.

Per le persone anziane non autosufficienti, è necessario investire sul rafforzamento dei servizi sociali territoriali finalizzato alla prevenzione dell'istituzionalizzazione e al mantenimento, per quanto possibile, di una dimensione autonoma, attraverso il potenziamento dell'assistenza sanitaria sul territorio.

Nel corso del 2020, gli assistiti con almeno una presa in carico in assistenza domiciliare (integrata, programmata o infermieristica) sono stati pari a 9.480 (Figura 6.4).

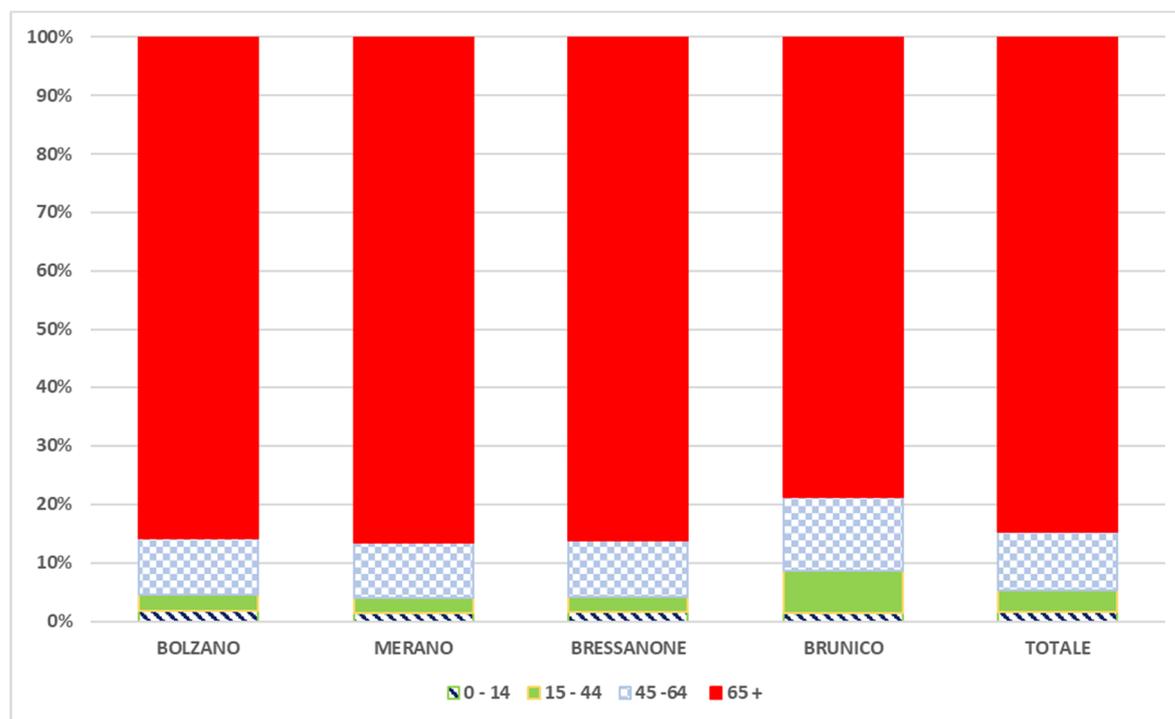
Figura 6.4 – Numeri di assistiti con almeno una presa in carico sul territorio nel corso del 2020



Fonte: Flussi Assistenza Domiciliare

Circa l'85% degli assistiti con almeno una presa in carico in assistenza domiciliare appartiene alla fascia di età maggiore o uguale a 65 anni (Figura 6.5), e circa il 95% di questi è affetto da almeno una patologia cronica.

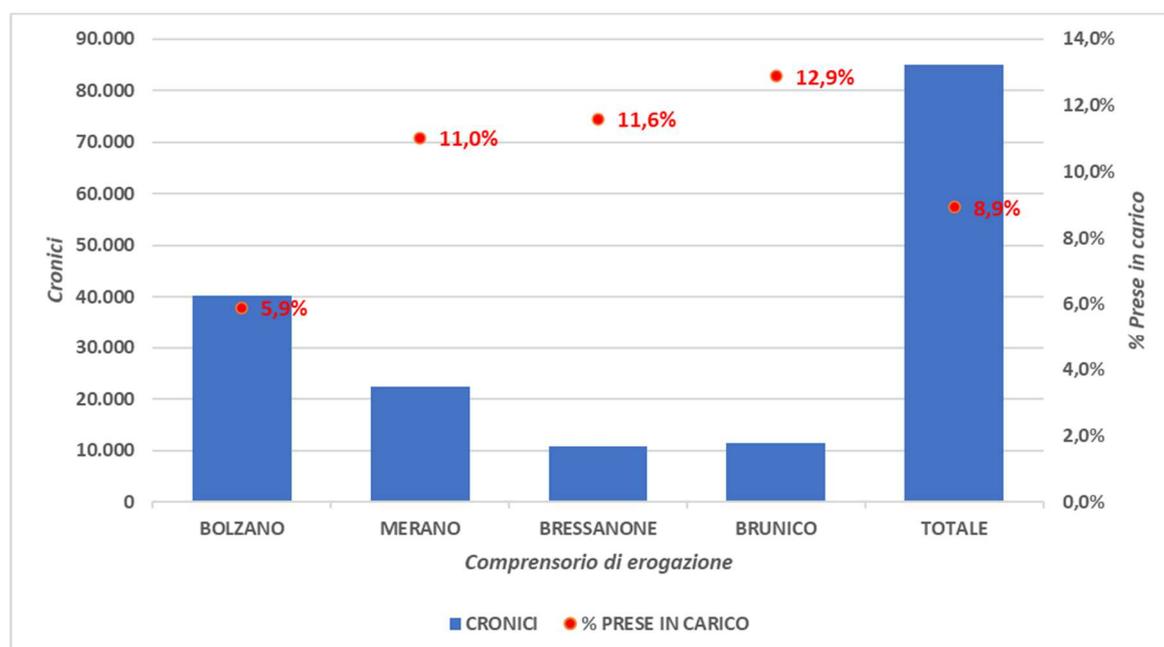
Figura 6.5 – Composizione % degli assistiti con una presa in carico territoriale per classi di età – Anno 2020



