

Il Servizio Sanitario Toscano

visto attraverso i 5 più importanti studi nazionali di settore coordinati da istituzioni indipendenti o da istituti di ricerca pubblici

**Formez
Quaderno n.57**

2006

**Rapporto ERA
Mortalità
evitabile**

2005

**RAPPORTO
OSSERVASALUTE**

2005

Rapporto CEIS

2006

**Agenzia Servizi
Sanitari Regionali**

**2003
2004**

Il Servizio sanitario toscano a confronto

Il Servizio Sanitario Nazionale ha ricercato storicamente l'equità nella tutela dei diritti di salute attraverso l'uniformità degli assetti istituzionali e organizzativi a livello *inter* e *infra* regionale in coerenza al modello burocratico *weberiano*.

Il processo di regionalizzazione del SSN, al contrario, ipotizza che l'eterogeneità delle soluzioni istituzionali, se ben correlata alle caratteristiche regionali, possa garantire maggiore uniformità tra gli *outcome* sanitari delle regioni.

Le potenzialità del modello regionalista sono naturalmente soggette ad alcune limitazioni, anche importanti, quali la coerenza delle architetture organizzative adottate con le variabili socio economiche locali e il differenziale, non facilmente colmabile, del capitale umano e sociale disponibile.

Da qui la necessità di un costante monitoraggio del livello di salute conseguito per verificare la capacità del modello regionalista di garantire effettivamente un livello uniforme di diritti.

Il problema di una analisi comparativa della qualità dei servizi sanitari regionali mediante la valutazione nel tempo delle loro performance assume, quindi, un valore strategico: questa rassegna di studi nazionali avvia un confronto tra sistemi regionali basato sulle performance e sull'impatto di queste sulla salute della popolazione.

Gli studi di seguito sinteticamente rappresentati costituiscono un riferimento nel panorama nazionale per la loro qualità metodologica, per l'originalità del *Health reporting*, per l'autorevolezza delle Scuole e degli autori.

" ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata) Atlante 2007 Mortalità evitabile per genere e USL " è uno studio frutto di una collaborazione tra l'ISS, l'Università di Tor Vergata, l'ISTAT, il Ministero della Salute e la Nebo Ricerche Pa, che si propone di descrivere il quadro demografico e la mortalità evitabile con rigorosi metodi scientifici, applicati ai dati di mortalità ufficiale più recenti, rilevati e resi disponibili dall'ISTAT.

RAPPORTO CEIS-Sanità 2006 - Il governo del sistema sanitario.

Questo Rapporto ha raggiunto la 4° edizione ed è il risultato, ormai consolidato, di una collaborazione tra l'Università Tor Vergata di Roma ed alcuni partner privati. Il rapporto, fortemente orientato alla analisi del governo del sistema sanitario offre anche interessanti spunti di confronto tra i paesi OCSE sia su aspetti di carattere generale che su singole problematiche di alcuni paesi che costituiscono quantomeno degli interessanti riferimenti comparativi.

Il Formez – Centro di Formazione Studi è stato individuato, a seguito del Decreto Legislativo 285/99, come l'Agenzia istituzionale che promuove e sostiene i processi di trasformazione del sistema amministrativo italiano.

Il *Progetto Governance – Azioni a sostegno dell'innovazione della Pubblica Amministrazione*, realizzato dal Dipartimento della Funzione Pubblica in collaborazione con il Formez, intende accompagnare il processo di ammodernamento delle pubbliche amministrazioni (centrali, regionali, provinciali e comunali) alla luce del nuovo quadro istituzionale e dei mutamenti in atto nel contesto socioeconomico.

Il Progetto è articolato in numerose linee di intervento, tra cui una sulla " *Governance* dei servizi sanitari regionali ".

**AGENZIA PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI-
ANALISI DELLE AZIENDE OSPEDALIERE ANNO 2004
Ministero della Salute.**

Questo rapporto ha lo scopo di analizzare e confrontare i dati delle Aziende Ospedaliere sul territorio Nazionale secondo tre raggruppamenti: gli indicatori di **struttura**, quelli di **attività** e quelli di **costo**. Vengono esaminati i risultati di 95 strutture Aziendali di ricovero ospedaliero.

**RAPPORTO OSSERVASALUTE 2005
Stato di Salute e qualità dell'Assistenza nelle Regioni Italiane –anno 2005.**

Questo rapporto, giunto alla sua terza edizione, nasce dalla collaborazione multidisciplinare tra numerose università ed altre istituzioni pubbliche italiane e viene coordinato dalla Università Cattolica del Sacro Cuore.

Il "**Rapporto Osservasalute**" utilizza una metodologia di analisi comparativa ed indicatori internazionalmente validi, molti dei quali originano dal progetto "*European Community Health Indicators*" (ECHI) della Commissione Europea. Per la prima volta in Italia, infine, sono stati utilizzati anche gli indicatori di Qualità dell'AHRQ.

Studio Formez - Anno 2007

Il Formez – Centro di Formazione Studi è stato individuato, a seguito del Decreto Legislativo 285/99, come l’Agenzia istituzionale che promuove e sostiene i processi di trasformazione del sistema amministrativo italiano.

Il *Progetto Governance – Azioni a sostegno dell’innovazione della Pubblica Amministrazione*, realizzato dal Dipartimento della Funzione Pubblica in collaborazione con il Formez, intende accompagnare il processo di ammodernamento delle pubbliche amministrazioni (centrali, regionali, provinciali e comunali) alla luce del nuovo quadro istituzionale e dei mutamenti in atto nel contesto socioeconomico.

Il Progetto è articolato in numerose linee di intervento, tra cui una sulla “ *Governance dei servizi sanitari regionali* ”.

L’obiettivo generale è rafforzare le capacità di *governance* sanitaria attraverso la ricerca e la diffusione di analisi, metodologie, strumenti atti a supportare tecnicamente le scelte regionali/aziendali e la comunicazione tra i vari livelli del sistema (regionale, aziendale, locale) in una prospettiva di coerenza e integrazione.

La ricerca “ ***I sistemi di governance nei sistemi sanitari regionali*** ” si propone di:

1. Valutare la coerenza intrinseca dei servizi sanitari regionali con i bisogni della popolazione;
2. Definire gli elementi costitutivi e diversificativi dei sistemi sanitari regionali;
3. Valutare le performance dei diversi sistemi di *governance*.

La valutazione della coerenza intrinseca dei servizi sanitari regionali con i bisogni della popolazione è condotta attraverso l’analisi dei:

- Bisogni di salute;*
- Adeguato livello di domanda;
- Appropriato volume di offerta dei servizi;
- Appropriato volume di spesa sanitaria;
- Esiti per la salute.

* *i bisogni di salute sono definiti attraverso indicatori quali: fattori demografici ed economici, fattori di rischio, malattie croniche, disabilità e invalidità, mortalità generale, consumi farmaceutici, prestazioni specialistiche, ricoveri ospedalieri.*

La Tabella 1.0 mostra come, coerentemente con il modello interpretativo proposto e sulla base degli indicatori sopra riportati, si possa procedere ad una valutazione della coerenza interna dei sistemi sanitari nel rispondere ai bisogni di salute.

Il confronto è basato su due passaggi logici: (a) la congruenza tra bisogni-domanda-offerta e livello di spesa sanitaria e (b) il rendimento della spesa sotto il profilo della funzionalità dei servizi e dei risultati di salute prodotti.