Fonte: Flussi Assistenza Domiciliare

La distribuzione percentuale delle persone affette da almeno una patologia cronica di età superiore a 65 anni (Figura 6.6) fa registrare un valore poco sotto al 9% della popolazione presa in carico in assistenza domiciliare, valore al di sotto di circa un punto percentuale dall'obiettivo fissato dal Ministero della salute, pari al 10%. Va tuttavia segnalato la differenza di tale valore tra il comprensorio di Bolzano (5,9%) rispetto agli altri tre comprensori che mostrano valori superiori al 10% (Figura 6.6).

Figura 6.6 – Prese in carico territoriali di persone affette da almeno una patologia cronica over 65 anni - Anno 2020



Fonte: Flussi Assistenza Domiciliare

### *Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige*

Il potenziamento dei servizi domiciliari e il rafforzamento dei servizi di prossimità e di supporto all'assistenza domiciliare sono obiettivi fondamentali, che l'azienda sanitaria deve perseguire.

In linea con il PNRR e con le raccomandazioni della Commissione Europea entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore a 65 anni con una o più patologie croniche deve essere presa in carico in assistenza domiciliare.

Solo attraverso l'integrazione dell'assistenza sanitaria domiciliare con interventi di tipo sociale si potrà realmente raggiungere la piena autonomia e indipendenza della persona anziana/disabile presso la propria abitazione, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati.

I processi di pianificazione ed erogazione delle cure integrate possono funzionare soltanto con il supporto di soluzioni informatizzate che permettano una pianificazione delle prestazioni sociosanitarie, la sincronizzazione degli attori coinvolti nel percorso, il monitoraggio dello svolgimento del percorso attraverso strumenti di misurazione adeguati.

Le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie abilitate dalla telemedicina sono fondamentali in tal senso, contribuendo ad assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto alla gestione delle cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, nonché un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.

Il sistema va attivato secondo un modello organizzativo-operativo che prevede di fornire al paziente una valutazione personalizzata sulla base dei bisogni, della patologia e delle eventuali comorbidità.

L'azienda sanitaria ha il compito di predisporre un documento/linea guida e di implementarlo a regime, al fine di garantire gradualmente nei prossimi anni l'incremento della popolazione di età superiore a 65 anni con una o più patologie croniche in assistenza domiciliare e raggiungere entro il 2026 la percentuale del 10% dei pazienti cronici o fragili.

L'azienda sanitaria ha il compito di definire, sviluppare e implementare a regime un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione).

**L'azienda sanitaria ha il compito di attivare le Centrali Operative Territoriali (COT)**, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

#### **6.3.3 Cure palliative**

Si stima che ogni anno in Provincia di Bolzano circa 5.000 pazienti hanno bisogno di cure palliative. Per tutti questi pazienti la tipologia di assistenza e cura più appropriata è un sistema di rete di cure palliative composto da diversi nodi (domicilio, hospice, ospedale) capace di raggiungere i pazienti nei diversi setting assistenziali e sull'intero territorio provinciale.

Lo sviluppo del sistema di rete deve avvenire in base a quanto previsto dalla normativa vigente e all'esperienza accumulata nel corso degli anni a livello locale.

### *Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige*

L'azienda sanitaria ha il compito di definire e approvare il "Documento di base sulle cure palliative a livello aziendale" per la realizzazione della rete di cure palliative su tutto il territorio provinciale, al fine di garantire un'assistenza omogenea ed un'equità di accesso alle cure palliative a tutta la popolazione residente.

Nel documento devono essere definiti i nodi della rete, i criteri di accesso, la modalità di presa in carico, gli strumenti utilizzati per il funzionamento del servizio, in recepimento di quanto previsto dalla Legge n. 38/2010 e dai successivi decreti attuativi.

#### 6.3.4 Cure intermedie

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza PNNR trasmesso prevede nell'ambito della missione 6 C1 Salute al punto 1.3 il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità): l'investimento mira al potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.

Si tratta di una struttura di ricovero breve rivolta a pazienti che a seguito di un episodio di acuzie, della riacutizzazione di patologie croniche, o per contrastare il processo involutivo di patologie croniche necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che nell'impossibilità di effettuare un trattamento ambulatoriale o domiciliare vengono ricoverati in queste strutture e necessitano di assistenza/vigilanza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio.

Tale struttura a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come, ad esempio, quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche, evitando e riducendo così anche l'istituzionalizzazione in ambienti non idonei.

#### *Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige*

I posti letto di cure intermedie devono essere attivati in funzione del fabbisogno e deve essere garantita una distribuzione equilibrata fra i diversi Comprensori sanitari.

Per le cure intermedie si fa riferimento a uno standard di 0,4‰ abitanti, pari a circa 214 posti letto su tutto il territorio provinciale, da istituire presso strutture ospedaliere, case di cura accreditate e convenzionate, strutture territoriali residenziali.

Il fabbisogno dovrà essere definito coerentemente con la programmazione sanitaria nell'area della riabilitazione e lungodegenza post acuzie.

L'azienda sanitaria ha il compito di provvedere ad attivare gradualmente strutture e posti letto di cure intermedie, anche attraverso una riconversione dei posti letto di post acuzie su tutto il territorio nell'ambito delle risorse disponibili e all'interno del totale dei posti letto definiti dal Piano sanitario provinciale 2016-2020.

#### 6.3.5 Salute mentale

Benché in tutti i Paesi le conoscenze sull'impatto della pandemia sulla salute mentale siano ancora limitate e perlopiù derivate da esperienze solo parzialmente assimilabili all'attuale epidemia, come quelle che si riferiscono alle epidemie di SARS o Ebola, è verosimile che la domanda di interventi psicosociali aumenterà notevolmente nei prossimi mesi e anni. L'investimento nei servizi e in programmi di salute mentale è quindi ora più importante che mai. Gli ultimi mesi hanno comportato molte sfide, in particolare per gli operatori sanitari, gli studenti, i familiari dei pazienti affetti da COVID-19, le persone affette da disturbi mentali e più in generale le persone che versano in condizioni socioeconomiche svantaggiate, e i lavoratori i cui mezzi di sussistenza sono stati minacciati. L'impatto economico sostanziale della pandemia può infatti ostacolare oltre che i progressi verso la crescita economica anche quelli verso l'inclusione sociale

e il benessere mentale. Numerosi studi mostrano che la perdita di produttività lavorativa è tra i principali determinanti della cattiva salute mentale.

Numerose sono le iniziative a livello nazionale e provinciale per promuovere programmi di intervento per gestire l'impatto dell'epidemia di COVID-19 sulla salute mentale, finalizzati alla presa in carico delle persone con disturbi psichiatrici o a elevato rischio di disturbi d'ansia e depressione.

### *Assistenza psicologica*

Da una macroanalisi di alcuni dati forniti dai servizi psicologici si evince che negli anni tra il 2016 e il 2019 si è registrato un continuo aumento del numero degli utenti seguiti dai servizi e delle relative prestazioni.

Mentre l'accesso al servizio di psicologia ospedaliera e di emergenza è garantito, più critico è quello ai servizi psicologici territoriali, caratterizzati da tempi di attesa, che possono andare da quattro settimane per psicoterapia e consulenza fino a quindici settimane per servizi neuro diagnostici, valutazioni psicologiche e consulenze alle scuole, ai servizi sociali, al tribunale ecc.

Tabella 6.13 – Pazienti in carico e prestazioni erogate dai servizi psicologici in regime di ricovero e ambulatoriale

<b>Anno</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020*</b>
Pazienti	14.855	15.222	15.484	15.506	13.890
Prestazioni	88.381	87.216	93.443	97.553	88.964

*\*Dato fortemente sottostimato causa difficoltà iniziale nella registrazione*

Fonte: Azienda sanitaria dell'Alto Adige

Nel corso dell'anno 2020 della pandemia, sembra esserci stato un calo significativo sia nel numero di pazienti assistiti che nel numero di prestazioni erogate. In realtà, le cose sono andate ben diversamente: sia i pazienti che il numero di prestazioni sono di fatto aumentate.

La discrepanza tra i dati riportati nella suddetta tabella e le prestazioni realmente erogate è dovuta ad una modifica nella modalità di erogazione delle stesse, che causa pandemia si sono potute erogare unicamente attraverso contatti telefonici e/o video chiamate. Tali prestazioni purtroppo, inizialmente non state registrate dai servizi, se non successivamente ad una presa in carico del paziente da parte degli stessi. Inoltre, un gran numero di contatti e consulenze ha e ha avuto luogo anche attraverso il portale "Psy-Help Covid 19".