Tabella 1.0 Valutazione di coerenza dei sistemi sanitari regionali

Regione	INDICATORI SINTETICI						POSIZIONAMENTO					
	Bisogni	Domanda	Offerta	Gestione	Spesa	Esiti	Bisogni	Domanda	Offerta	Gestione	Spesa	Salute
Piemonte	0,61	0,44	0,54	0,74	0,75	0,55	+++	++	+++	+++	+++	+++
Valle d'Aosta	0,55	0,39	0,39	0,67	1,00	0,48	+++	++	++	+++	++++	++
Lombardia	0,36	0,54	0,64	0,74	0,25	0,60	++	+++	+++	+++	+	+++
P.A. Bolzano	0,35	0,73	0,78	0,64	1,00	0,90	++	+++	++++	+++	++++	++++
P.A. Trento	0,40	0,42	0,70	0,64	1,00	0,98	++	++	+++	+++	++++	++++
Veneto	0,39	0,45	0,55	0,72	0,25	0,99	++	++	+++	+++	+	++++
Friuli-V.G.	0,73	0,47	0,76	0,75	0,75	0,83	+++	++	++++	++++	+++	++++
Liguria	0,83	0,69	0,72	0,75	1,00	0,66	++++	+++	+++	++++	++++	+++
Emilia-Romagna	0,84	0,66	0,79	0,73	0,75	0,79	++++	+++	++++	+++	+++	++++
Toscana	0,88	0,42	0,79	0,79	0,50	0,88	++++	++	++++	++++	++	++++
Umbria	0,76	0,63	0,70	0,77	0,50	0,89	++++	+++	+++	++++	++	++++
Marche	0,71	0,57	0,64	0,65	0,50	0,81	+++	+++	+++	+++	++	++++
Lazio	0,49	0,75	0,95	0,61	1,00	0,45	++	++++	++++	+++	++++	++
Abruzzo	0,78	0,74	0,91	0,54	0,75	0,56	++++	+++	++++	+++	+++	+++
Molise	0,83	0,77	0,84	0,48	0,75	0,53	++++	++++	++++	++	+++	+++
Campania	0,41	0,60	0,48	0,51	0,50	0,25	++	+++	++	+++	++	+
Puglia	0,45	0,65	0,45	0,39	0,25	0,38	++	+++	++	++	+	++
Basilicata	0,64	0,64	0,66	0,46	0,25	0,48	+++	+++	+++	++	+	++
Calabria	0,65	0,64	0,61	0,31	0,25	0,41	+++	+++	+++	++	+	++
Sicilia	0,63	0,84	0,67	0,42	0,25	0,26	+++	++++	+++	++	+	++
Sardegna	0,46	0,71	0,77	0,40	0,50	0,45	++	+++	++++	++	++	++

Fonte: Ns. elaborazioni sui dati dei cap. 1-5

Il risultato quantitativo degli indicatori di sintesi ed il relativo *grading* di posizione dei sistemi sanitari regionali, consentono di esprimere un giudizio di sintesi valutativa sulle singole regioni e di individuare i punti di forza e di debolezza correlati, come riportato in estratto per economia del presente lavoro solo per alcune regioni:

Regione	Valutazione del sistema	Modello Istituzionale	Punti di debolezza	Punti di forza
Lombardia	Coerente	Separato	Eccesso di offerta, bassa spesa (pubblica)	Gestione, esiti
Emilia-Romagna	Coerente	Misto quasi - integrato	Bisogni insoddisfatti?	Gestione, esiti
Toscana	Coerente	Misto quasi - integrato	Bisogni insoddisfatti? bassa spesa	Gestione, esiti

La Definizione degli elementi costitutivi e diversificativi dei sistemi sanitari regionali, obiettivo n°2 dello Studio Formez, consente di qualificare, valutare ed ordinare le diverse capacità di *governance* ** delle 21 Regioni, in funzione di alcuni aspetti di particolare significato quali:

- *visione* dei rapporti tra Regione e Aziende sanitarie;
- *condivisione/imposizione* degli obiettivi e modalità di composizione degli interessi;
- disponibilità di numerosi e diversificati *strumenti* e *capacità* di governo del sistema;
- stipula di *contratti* interaziendali ed eventualmente regionali.

** nel contesto della ricerca il termine **governance** è inteso nell'accezione che contrappone questo al termine **government**, per sottolineare come nel **government** prevalga l'utilizzo di strumenti gerarchici o proprietari, soprattutto dove predomina la produzione diretta di servizi, mentre nella **governance** prevalgano gli strumenti di indirizzo, promozione e di influenza dei processi societari.

Delle quattro dimensioni che costituiscono e differenziano i modelli di *governance*, le prime due (*visione e tipo di relazioni*) sono intimamente connesse tra di loro, mentre le altre due sono più indipendenti perché, pur disponendo di numerosi strumenti e capacità di governo, la Regione può non ritenere opportuno delegare una parte rilevante del controllo sulle variabili economico-finanziarie alle unità locali.

Le due dimensioni che diversificano i modelli regionali di *governance* sono quindi (1°) la disponibilità di scarsi/numerosi strumenti di governo e (2°) l'attivazione dei contratti interaziendali.

La combinazione di queste diverse dimensioni genera tre modelli di *governance* (il quarto è praticamente impossibile o molto velleitario): il modello Burocratico, il modello Accentrato e quello Contrattuale.

Il modello attribuito alla Regione Toscana è il Modello Contrattuale che si caratterizza per le seguenti peculiarità:

Visione : Regione perno ed arbitro.

Tipo di relazioni : concertazione.

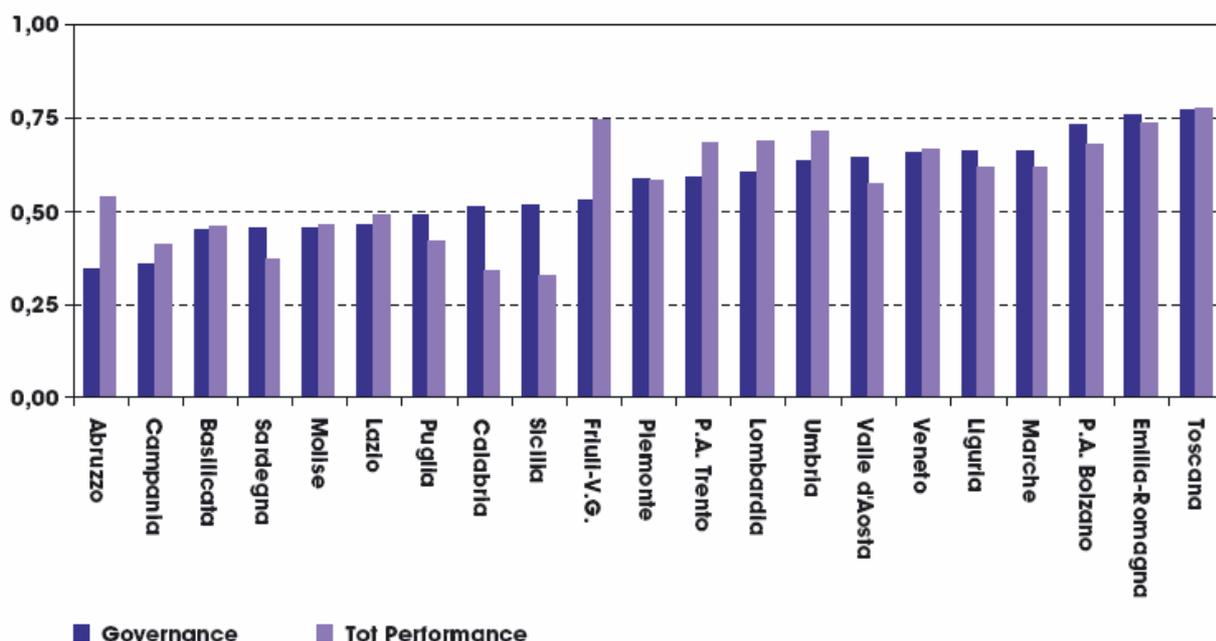
Lombardia ed Emilia – Romagna condividono con la Toscana il Modello Contrattuale.