La rete provinciale Psy-Help COVID-19, attivata in aprile 2020 è orientata ad offrire un supporto psicologico e trattamenti terapeutici a gruppi di persone particolarmente vulnerabili affetti da malattie psichiche, a persone con problemi di dipendenza ma anche a coloro che in questo periodo hanno subito una perdita e stanno affrontando un lutto.

La rete garantisce inoltre assistenza psicologica ad operatori sanitari impegnati nell'assistenza alle persone malate, a pazienti colpiti dal virus, a soggetti positivi o a quelli sottoposti a misure di quarantena; la rete è a disposizione della popolazione e ha l'obiettivo di promuovere comportamenti adeguati e utili a gestire nel miglior modo la crisi che si sta attraversando.

Nel corso del 2020, quindi, la modalità di erogazione degli interventi causa pandemia si è modificata, e accanto ad interventi di emergenza sul campo, che si sono quasi raddoppiati rispetto all'anno precedente, sono state prevalentemente fornite consulenze telefoniche e video conferenze, che solo in casi eccezionali si sono trasformate in invii presso gli ambulatori specialistici.

Tabella 6.14 – Interventi e consulenze telefoniche/videoconferenze erogate dal servizio psicologico di emergenza

Anno	2016	2017	2018	2019	2020
Interventi sul posto	66	58	75	55	93 + 295*

\*Consulenze telefoniche e video conferenze

Fonte: Azienda sanitaria dell'Alto Adige

### *Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige*

Un intervento mirato e precoce su eventuali malesseri psicologici di varia natura può ridurre notevolmente la sofferenza delle persone che ne sono affette, sia in questo particolare momento di pandemia che in generale nella vita di tutti i giorni.

Visto il protrarsi ancora per alcuni mesi della pandemia, e il protrarsi dell'adozione delle misure volte a tenere sotto controllo l'andamento della stessa, e considerate le conseguenze economiche e sociali che la pandemia ha causato, è verosimile attendersi che nei prossimi anni saranno necessari importanti interventi di supporto psicologico alle persone e alle loro famiglie.

Si prevede che le conseguenze psicologiche causate dalla disoccupazione, dalla perdita del posto di lavoro, dai lutti e dai prolungati isolamenti, possano avere una manifestazione ritardata e prolungata nel tempo.

Inoltre, sono in continuo aumento richieste di interventi psicologici in aree di assistenza in forte crescita, come ad esempio interventi a persone affette da demenza/Alzheimer, da disturbi del comportamento alimentare, o a persone affette dal disturbo dello spettro autistico e quant'altro.

L'azienda sanitaria ha il compito di monitorare e stimare il fabbisogno in tal senso nella popolazione residente in Provincia di Bolzano e, in caso di necessità, individuare anche modalità per una riorganizzazione della presa in carico e dell'assistenza, nonché attivare forme di lavoro autonome, di collaborazione coordinata e continuativa, per il reclutamento di psicologi e psicoterapeuti liberi professionisti, che possano integrare e supportare l'assistenza alle persone che ne abbisognano e garantire loro la continuità delle cure.

L'azienda sanitaria ha il compito di definire in apposito atto/documento la dimensione del fabbisogno e le linee di intervento da mettere in atto al fine di ampliare l'attuale offerta di servizi a favore dei bambini, degli adolescenti e adulti. L'azienda sanitaria deve definire e predisporre protocolli di collaborazione integrandosi anche con i diversi partner privati, in primis i con i consultori familiari. L'azienda sanitaria ha il compito di definire percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali, il più possibile definiti, che chiariscano i rapporti e le sinergie tra erogatori (pubblici e privati), tra servizi (psicologico-psichiatrico, etc.) e tra setting (ospedaliero, territoriale e se territoriale di che tipo), aziendale/comprenditoriale, etc.

### *Assistenza sanitaria erogata dai servizi psichiatrici*

Da una macroanalisi di alcuni dati forniti dai centri di salute mentale fino al 2019 si registra un leggero e costante aumento degli utenti che si rivolgono ai centri.

Tabella 6.15 – Pazienti in carico ai centri di salute mentale

Anno	2016	2017	2018	2019	2020
Pazienti	9.884	10.446	8.927*	10.939	10.623
Valori per 1.000 abitanti	18,9	19,8	19,8*	20,5	19,9

\*manca il dato 2018 del Comprensorio di Brunico

Fonte: Azienda sanitaria Alto Adige

Anche per i centri di salute mentale nel corso del 2020, la modalità di erogazione degli interventi causa pandemia si è modificata, tante consulenze sono state fornite attraverso il portale di emergenza "Psy-Help Covid 19"; inoltre sono state effettuate consulenze telefoniche e video conferenze a pazienti già in carico ai servizi, ai quali sono state garantite anche prestazioni di psicoterapia e valutazioni di controllo psichiatrico. Numerose sono state le visite a domicilio, nel solo servizio psichiatrico di Merano queste sono state oltre 3.000.

Va segnalato, che comunque i tempi di attesa per l'accesso ai centri di salute mentale sono mediamente contenuti: circa sette giorni per Merano, Brunico e Bressanone e massimo 14 giorni per Bolzano.