La valutazione delle performance dei diversi sistemi di *governance* per rispondere all'obiettivo n°3, quale *grading* per risultato dei diversi sistemi regionali, è condotta mediante l'utilizzo di indicatori, semplici e di facile intuizione, sintetizzabili in indicatori di:

- contesto;
- risorse di governance;
- risultati gestionali;
- risultati di processo;
- risultati finali.

Una sintesi di giudizio, valutativa delle tre dimensioni più significative - gestione economica, indicatori di processo e risultati finali - è proposta dallo Studio Formez attraverso la media aritmetica dei tre indicatori di area, come **indice di performance totale**, il cui esito è graficamente rappresentato nella Figura 10.7.

Figura 10.7
Governance-performance totale



L'analisi dei casi regionali ha mostrato come esistano tre diversi modelli di *governance* nelle Regioni italiane; l'**indice di performance totale** mostra una significativa correlazione con il modello contrattuale in coerenza con i valori più elevati di *governance*. Un'elevata *performance*, paragonabile a quella dei modelli contrattuali, si riscontra anche in Veneto. I modelli di tipo burocratico e accentrato, ma con scarsi strumenti di *governance*, presentano, invece, *performance* meno soddisfacenti.

I modelli di maggiore successo sembrano dunque quelli di Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana che sono, sotto il profilo della *governance*, di tipo accentrato e contrattuale e, sotto il profilo istituzionale, di tipo integrato, misto quasi integrato e separato.

Nonostante le diversità dei modelli, le ragioni del successo si possono riscontrare sia nelle variabili "macro", sia in quelle "micro" ricavate dai questionari e riassunte analiticamente nella tabella 2

Tabella 2. I fattori di successo dei modelli regionali di <i>governance</i>				
Variabili di <i>governance</i>	Accentrato		Contrattuale	
	Integrato	Misto quasi - integrato	Separato	
	Veneto	Emilia - Romagna	Toscana	Lombardia
Contesto generale (favorevole)	medio	alto	medio	alto
Contesto specifico (favorevole)	alto	alto	alto	medio
Personale Assessorato	n.d.	n.d.	285	n.d.
Agenzia Sanitaria Regionale	si	si	si	/
Osservatorio epidemiologico	si	/	/	si
Capacità legislativa	bassa	alta	alta	media
Cultura programmazione	media	media	alta	media
Piani attuativi locali (ASL)	tutte	tutte	tutte	tutte
Accreditamento definitivo erogatori	/	4/8	6/8	8/8
Ciclo programmazione e verifica	si	si	si	si
Stile relazioni con Aziende Sanitarie	comunicazione	concertazione	concertazione	comunicazione ed ascolto
Sistema informativo evoluto	si	si	si	si
Budgeting delle AO	si	si	si	si
Budgeting delle ASL	si	si	si	si
Contratti interaziendali	/	si	si	si
Governo clinico (linee guida e PDT)	10/21	11/11	7/12	15/15
Capacità di investire (ex art. 20)	media	alta	alta	media
Uso leva fiscale	alta	nessuna	nessuna	alta
Spesa sanitaria	bassa	alta	media	bassa

ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata) - Atlante 2007 Mortalità evitabile per genere e USL.

Lo studio.

"ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata) Atlante 2007 Mortalità evitabile per genere e USL" è uno studio frutto di una collaborazione tra l'ISS, l'Università di Tor Vergata, l'ISTAT, il Ministero della Salute e la Nebo Ricerche Pa, che si propone di descrivere il quadro demografico e la mortalità evitabile con rigorosi metodi scientifici, applicati ai dati di mortalità ufficiale più recenti, rilevati e resi disponibili dall'ISTAT.

La mortalità evitabile.

La mortalità evitabile è un indicatore sentinella che misura la conclusione della vita in età 0-74 anni determinata da cause che la letteratura scientifica segnala come efficacemente contrastabili. L'indicatore può fornire un utile contributo ai fini della programmazione di interventi di sanità pubblica.

Come ha affermato nella premessa Augusto Panà, Direttore della cattedra di Igiene presso il dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Roma Tor Vergata *"lo studio conferma che le motivazioni principali della mortalità evitabile sono legate alla carenza di prevenzione sia primaria che secondaria oltre che alla disorganizzazione sanitaria. E' quindi evidente che limitare il fenomeno significa fare prevenzione, fare ricerca specifica, individuare e ridurre gli errori, fare educazione sanitaria, ottimizzare i tempi e i metodi delle organizzazioni sanitarie e dei processi assistenziali"*

L'indicatore.

L'indicatore progettato per l'Atlante ERA 2007 è "**giorni perduti per cause evitabili pro-capite**" (0-74 anni), e fa riferimento al tempo di vita perso, utilizzando come traguardo non raggiunto la speranza di vita, distinta per genere, al netto dei decessi per cause evitabili.

I dati sono riferiti a un triennio e non ad un solo anno per rendere più robuste le evidenze anche per le realtà di minori dimensioni; gli indicatori sono standardizzati, cioè depurati dagli effetti dovuti alla diversa struttura della popolazione per età.

La mortalità evitabile si distingue in tre categorie, che si differenziano a seconda del tipo di intervento in grado di contrastare le varie cause.

Nel dettaglio: la mortalità evitabile con interventi di prevenzione primaria (ad esempio il tumore al polmone attraverso la lotta al tabagismo), quella evitabile attraverso interventi di prevenzione secondaria (ad esempio il tumore al collo dell'utero attraverso la diffusione di screening per la diagnosi precoce) e quella evitabile attraverso interventi di igiene e assistenza sanitaria (le gravi patologie cardiache che si giovano di tempestivi interventi di soccorso).

Per ciascuna USL l'Atlante ERA 2007 presenta una scheda con informazioni specifiche che vanno dai tassi standardizzati specifici per cause, ai giorni di vita persi per mortalità evitabile, ad indicatori di contesto demografico, quali l'indice di vecchiaia e la proporzione di persone al di sopra dei 74 anni.

I dati dello studio.

In Italia, l'ISS ha stimato che all'anno i "giorni perduti per cause evitabili pro-capite (0-74)" siano circa 23 giorni per gli uomini e 12 per le donne: "numero apparentemente piccolo, in

quanto valore medio riferito a decine di milioni di persone, ma che - afferma l'ISS - esprime oltre 300mila casi di morte evitabile avvenuti dal 2000 al 2002".

Interpretando questi dati si potrebbe dire che una persona deceduta ogni 5 nel 2002 "aveva meno di 75 anni e la sua causa di morte era fra quelle che la letteratura scientifica riconosce come comprimibile con politiche pubbliche adeguate."

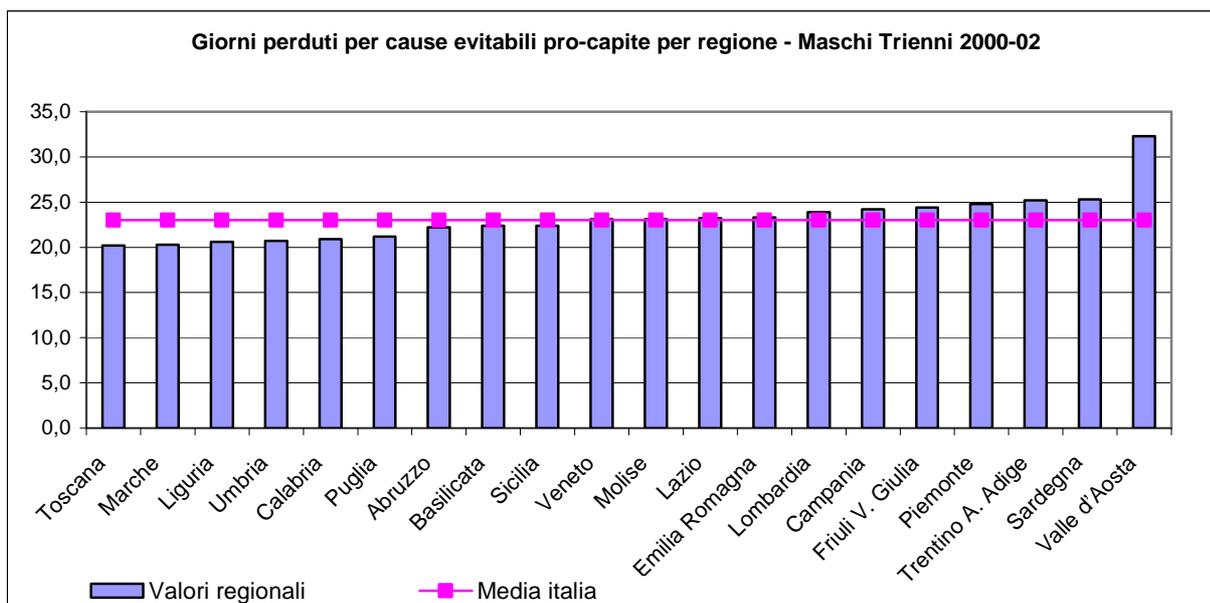
La speranza di vita alla nascita è per gli uomini attualmente di circa 77 anni. In assenza di mortalità evitabile, salirebbe a 81.6 anni, con un guadagno di circa 5 anni. Nel caso delle donne, la speranza di vita, in assenza di mortalità evitabile, salirebbe dagli attuali 83 anni a 85.5, con un aumento di circa due anni e mezzo.

Riguardo alla mortalità evitabile degli uomini tutte le regioni del nord del Paese hanno valori più elevati della media nazionale, ad eccezione della Liguria e, all'opposto, la Campania e la Sardegna sono le regioni meridionali con i valori più elevati. La Toscana fa registrare il valore più basso (20,2 giorni perduti)

Nella mortalità evitabile femminile, invece, si ha una situazione più articolata: tre delle quattro regioni del Centro Italia (Toscana, Umbria, Marche) hanno i valori più bassi, mentre il Lazio si segnala sopra la media nazionale; fra le regioni meridionali, in generale, con valori ridotti di mortalità evitabile, si notano le eccezioni di Sicilia e Campania.

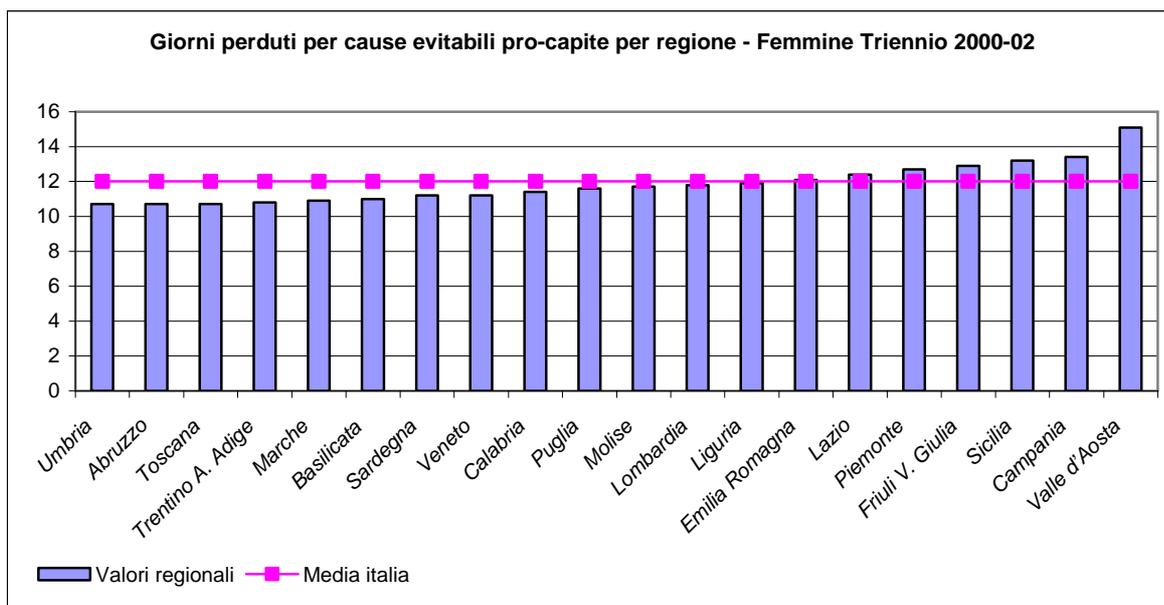
Giorni perduti per cause evitabili pro-capite per regione - Maschi Trienni 2000-02 e 1996-98

	2000-02	1996-98	var%
Toscana	20,2	22,8	-11,4
Marche	20,3	22,7	-10,6
Liguria	20,6	23,6	-12,7
Umbria	20,7	24,0	-13,8
Calabria	20,9	24,1	-13,3
Puglia	21,2	23,7	-10,5
Abruzzo	22,2	23,1	-3,9
Basilicata	22,4	24,6	-8,9
Sicilia	22,4	24,9	-10,0
Veneto	23,1	27,2	-15,1
Molise	23,1	24,1	-4,1
Lazio	23,2	25,2	-7,9
Emilia Romagna	23,3	26,5	-12,1
Lombardia	23,9	27,4	-12,8
Campania	24,2	27,4	-11,7
Friuli V. Giulia	24,4	28,6	-14,7
Piemonte	24,8	28,0	-11,4
Trentino A. Adige	25,2	28,4	-11,3
Sardegna	25,3	28,8	-12,2
Valle d'Aosta	32,3	32,8	-1,5
Italia	23,0	26,0	-11,5



Giorni perduti per cause evitabili pro-capite per regione - Femmine Trienni 2000-02 e 1996-98

	2000-02	1996-98	var%
Umbria	10,7	12,9	-17,1
Abruzzo	10,7	12,4	-13,7
Toscana	10,7	12,1	-11,6
Trentino A. Adige	10,8	12,6	-14,3
Marche	10,9	11,8	-7,6
Basilicata	11,0	12,4	-11,3
Sardegna	11,2	12,8	-12,5
Veneto	11,2	12,5	-10,4
Calabria	11,4	12,5	-8,8
Puglia	11,6	12,8	-9,4
Molise	11,7	13,0	-10,0
Lombardia	11,8	13,3	-11,3
Liguria	11,9	13,0	-8,5
Emilia Romagna	12,1	13,7	-11,7
Lazio	12,4	13,8	-10,1
Piemonte	12,7	14,5	-12,4
Friuli V. Giulia	12,9	14,0	-7,9
Sicilia	13,2	14,8	-10,8
Campania	13,4	14,9	-10,1
Valle d'Aosta	15,1	14,8	2,0
Italia	12,0	13,5	-11,1



Fonte: www.e-r-a.it

RAPPORTO OSSERVASALUTE 2005

Stato di Salute e qualità dell'Assistenza nelle Regioni Italiane –anno 2005

Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane

Università Cattolica del Sacro Cuore

Premessa

Questo rapporto, giunto alla sua terza edizione, nasce dalla collaborazione multidisciplinare tra numerose università ed altre istituzioni pubbliche italiane e viene coordinato dalla Università Cattolica del Sacro Cuore.