I servizi psichiatri rilevano un fabbisogno assistenziale per le persone affette da disturbi mentali cronici, non più in grado di gestirsi in autonomia. Queste persone possono essere casi anche piuttosto complessi da un punto di vista assistenziale, altre volte non hanno ancora raggiunto l'età per essere eventualmente prese in carico dalle residenze per anziani.

La mancanza sul territorio provinciale di strutture idonee a tal fine, rende spesso necessario il ricovero presso strutture di riabilitazione o strutture residenziali, di fatto non adatte a questa tipologia di casistica. Queste persone vengono talvolta trasferite presso residenze sanitarie assistenziali ubicate nelle province limitrofe, lontane dal proprio ambiente di vita, con conseguenti disagi per loro e i loro familiari.

#### *Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige*

In considerazione di un costante e continuo aumento della domanda per questa tipologia di casistica, l'azienda sanitaria deve adoperarsi, in stretta collaborazione con i servizi sociali, a creare un'offerta di strutture adeguate a soddisfare tale fabbisogno e adoperarsi, affinché siano individuati modelli alternativi di alloggio e di assistenza per queste persone, anche ampliando le attuali possibilità abitative (es. case IPES). L'azienda sanitaria ha il compito di definire percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali, che chiariscano i rapporti e le sinergie tra erogatori (pubblici e privati), tra servizi e tra i vari setting. L'Azienda sanitaria introduce lo strumento del "budget di salute" per gestire progetti terapeutico-riabilitativi individuali per persone con fabbisogni psico-sociali complessi e per promuovere la loro inclusione.

#### *Assistenza sanitaria erogata dai servizi di psichiatria dell'età evolutiva*

Le stesse considerazioni di cui sopra si lasciano valere anche per l'attività erogata dai servizi di psichiatria dell'età evolutiva, i cui dati sono riportati nella tabella sottostante. Il calo delle prestazioni erogate nel 2020 è attribuibile ad una mancata registrazione delle stesse, dovuto al cambio della modalità di erogazione (come spiegato sopra ai paragrafi precedenti).

Tabella 6.16 – Pazienti in carico ai servizi di psichiatria dell'età evolutiva

<b>Anno</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Pazienti	1.081	1.117	1.074	1.153	1.128
Prestazioni	6.739	6.513	7.124	7.466	5.371

Fonte: Azienda sanitaria Alto Adige

I servizi di psichiatria dell'età evolutiva stanno da anni assistendo ad un continuo e costante aumento del fabbisogno di assistenza psichiatrica a bambini e adolescenti. La pandemia ha generato poi ulteriori disturbi, che inevitabilmente stanno portando e porteranno ad un ulteriore aumento della domanda da parte della popolazione verso questi servizi. In particolare, oggi si assiste ancora di più a continui e significativi aumenti dei fenomeni quali l'autolesionismo, il ritiro sociale, i disturbi del comportamento alimentare, l'uso di sostanze. Questo trend avrà

inevitabilmente come conseguenza un aumento degli accessi e delle richieste di contatti da parte della popolazione, a cui il Servizio sanitario provinciale dovrà necessariamente far fronte.

Sia per potenziare i servizi territoriali e ospedalieri di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (garantendo la prevenzione e la presa in carico multidisciplinare dei pazienti e delle loro famiglie), sia per tutelare la salute e il benessere psicologico individuale e collettivo attraverso il reclutamento straordinario di professionisti sanitari quali ad esempio assistenti sociali e psicologi, per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, ai sensi dell'articolo 33 del decreto-legge n. 73/2021 ("Decreto Sostegni-bis"), convertito in legge 17 luglio 2021, n. 106, vengono previsti finanziamenti statali utilizzabili esclusivamente entro il 31.12.2021, per un totale di 246.006 €.

#### *Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige*

L'azienda sanitaria ha il compito di definire in apposito atto/documento la dimensione del fabbisogno e le linee di intervento da mettere in atto al fine di ampliare l'attuale offerta di servizi a favore dei bambini e degli adolescenti.

In particolare, visto il crescente fabbisogno di giovani affetti da disturbi mentali, che hanno bisogno di assistenza sociale ma anche sanitaria in specifiche strutture, l'azienda sanitaria deve definire insieme alla Ripartizione Sociale, alle comunità comprensoriali e all'azienda dei servizi sociali di Bolzano, il nuovo fabbisogno di posti letto integrati presso le comunità socio-pedagogiche e socioterapeutiche. L'azienda sanitaria ha il compito di definire percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali, che chiariscano i rapporti e le sinergie tra erogatori (pubblici e privati) e tra servizi, setting, etc.

#### *Assistenza alle persone affette dai disturbi dello spettro autistico*

Negli ultimi anni, i disturbi dello spettro autistico ha ricevuto una crescente attenzione sia a livello internazionale, ma anche a livello nazionale e nella Provincia di Bolzano.