Il **"Rapporto Osservasalute"** utilizza una metodologia di analisi comparativa ed indicatori internazionalmente validi, molti dei quali originano dal progetto *"European Community Health Indicators"* (ECHI) della Commissione Europea. Per la prima volta in Italia, infine, sono stati utilizzati anche gli indicatori di Qualità dell'AHRQ.

Nella parte iniziale viene riportato un interessante confronto metodologico con un analogo rapporto pubblicato in U.S. sullo stato di salute della popolazione americana, curato dalla Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), dove si evidenzia come, in sistemi sia pure significativamente diversi, sia comune il bisogno di informazioni.

Si osserva altresì che: "...si conferma il livello medio-alto dei servizi sanitari regionali. Da questo punto di vista il S.S.N. va considerato da tutti i cittadini come un bene prezioso che ha dato, assieme alle migliorate condizioni socio-economiche, un contributo importante agli elevati standard di salute del nostro paese."

Nella sintesi si sostiene che gli italiani sono in buona salute e che la qualità dei servizi erogati dal SSN, anche in confronto agli altri paesi europei, è mediamente buona.

Si rileva che le variazioni regionali sono ancora molto ampie e l'attività delle regioni non sembra sufficientemente coordinata (Il 2005 conferma il rapporto 2004). Infatti accanto a regioni che hanno un tasso di mortalità infantile più basso del mondo, ci sono realtà con valori 4 volte superiori. Lo stesso per i parti cesarei: regioni che si pongono sullo standard ministeriale e regioni che lo superano anche di tre volte! Lo studio mette in evidenza che esiste anche una discreta variabilità interna alle regioni: se si osserva la mortalità a seguito di intervento per Bypass Aortocoronarico, si notano centri con un decesso ogni 500 interventi e centri (magari a pochi chilometri di distanza), con un decesso ogni 13 interventi. Il rapporto, infine, sottolinea come sia ancora carente il sistema informativo sanitario relativamente ad interi settori di attività.

Il Rapporto è diviso in due parti:

- nella prima si affrontano le problematiche della salute e dei bisogni della popolazione;
- nella seconda si esaminano i Sistemi Sanitari Regionali e la Qualità dei servizi.

Poiché questo studio, al pari di tutti gli altri, è facilmente reperibile e consultabile anche su internet, non si riporta né integralmente né sotto forma di sintesi se non con riferimento al dato medio nazionale: abbiamo scelto alcune parti che, a nostro giudizio, costituiscono la specificità di questo studio e lo caratterizzano rispetto agli altri.

SCREENING 2000-2003-2004

Si riportano due tabelle dove si evidenziano i dati sulla percentuale di donne inserite nel programma di screening mammografico e lo stato della attivazione dello screening del tumore del collo dell'utero.

Per il terzo screening (Colon-retto) si riferisce solo in merito alla sua attivazione nelle regioni Piemonte, Toscana e Veneto con una copertura pari al 40% della popolazione eleggibile.

Nei tre screening si evidenzia la Toscana nelle posizioni di testa, tra le regioni.

Regioni con programmi di screening attivi per il tumore del collo dell'utero-Anno 2003

Area	Programma regionale unico o attivazione totale	Programma regionale ad attivazione parziale	No attivazione/ Nessun dato
Nord	Piemonte Valle D'Aosta Trento-Bolzano Friuli Venezia Giulia Veneto Emilia Romagna	Lombardia	Liguria
Centro	Marche Toscana Umbria	Lazio	Molise
Sud e Isole	Basilicata Abruzzo	Campania Calabria Sicilia	Puglia Sardegna

Percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico organizzato per regione -Anni 2002-2003

	2002	2003
Toscana	100,0	100,0
Italia	49,6	56,0

MALATTIE INFETTIVE

Nel caso dell'AIDS, la Toscana segue il trend di diminuzione comune a tutte le regioni dal 1994 al 2004). Il Rapporto contiene una tabella dove sono riportate tutte le denunce di AIDS (valori assoluti), per regione, in questo periodo.

Tasso di Incidenza standardizzato di AIDS per regione di residenza (per 100.000 abitanti) - Anno 2004

	Tasso di incidenza
Toscana	3,04
Italia	2,85

SALUTE MENTALE

Mortalità per suicidio 1999-2002 : più bassa della media nazionale

Tasso di mortalità per suicidio, standardizzato per regione di residenza (per 10.000 ab.) Maschi – Anni 1992-2002

	1992	2002
Toscana	1,53	1,08
Italia	1,27	1,07

Tasso di mortalità per suicidio, standardizzato per regione di residenza (per 10.000 ab.) Femmine – Anni 1992-2002

	1992	2002
Toscana	0,37	0,24
Italia	0,39	0,27

TSO: valori regionali significativamente più bassi della media nazionale

Percentuale di dimessi in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) per regione di residenza – Anni 2001-2003

	2001	2002	2003
Toscana	0,08	0,09	0,10
Italia	0,25	0,16	0,17

Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici (per 10.000 abitanti) per sesso - Anni 1999,2002: valori toscani sotto la media regionale.

	1999		2002	
	maschi	femmine	maschi	femmine
Toscana	45,92	44,01	42,85	45,75
Italia	51,34	49,17	50,36	48,26

Percentuale di dimessi in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) – Anni 2001-2003 - Valori Toscani significativamente inferiori alla media nazionale.

	2001	2002	2003
Toscana	0,08	0,09	0,10
Italia	0,25	0,16	0,17

SALUTE DELLE POPOLAZIONI IMMIGRATE

Dimissioni ospedaliere per regime di ricovero per sesso (numero e tasso standardizzato per 1.000 abitanti, emigrati e residenti) – Anno 2003

	Ricoveri ordinari				Day Hospital			
	maschi		femmine		maschi		femmine	
	emigrati	residenti	emigrati	residenti	emigrati	residenti	emigrati	residenti
Toscana	136.1	131.7	178.5	133.7	28.9	52.2	61.4	55.4
Italia	134.7	165.2	179.7	163.6	39.0	63.8	69.0	70.2

Nati vivi con almeno un genitore cittadino straniero – Anno 2003

	%
Toscana	12,0
Italia	8,9

Abortività : % di I.V.G. di cittadine straniere – Anno 2003

	%
Toscana	28,8
Italia	25,6

Infortuni sul lavoro di lavoratori extracomunitari per regione (numero e tasso per 100 lavoratori) – Anno 2003: Tasso toscano inferiore a quello nazionale.

	Numero	Tasso
Toscana	7.827	6,3
Italia	106.930	6,6

SALUTE MATERNO INFANTILE

Tasso di Mortalità infantile per regione di residenza (tasso per 10000 ab.) Anno2002

	Tasso
Toscana	2,0
Italia	4,1

Interruzione volontaria della gravidanza (tasso standardizzato per 1000 donne) – anno 2003

	Tasso
Toscana	9,4
Italia	9,5

Dimissioni dagli istituti di cura per aborti spontanei (tasso standardizzato per 1000 nati vivi) anno 2002

	Tasso
Toscana	108,3
Italia	116,0

Percentuale dei parti cesarei per regione di residenza – Anni 1998,2003

	% 1998	%2003
Toscana	22,5	25,3
Italia	31,4	36,6

PARTE SECONDA Sistemi Sanitari Regionali e Qualità dei servizi

“Le performance delle aziende sanitarie e, come conseguenza, dei sistemi sanitari delle regioni sono certamente correlati alla disponibilità di risorse. La teoria e la pratica manageriale hanno mostrato come il “successo” delle organizzazioni dipenda sempre di più dalle modalità di combinazione delle risorse e delle competenze, ovvero dall’organizzazione data a tali fattori.