Un'indagine condotta nel 2017 presso i servizi specialistici, che erogano assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico ha riportato che mediamente sono circa 400 le persone prese in carico. Un numero in crescita, che ha raggiunto nel 2020 la quota di circa 650 persone (circa 500 bambini e adolescenti e 150 adulti), registrando un incremento di più del 60% rispetto all'anno precedente.

Dietro a questo aumento c'è sicuramente oltre ad una maggior sensibilità verso la problematica a livello di comunità e di servizi, anche un'attività diagnostica più accurata, che permette di identificare i casi più precocemente.

La rete dei servizi specialistici sanitari per la cura delle persone con disturbo dello spettro autistico è definita e descritta nel Piano provinciale approvato dalla Giunta provinciale con propria deliberazione (**DGP n. 638 del 23 luglio 2019**).

Tuttavia, attualmente la rete ha grosse difficoltà a decollare e ad essere realizzata appieno, a causa di un numero limitato di risorse di personale, che deve operare nei servizi sanitari e sociali. Ciò causa lunghi tempi di attesa per la diagnosi precoce del disturbo dello spettro autistico nei bambini, così come anche per garantire le necessarie prestazioni terapeutico-riabilitative sia a bambini e adolescenti che a persone adulte.

Vi è inoltre un'urgente necessità di misure di sostegno e soccorso per le famiglie in situazioni molto complesse, che più volte hanno segnalato alle diverse istituzioni locali le gravi difficoltà che si trovano a dover affrontare per mancanza di strutture, idonee a erogare un'assistenza temporanea per il proprio figlio (centri diurni o strutture residenziali), preservandole da possibili sovraccarichi (burnout).

È necessario promuovere il reinserimento e l'integrazione del minore nella vita sociale mediante il raccordo dell'assistenza sanitaria con le istituzioni scolastiche e attraverso interventi sulla rete sociale formale e informale.

Molta attenzione deve essere prestata alla partecipazione attiva della famiglia, con interventi di sostegno, formazione ed orientamento ad essa dedicati e coinvolgimento attivo nel percorso terapeutico.

#### *Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige*

L'azienda sanitaria, in stretto accordo con i servizi sociali delle comunità comprensoriali ha il compito di definire e identificare, distintamente per comprensorio sanitario, le strutture ed i servizi sanitari e sociali e le relative risorse di personale necessarie, al fine di garantire una risposta adeguata a questa tipologia di utenza e alle loro famiglie. Queste strutture svolgono un importante ruolo nell'ambito della continuità delle cure e nel recupero e nel mantenimento della funzionalità.

L'azienda sanitaria ha il compito di realizzare un'adeguata rete dei servizi sia attraverso i propri servizi ed ambulatori specialistici, sia attraverso il supporto di strutture private specializzate con cui stipulare accordi contrattuali, sviluppando percorsi di integrazione e collaborazione fattiva. Inoltre, vanno previsti i setting mancanti, quali i centri diurni, posti letto residenziali oltre che il potenziamento dell'offerta ambulatoriale e socioassistenziale.

L'Azienda sanitaria deve indicare i provvedimenti programmatici/amministrativi emanati e adottati per l'ampliamento dell'offerta assistenziale, utile per dare una risposta appropriata a questa tipologia di utenza e alle loro famiglie.

#### *Assistenza alle persone con disturbi del comportamento alimentare (DCA)*

Nel 2020 in Provincia di Bolzano sono stati presi in carico dai servizi operanti sul territorio provinciale complessivamente 400 persone con disturbi del comportamento alimentare, di cui 176 nuovi casi.

Il fenomeno negli ultimi anni è in forte crescita come si evidenzia nella tabella.

Tabella 6.17 – Nuovi casi presi in carico negli ambulatori specialistici

Anno	2017	2018	2019	2020
Nuove prese in carico	124	122	196	179

Fonte: Azienda sanitaria Alto Adige

Il calo registrato nel corso del 2020 è facilmente imputabile alla pandemia, che ha portato molte persone a non recarsi presso gli ambulatori specialistici per timore di un possibile contagio.

Ciò porterà sicuramente ad aspettarsi nei prossimi mesi una significativa ripresa del fenomeno, caratterizzato anche da un numero sempre maggiore di casi a esordio precoce. I disturbi del comportamento alimentare sono in aumento e la casistica è sempre più giovane. Due terzi dei casi è comunque rappresentato da adulti di età maggiore di 18 anni.

L'attuale offerta di servizi per la cura dei DCA in Provincia di Bolzano può considerarsi sufficiente per quanto riguarda l'assistenza ambulatoriale erogata nei comprensori di Bressanone e Brunico. Qui i team sono attivi e hanno in gestione processi di cura complessi.

Diversa è la situazione per i comprensori di Bolzano e Merano, dove è necessario dare maggior strutturazione organizzativa all'offerta ambulatoriale, dotandola anche di personale dedicato.

Per le persone affette da DCA, siano esse bambini o adolescenti o persone adulte, la rete provinciale dei servizi, invece, è attualmente insufficiente per quanto riguarda la terapia

ambulatoriale intensiva erogabile in centri diurni e l'assistenza riabilitativa residenziale a carattere estensivo.