I costi per la formazione del personale, sono ritenuti indicativi della propensione della azienda sanitaria ad investire sul mantenimento/sviluppo del fattore della produzione più rilevante: il personale”.

Spesa pro-capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendente delle ASL e delle A.O. – Anno 2001,2002 – valori in € : la Toscana si colloca sopra la media nazionale.

	ASL			A.O.		
	2001	2002	Var.assoluta	2001	2002	Var.assoluta
Toscana	291,00	204,00	-87,00	73,00	145,00	72,00
Italia	234,00	155,00	-79,00	89,00	100,00	11,00

COMPOSIZIONE DELLA SPESA SANITARIA PER MACRO-CATEGORIE (ANNO 2002):

Percentuale della spesa sanitaria per funzione economica e percentuale della spesa sanitaria privata delle famiglie –Anno 2002: la Toscana sopra la media , al 5° posto

	Servizi sanitari forniti direttamente	Servizi sanitari forniti in convenzione	Altre spese
Toscana	61,29	31,71	7,01
Italia	53,65	40,44	5,91

Percentuale della spesa sanitaria privata delle famiglie . Anno 2002: 5° posto sopra la media

	Spesa sanitaria delle famiglie
Toscana	22,75
Italia	22,42

MODALITÀ DI UTILIZZO DEL TICKET FARMACEUTICO (2005):

La RT fa parte del gruppo delle 12 regioni e Prov Autonome che non hanno attivato il ticket farmaceutico, contrariamente ad altre 9 regioni-prov. Autonome

PREVENZIONE, FATTORI DI RISCHIO E STILI DI VITA

Sempre più numerose evidenze scientifiche documentano la stretta correlazione tra l'insorgenza di alcune patologie e l'adozione di stili di vita non corretti, alcuni dei quali influenzati da fattori sociali ed economici che si pongono al di fuori delle possibilità di controllo individuale ed esulano dalla sfera di intervento del sistema dei servizi sanitari. Gli interventi su questi determinanti di salute richiedono più ampi sforzi nazionali e locali.

Centri antifumo (numero e tasso per 100.000 ab.) del SSN e della Lega italiana per la lotta contro i Tumori- Ano 2005: la Toscana tra le 4 regioni con più centri attivi.

	Centri SSN	Centri LILT	TOT Centri	Tasso
Toscana	25	8	33	0,92

Prevalenza di consumatori di bevande alcoliche per sx (tassi per 100 persone) – Anno 2002: la Toscana risulta di poco superiore ai valori medi nazionali.

	maschi	Femmine
Toscana	88,8	66,8
Italia	86,6	60,1

Persone di 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica per frequenza – Anno 2002 : la Toscana si attesta sui valori medi nazionali

	In modo continuativo	In modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Toscana	17,1	9,5	24,9	41,3	7,2
Itala	19,2	9,7	27,8	39,8	3,5

Prevalenza di persone in sovrappeso ed obese di 18 anni ed oltre – Anno 2002: i valori medi toscani sono inferiori ai valori medi nazionali .

	% di persone in sovrappeso	% di persone obese
Toscana	30,8	8,3
Italia	33,5	8,5

COPERTURA VACCINALE ANTINFLUENZALE

Tasso di copertura vaccinale antinfluenzale per classi di età – Stagione 2003-2004: La Toscana è tra le regioni a maggior copertura, superiore alla media nazionale.

	< 5 anni	5-14 anni	15-24 anni	25-64 anni	>= 65 anni	totale
Toscana	6,2	5,0	6,0	7,4	61,5	19,4
Italia	4,0	3,1	3,5	6,9	63,4	17,5

ASSISTENZA TERRITORIALE

Il distretto è la struttura operativa periferica della ASL, primo punto di riferimento per il cittadino nell'accesso ai servizi sanitari dell'azienda, per il soddisfacimento dei bisogni di salute, la tutela della continuità e dell'integrazione assistenziale.

Indice di posti letto nei presidi residenziali socio-sanitari per i non autosufficienti, per regione e per 10.000 ab. –Anni 2000-2002 : La toscana esprime valori superiori alla media nazionale.

	2000	2002
Toscana	32,5	34,0
Italia	27,2	29,9

Tassi standardizzati di ospedalizzazione medi annui per Asma e complicanze a lungo termine per Diabete (CLTD) con età > 18 anni (Tassi per 1000 ab.): la Toscana dimostra valori inferiori alla media nazionale.

	Asma tsd	CLTD std
Toscana	0,21	0,33
Italia	0,25	0,54

ASSISTENZA OSPEDALIERA

“La razionalizzazione delle reti ospedaliere è già stata attivata in molte regioni ma ancora rimane un importante obiettivo di programmazione sanitaria per diverse realtà locali. Infatti l’ultima intesa in Conferenza stato regioni del 23 marzo 2005, le Regioni si sono impegnate ad adottare gli opportuni provvedimenti per la riduzione dei tassi di ospedalizzazione complessivi entro il 180 per mille e la dotazione strutturale di pl a valori non superiori a 4,5 per mille ... Il mutare della domanda sanitaria, lo sviluppo della tecnologia che consente di erogare prestazioni di provata sicurezza ed efficacia anche al di fuori del contesto ospedaliero e di monitorare al proprio al proprio domicilio i pazienti affetti da patologie croniche , il nuovo ruolo degli ospedali chiamati a fornire prestazioni di alto livello, continuano a spostare l’attenzione dall’ospedale al territorio”.

Posti letto in terapia intensiva: dal 1992 al 2003: i valori regionali sempre superiori alla media nazionale

	1992	1996	2000	2002	2003
Toscana	0,70	0,93	1,45	1,53	1,55
Italia	0,67	0,82	1,28	1,40	1,48

ORGANIZZAZIONE D.E.A. : Tasso di posti letto in DEA di 1° e 2° livello Anno 2003: i valori regionali sono superiori alla media nazionale.

	DEA 1°	DEA 2°	TOT. DEA
Toscana	0,45	0,28	0,73
Italia	0,39	0,22	0,61

CENTRALI 118: la Toscana ha un numero di centrali superiore allo standard ed alla media nazionale.

	N° province	N° centrali	Rapporto
Toscana	10	12	1,2
Italia	103	104	1,0

OSPEDALIZZAZIONE

Dimissioni ospedaliere per regime di ricovero (tasso grezzo e tasso std per 1000 ab.) – Anno 2003: valori migliori della media nazionale, e coincidenti con l’obiettivo conferenza stato-regioni .

	Regime ordinario		Day Hospital		Totale	
	Tasso grezzo	Tasso std	Tasso grezzo	Tasso std	Tasso grezzo	Tasso std
Toscana	128.8	120.3	52.5	51.1	181.4	171.3
Italia	149.7	152.0	62.5	63.1	212.2	215.1

Giornate di degenza per regione (Numero, Tasso grezzo e tasso pesato) – Anno 2003: la Toscana si posiziona su risultati eccellenti.

	N° giornate effettive	Tasso pop. residente	Tasso pop. pesata
Toscana	3.808.558	1.083	989
Italia	66.212.713	1.155	1.155

Degenza media standardizzata anno 2003: la Toscana si posiziona sulla media nazionale

	Valore grezzo	Valore std
Toscana	7,4	6,9
Italia	6,7	6,7

Degenza media pre-operatoria (DMPO) in regime di ricovero ordinario – anni 2002-2003: la Toscana si posiziona sulla media nazionale.

	DMPO 2002	DMPO 2003	Var. assoluta
Toscana	2,19	2,19	0,0
Italia	2,13	2,09	-0,4

Degenza media preoperatoria (DMPO) in regime ordinario su alcuni DRG: la Toscana migliora il dato che è inferiore alla media nazionale (anno 2003).

	Tutti i DRG chirurgici	DRG 162	DRG 198	DRG 209	DRG 232
Toscana	2,19	0,85	2,37	2,85	0,97
Italia	2,09	0,97	2,33	3,17	1,18

Utilizzo del DH per i DRG Medici a rischio di inappropriately: anche in questo caso, la Toscana con dati migliori della media nazionale .

	Totale ricoveri			% casi DH		
	2002	2003	Var %	2002	2003	Var. %
Toscana	74.082	58.147	-21,5	29,3	34,1	16,3
Italia	1.667.447	1.548.125	-7,2	33,1	38,9	17,4

Dimissioni con DRG medico in regime ordinario (Dimessi con 1 solo gg di degenza, deceduti e trasferiti con un solo gg di degenza, percentuale) – Anno 2003: la Toscana si posiziona su valori inferiori alla media nazionale

	Dimessi	Deceduti e trasferiti	Tot. ricoveri	%
Toscana	25.982	5.722	328.012	7,9
Italia	606.347	85199	5.762.024	10.5

Dimissioni ospedaliere per regime di ricovero (Tasso grezzo e tasso std per 1000 abitanti) – Anno 2003

	Regime ordinario		Day Hospital		Totale	
	Tasso grezzo	Tasso std	Tasso grezzo	Tasso std	Tasso grezzo	Tasso std
Toscana	128.8	120.3	52.5	51.1	181.4	171.3
Italia	149.7	152.0	62.5	63.1	212.2	215.1

Tasso di dimissione ospedaliera in lungodegenza in regime ordinario – Anno 200 : valori toscani significativamente inferiori alla media nazionale

	0-64	65-74	>=75
Toscana	0,1	0,9	5,0
Italia	0,3	2,8	11,3

Ricoveri e % di utilizzo del DH con DRG 243 : Affezioni mediche del dorso – Anni 2002-2003: : i valori Toscani sono migliori delle rispettive medie nazionali.

	Totale ricoveri			% casi DH		
	2002	2003	Var. %	2002	2003	Var. %
Toscana	6.783	5.333	-21,4	14,5	20,0	38,2
Italia	131.629	114.675	-12,9	16,2	19,6	20,9

Ricoveri e percentuale di utilizzo del DH con DRG 134: Ipertensione - Anni 2002 – 2003: i valori Toscani sono migliori delle rispettive medie nazionali.

	Totale ricoveri			% casi DH		
	2002	2003	Var. %	2002	2003	Var.%
Toscana	3.775	2.345	-37,9	30,6	41,2	34,9
Italia	129.426	115.540	-10,7	46,1	52,7	14,4

RAPPORTO CEIS-Sanità 2006

Il governo del sistema sanitario

Facoltà di Economia

Università degli studi di Roma "Tor Vergata"

Questo Rapporto ha raggiunto la 4° edizione ed è il risultato, ormai consolidato, di una collaborazione tra l'Università Tor Vergata di Roma ed alcuni partner privati che collaborano stabilmente in una attività di ricerca prospetticamente mirata alla organizzazione, nel 2008, di un convegno europeo di Economia Sanitaria.

Questo rapporto, fortemente orientato alla analisi del governo del sistema sanitario offre anche interessanti spunti di confronto tra i paesi OCSE sia su aspetti di carattere generale che su singole problematiche di alcuni paesi che costituiscono quantomeno degli interessanti riferimenti comparativi anche se esulano dal nostro scopo contingente.

Uno degli aspetti che ci è sembrato caratterizzare questo studio è la problematica generale della "Equità nel Servizio Sanitario" che qui viene analizzata in relazione a due indicatori:

- "Impoverimento e spese catastrofiche";
- "Accesso ai servizi".

" Impoverimento e spese catastrofiche "

Il S.S.N. è una assicurazione sociale di stampo universalistico: questo dovrebbe assicurare i cittadini contro l'insorgenza di oneri economici derivanti dalla malattia. L'O.M.S., per valutare l'equità del S.S.N., ha proposto di integrare le tradizionali misure sul finanziamento dei sistemi, con altre misure che si basano sulla comparazione della spesa familiare non coperta da assicurazioni (*out of pocket*) con il tetto massimo di contribuzione in rapporto al reddito (*capacity to pay*), definito dall'OMS a livello del 40% del reddito.

Secondo i ricercatori del Ceis, persiste uno "zoccolo duro" di iniquità sociale, numericamente rappresentato dalle famiglie che si impoveriscono e, almeno in parte, da quelle che sostengono spese "catastrofiche".

Nel triennio 2002-2004 (ultimi dati resi disponibili dall'Istat), tale zoccolo duro è quantitativamente rappresentato, come media nazionale, da circa l'11% di famiglie povere, a cui si aggiunge l'1,3%, di impoverimento causato da bisogni di salute. In altri termini la salute provoca un aumento di circa il 10% dei poveri "effettivi". A questi si aggiunga oltre il 4% di famiglie che, malgrado siano titolari "sulla carta" di una copertura globale dei propri bisogni sanitari, sostengono direttamente una spesa per assistenza sanitaria che supera la soglia di riferimento proposta dall'Oms, ovvero il 40% della loro *capacity to pay*, ovvero del contributo massimo in relazione al reddito.

In termini assoluti il fenomeno è ragguardevole, essendo coinvolti complessivamente oltre 1.200.000 nuclei familiari.

L'anzianità è un catalizzatore potente della fragilità: oltre il 60% delle famiglie impoverite contiene anziani: in altri termini, la condizione anziana aumenta del 50% la probabilità di un impoverimento causato da spese sanitarie *sostenute senza copertura assicurativa*.

Tabella 9 - Impoverimento, povertà e spese catastrofiche secondo la metodologia WHO con soglie ISTAT, distribuzione percentuale delle famiglie per Regione - Italia 2004

	Poor	Impoor	Cata
Piemonte e Valle d'Aosta	6,2%	0,9%	3,4%
Lombardia	3,6%	1,0%	2,2%
Trentino Alto Adige	7,0%	0,8%	3,7%
Veneto	4,2%	0,7%	2,7%
Friuli Venezia Giulia	5,1%	0,3%	1,9%
Liguria	5,6%	1,5%	2,8%
Emilia Romagna	3,4%	1,0%	2,7%
Toscana	5,4%	1,2%	2,4%
Umbria	8,8%	1,4%	4,0%
Marche	7,4%	0,5%	3,9%
Lazio	7,9%	0,9%	2,5%
Abruzzo	16,1%	1,5%	4,4%
Molise	21,4%	2,3%	8,0%
Campania	24,7%	1,4%	6,2%
Puglia	25,1%	2,3%	7,3%
Basilicata	27,6%	1,8%	9,7%
Calabria	24,3%	2,6%	10,2%
Sicilia	29,6%	2,4%	9,2%
Sardegna	15,1%	1,9%	5,6%
Italia	11,5%	1,3%	4,2%

Fonte: Nistro elaborazione su dati ISTAT

Osservando questa tabella, e tenendo conto che si tratta di indicatori molto sofisticati e di recente impiego, si può tuttavia pensare che il SISTEMA TOSCANO, pur avendo una base relativamente ampia di povertà (5,4%) presenta un indice di rischio di impoverimento dell'1,2% e di spese catastrofiche del 2,4% , che si potrebbe spiegare sia per le caratteristiche del servizio sanitario ma anche per la forte integrazione tra sistema sanitario e sistema sociale-economico. Integrazione che contribuisce ad estendere la tutela e la sicurezza dei cittadini.