#### *Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige*

Disporre sul territorio di strutture residenziali e semiresidenziali, nonché di centri diurni che svolgono un importante ruolo nell'ambito della continuità delle cure e della minimizzazione del rischio di cronicizzazione della malattia, costituisce per l'Azienda sanitaria una priorità da perseguire nel corso di validità del presente provvedimento.

Inoltre, al fine di garantire un'adeguata rete di servizi ambulatoriali su tutto il territorio, l'Azienda sanitaria ha il compito di mettere in atto tutte le misure necessarie affinché anche l'offerta ambulatoriale per i residenti nei comprensori di Bolzano e Merano sia adeguatamente strutturata e dotata del personale necessario a rispondere ai bisogni della popolazione.

#### **6.3.6 Assistenza sanitaria nel settore delle dipendenze**

Le dipendenze da sostanze psicoattive o da comportamenti compulsivi costituiscono un problema complesso e di preoccupante attualità, al quale risponde un sistema sociosanitario di intervento costituito da servizi pubblici e del privato, integrati tra loro su tre livelli (sanitario/prevenzione/sociale).

Il lavoro della Rete Assistenziale trova il suo fondamento da un lato nelle Linee d'indirizzo per la politica sulle dipendenze in Alto-Adige (DGP n. 3043/2003), dall'altro nelle più dettagliate istruzioni contenute nel Piano di settore Dipendenze (DGP n. 106/2013).

Entrambi questi importanti documenti di programmazione provinciale si trovano in fase di aggiornamento, soprattutto grazie all'impulso dell'Unità di Coordinamento provinciale sulle Dipendenze (organo collegiale incaricato con Legge Provinciale n. 3/2006 a elaborare piani di intervento nell'ambito della sua funzione consultiva per la Giunta Provinciale).

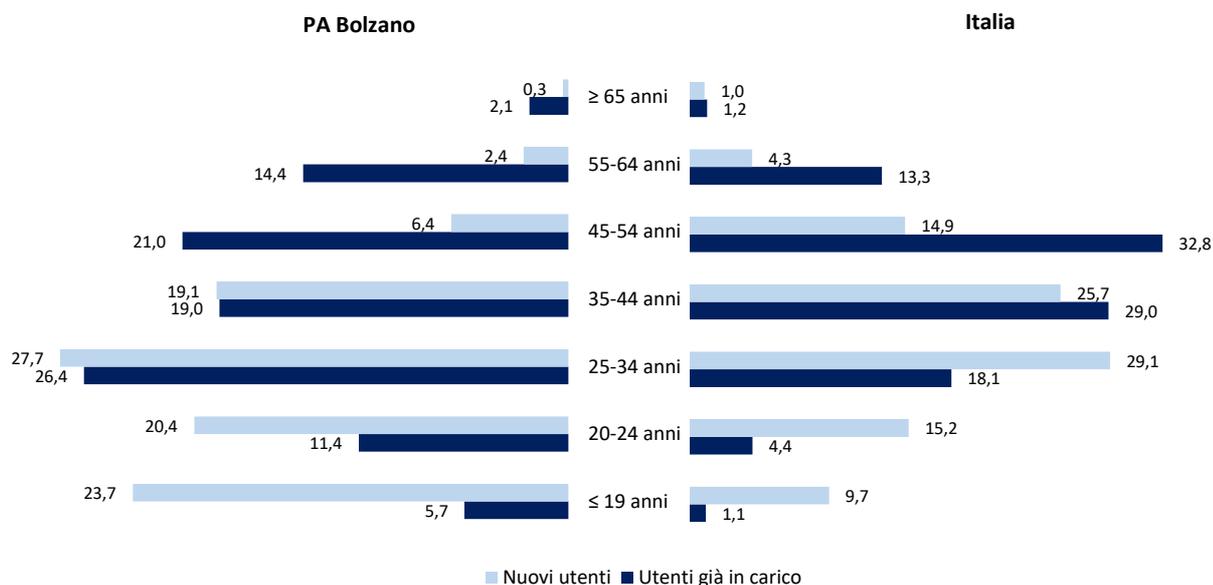
Nelle more di approvazione e aggiornamento dei piani sopra citati, si procede ad individuare quei settori delle dipendenze che, sulla base di riscontri avuti dai servizi, evidenziano al momento carenze dal punto di vista delle strutture sanitarie e conseguentemente di personale specializzato.

Tabella 6.18 – Nuovi casi presi in carico negli ambulatori specialistici

<b>Anno</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Pazienti	1.288	1.295	1.322	1.414
Prestazioni	193.086	191.259	209.479	211.389

Fonte: Flusso SIND e Ser.D - Azienda sanitaria Alto Adige

Il trend degli ultimi anni mostra gli utenti dei Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) in aumento nella nostra Provincia (vedasi anche la Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia del 2020).