AGENZIA PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

ANALISI DELLE AZIENDE OSPEDALIERE ANNO 2004

Ministero della Salute.

Questo rapporto ha lo scopo di analizzare e confrontare i dati delle Aziende Ospedaliere sul territorio Nazionale secondo tre raggruppamenti: gli indicatori di **struttura**, quelli di **attività** e quelli di **costo**. Vengono esaminati i risultati di 95 strutture Aziendali di ricovero ospedaliero: è da sottolineare come nell'elenco non sono considerati alcuni Policlinici Universitari di rilevanza nazionale e come la definizione di "Azienda Ospedaliera" vari a seconda delle politiche organizzative Regionali. Ne deriva il rischio di confrontare dati di strutture molto dissimili tra loro, sia come volumi di offerta che della sua tipologia specialistica, essendo nell'elenco compresi Presidi mono Specialistici, vuoi come discipline presenti, vuoi come fasce di età trattate.

Per tale ragione, e per motivi di "leggibilità" dei dati a confronto, è stata fatta una ulteriore selezione, limitando la scelta del confronto ad un insieme il più possibile omogeneo. Sono stati selezionati i Presidi (almeno uno per Regione) sede di Università, con un numero coerente di posti letto, plurispecialistici e sicuramente dotati di Reparti di Alta Specialità, sia medica che chirurgica per tutte l'età. Ciò spiega, innanzitutto, la non eleggibilità, per la Regione Toscana, dell' A.O.U. Meyer, Presidio specialistico Pediatrico.

L'elenco delle 34 Strutture confrontate è riportato nella Tab. 1.

Per una migliore lettura dei grafici, è stato modificato in questi il codice di ciascun Presidio aggiungendo la sigla della Regione di appartenenza.

Degli indicatori presi in esame nel documento di riferimento sopra riportato, sono stati selezionati ed associati nei grafici alcuni dati che potessero, come macro-analisi, evidenziare alcuni fattori di costo e di efficienza rapportati alla complessità della casistica trattata nelle singole Strutture.

Innanzitutto, la figura 1 mette in relazione la complessità media della casistica trattata (espressa come *peso DRG*) con la Degenza Media dei ricoveri ordinari, indice che usualmente viene associato alla "efficienza" della struttura in esame. **Dal confronto dei dati si evidenzia come le 3 Aziende Ospedaliere Toscane abbiamo, in modo abbastanza omogeneo, una elevata complessità di casistica, tra le migliori a livello nazionale, ed una degenza comparabilmente più elevata nella media, con una performance complessiva soddisfacente, ma non ottimale nel rapporto dei due indicatori.**

Il grafico 2 confronta la frequenza percentuale, sulla totalità della casistica trattata, di DRG "ad alta complessità" (così definiti come quelli con peso DRG \geq a 2,5) con il costo medio di una giornata di degenza. **Si evidenzia una attività complessiva di eccellenza nei Presidi Toscani, con un costo medio compatibile, salvo forse un caso, con l'elevata specializzazione erogata.**

L'ultima figura analizza, infine, l'entità di risorse umane, rapportate ai posti letto, nelle diverse realtà. **Globalmente, pur considerando gli indicatori di complessità sopra riportati, i dati comparativi possono suggerire delle riflessioni sul rapporto attuale, nelle tre Aziende Ospedaliere Toscane, tra personale direttamente**

addetto all'assistenza ed il totale dei dipendenti e, in generale, sulla efficienza e produttività delle risorse umane, uno degli obiettivi strategici del Piano Sanitario in elaborazione.

Tab. 1

Cod. A.O.	Denominazione Azienda	Posti Letto	Ricoveri Totale	Numero Unità Operative	% Ric.DH / Ric. TOT.
901	A. O.S.GIOVANNI BATTISTA (TORINO)	1.570	59.831	33	40,7
903	A. O. O.I.R.M.S.-SANT'ANNA (TORINO)	894	58.283	27	38,5
954	A.O. SPEDALI CIVILI (BRESCIA)	1.959	103.759	36	29,5
959	A.O. S.ANNA (COMO)	907	46.143	31	29,7
962	A.O. OSPEDALI RIUNITI (BERGAMO)	1.061	55.044	33	32,9
967	A.O. "OSP.NIGUARDA CA`GRANDA" (MI)	1.227	54.933	36	39,2
968	A.O. "IST.CLIN.PERFEZIONAMENTO" (MI)	1.121	65.782	21	36,0
977	A.O. "S.GERARDO" (MONZA)	1.476	64.195	30	36,1
901	A. O. (PADOVA)	1.667	85.989	45	31,8
902	A.O. (VERONA)	1.888	85.670	39	28,3
910	A. O. "S.M.MISERICORDIA" (UDINE)	826	32.901	26	22,9
913	A.O.UNIV. OSPEDALI RIUNITI (TRIESTE)	1.028	31.772	20	11,3
930	A.O.OSPEDALE S.MARTINO (GENOVA)	1.662	79.265	39	42,1
902	A.O. (PARMA)	1.399	54.245	39	20,0
904	A.O. POLICLINICO (MODENA)	988	51.081	34	26,9
908	A.O. S.ORSOLA-MALPIGHI (BOLOGNA)	1.813	79.813	38	25,0
901	A.O. PISANA (PISA)	1.598	72.298	40	35,0
902	A.O.SPEDALI RIUNITI (SIENA)	876	39.029	38	29,5
903	A.O. UNIVERSITARIA - CAREGGI (FI)	1.862	85.760	36	26,5
901	A.O. (PERUGIA)	939	49.994	32	30,2
905	A.O.U.OSPEDALI RIUNITI - ANCONA	1.006	53.232	36	23,4
901	A.O..SAN CAMILLO-FORLANINI (ROMA)	1.510	74.513	33	37,2
902	A.O.. S.GIOVANNI/ADDOLORATA (ROMA)	934	41.961	30	33,2
901	A.O. "A. CARDARELLI" (NAPOLI)	1.063	101.581	31	24,2
904	A.O.OO.RR.S.GIOVANNI DI DIO (SA)	766	37.734	28	16,9
907	A.O. POLOCLINICO (BARI)	1.405	73.441	37	28,2
910	A.O."OSPEDALI RIUNITI" (FOGGIA)	940	49.232	29	18,2
901	A.O. S.CARLO (POTENZA)	863	40.872	25	30,5
912	A.O. (COSENZA)	792	38.632	30	32,6
915	A.O. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI (RC)	745	28.587	28	28,6
901	OSPED CIVICO DI CRISTINA ASCOLI (PA)	1.136	69.692	40	42,3
902	A.O. GARIBALDI (CATANIA)	1.017	52.704	29	41,1
903	A.O. V.E. FERRAROTTO S.BAMBINO (CA)	995	72.005	27	48,3
904	A.O.G.BROTZU (CAGLIARI)	678	38.194	20	26,9