Fonte: Ministero della Salute – NSIS (<https://nsis.sanita.it/>) - accesso 09/02/2021

In Provincia di Bolzano si riscontra il fabbisogno di **posti letto** per specifiche esigenze nel settore delle dipendenze, da realizzare **in tempi rapidi**; esigenza che è diventata ancor più urgente ed emergente durante tutte le fasi della pandemia.

In particolare, dato il rifiuto di accogliere pazienti da parte dell'unica struttura ospedaliera a livello provinciale dedicata alle **disintossicazioni**, i servizi e gli ambulatori sul territorio si sono trovati in forte difficoltà, non potendo contare su una rete sviluppata di offerte alternative.

Se da un lato mancano posti letto dislocati in più strutture, dedicati alla disintossicazione da sostanze, d'altro canto anche le possibilità di ricoveri necessari alla **stabilizzazione** dei pazienti risultano attualmente carenti.

#### *Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige*

Dato che stanno cambiando le modalità di consumo di sostanze stupefacenti, servono posti letto disponibili in tempi rapidi per gestire crisi psicosociali, perdite di controllo sull'uso di sostanze, soprattutto eccitanti e progetti di stabilizzazione del sintomo, ma anche per poter garantire periodi di astensione necessari per proseguire altri obiettivi di salute, p.e. trattamenti di altre patologie infettivologiche o internistiche, effettuare visite specialistiche per ottenere un'invalità civile ecc.

Al fine di riuscire a garantire un'adeguata assistenza a questa categoria di utenza l'Azienda sanitaria deve quantificare il fabbisogno di posti letto extraospedalieri per la disintossicazione e la stabilizzazione dei pazienti e stipulare eventuali accordi contrattuali con strutture private.

Inoltre, una particolare criticità riscontrata ed acuitasi durante il periodo pandemico riguarda il trattamento dei **cittadini stranieri** senza permesso di soggiorno (STP).

Attualmente in Provincia di Bolzano manca un percorso strutturato ed idoneo circa l'offerta di cure per questa tipologia di utenza, in attuazione anche delle disposizioni nazionali (D. Lgs. n. 286/1998, art. 35) e che permetta a questi pazienti di ricevere un'adeguata assistenza sanitaria

c.d. salvavita nel settore delle dipendenze (molto spesso aggravate dalla comorbilità con una psicopatologia).

L'Azienda sanitaria deve definire e predisporre un documento che definisca il suddetto percorso.

### 6.3.7 Assistenza a persone malate di AIDS e altre patologie croniche derivanti dall'abuso di sostanze tossiche

Al momento le persone sieropositive e affette da AIDS sono trattate in una comunità alloggio a carattere sociosanitario ad alta integrazione sanitaria, che ospita anche altre persone affette da patologie croniche derivanti da abuso di sostanze tossiche (droga e alcool). Attualmente la struttura può ospitare al massimo 14 ospiti contemporaneamente, come stabilito nell'accordo contrattuale con l'azienda sanitaria.

Tabella 6.19 – Pazienti in carico alla comunità alloggio

Anno	2016	2017	2018	2019	2020
Ospiti	16	19	17	20	23
Giornate di presenze anno	4.786	4.329	4.011	4.348	4.226

Fonte: Azienda sanitaria

Al fine di cercare di mantenere o migliorare la qualità di vita degli ospiti, l'accoglienza e i servizi garantiti a questa tipologia di utenza ricoprono l'intera giornata, ossia sono garantiti 24h/24h.

#### *Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige*

Al fine del recupero dell'attività non eseguita nel corso dell'anno pandemico 2020 è concesso all'Azienda sanitaria di predisporre piani e documenti per il fabbisogno crescente e linee di intervento da mettere in atto per ampliare l'attuale offerta di servizi a favore di persone gravemente compromesse dalla sieropositività, malate di AIDS e altre persone con patologie croniche derivanti da abuso di sostanze tossiche (droga e alcool).

L'azienda sanitaria ha il compito di **valutare**, tramite l'unità operativa di malattie infettive, la necessità di **ampliare** l'offerta, ossia **l'accoglienza**, sia presso il centro diurno, che presso la struttura residenziale e quantificare tale esigenza. Si tratta, infatti, di integrare e ampliare l'assistenza a questa tipologia di utenza, che potrebbe vivere in autonomia, con un adeguato supporto e una maggior strutturazione del quotidiano, possibile attraverso una figura professionale quale l'ergoterapista.

## 6.4 Ulteriori fabbisogni sanitari

Qualora l'Azienda sanitaria evidenziasse nuovi fabbisogni, non rilevabili attualmente e non riportati in questo documento, potrà in ogni momento segnalarli, supportandoli con adeguata documentazione, e richiedere all'Assessorato alla salute di avviare il processo di accreditamento rispetto alla tipologia di assistenza da soddisfare.

L'Assessorato procederà – se ritenuto compatibile col quadro di programmazione provinciale – ad integrare il presente documento e a segnalare sul portale provinciale della Salute gli ambiti in cui è rilevato un fabbisogno ancora non soddisfatto.