ATLANTE DELLA SANITÀ ITALIANA /2001

Prometeo©

Indagine sulle realtà territoriali delle Aziende Usl: stato di salute della popolazione, servizi sanitari, contesto demografico ed economico

UNIVERSITA' TOR VERGATA

ISTAT

Ilesis
Ricerca e Formazione per i Sistemi Sanitari

Nebo Ricerche PA

Farmindustria

©Prometeo – Atlante della Sanità Italiana – 2001
Italpromo Esis Publishing S.r.l.
Roma dicembre 2001

Via del Commercio 36, 00154 Roma – tel. 06/5729981
E-mail: ilesis@ihg.it

È vietata la riproduzione, anche parziale o ad uso interno o didattico, con qualsiasi mezzo effettuata, non autorizzata.

Progetto grafico: Rc data design, Roma
Impaginazione: Italpromo Esis Publishing, Roma
Stampa: Artigrafiche S.r.l., Via Vaccareccia 57, 00040 - Pomezia (Rm)

UNIVERSITA' TOR VERGATA

ISTAT

ATLANTE DELLA SANITÀ ITALIANA - 2001

Prometeo

Indagine sulle realtà territoriali delle Aziende Usl: stato di salute della popolazione, servizi sanitari, contesto demografico ed economico

Ilesis
Ricerca e Formazione
per i Sistemi Sanitari

Nebo
Ricerche PA

Farmindustria

Prometeo 2001 è realizzato con il contributo di:

Università di Roma Tor Vergata
Cattedra di Igiene
Dipartimento Sanità Pubblica

Istituto Nazionale di Statistica
Direzione Centrale per le indagini sulle Istituzioni Sociali

Ilesis
Ricerca e Formazione per i Sistemi Sanitari

Nebo Ricerche PA

Farmindustria

Comitato Promotore
Giuseppe Cananzi[1], Ivan Cavicchi[2], Viviana Egidi[3], Cesare Fassari[4], Augusto Panà[5]

Gruppo di lavoro
Modello ed elaborazione degli indicatori di epidemiologia dei servizi sanitari, materiali e metodi, classifica sullo stato di salute della popolazione e schede di dimissione ospedaliera
Giuseppe Cananzi, coordinamento generale
Natalia Buzzi[6], coordinamento tecnico
Vittoria Buratta[7] e Armando Muzzi[8], supervisione scientifica
Luisa Frova[9], Silvia Bruzzone[9], Alessandra Burgio[9], Raffaella Iacoucci[10],
Nebo Ricerche PA, servizi di elaborazione dati
Mico, realizzazione informatica

Analisi degli indicatori a livello regionale e di Asl, il ruolo del farmaco nella società italiana, integrazione pubblico e privato, confronti internazionali
Cesare Fassari, coordinamento generale
Federico Spandonaro[11], coordinamento scientifico
Annarita Barrella[12], Cristina Giordani[12], Laura Fioravanti[12], Laura Francia[12],
Aurora Polacsek[12], Emanuela Pieroni[13]
Andrea Moretti[14] e Lorenzo Terranova[15], consulenza scientifica
Italpromo Esis Publishing, coordinamento editoriale e Cd

---

[1] Dirigente Ufficio Studi ARAN, Componente Osservatorio sui servizi sanitari, Cattedra di Igiene, Università di Roma Tor Vergata
[2] Direttore Generale Farmindustria, Docente di Sociologia sanitaria, Università La Sapienza di Roma
[3] Direttore Dipartimento Statistiche Sociali Istituto Nazionale di Statistica
[4] Presidente Ilesis
[5] Direttore Cattedra di Igiene, Università di Roma Tor Vergata
[6] Coordinatore Gruppo di Ricerca Nebo Ricerche PA, Componente Osservatorio sui servizi sanitari, Cattedra di Igiene, Università di Roma Tor Vergata
[7] Direttore Centrale Istituto Nazionale di Statistica
[8] Coordinatore Master in Epidemiologia dei servizi sanitari, Università di Roma Tor Vergata
[9] Ricercatore Istituto Nazionale di Statistica, Servizio Sanità Assistenza
[10] Collaboratore Cifaps, Università di Roma Tor Vergata
[11] Coordinatore Master in Economia e Gestione Sanitaria, Facoltà di Economia, Università di Roma Tor Vergata
[12] Collaboratore LARES Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma Tor Vergata
[13] Ricercatrice Ilesis
[14] Vice Direttore Generale Farmindustria
[15] Responsabile Ufficio Economia Sanitaria Farmindustria

I dati di base della ricerca sono stati cortesemente messi a disposizione dalle seguenti istituzioni:

ISTAT	contesto demografico, dati di mortalità, dati di attività istituti di cura, occupazione e disoccupazione
MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, RGS-Igop	assetti retributivi ed occupazionali del personale Ssn
MINISTERO DELLA SALUTE	schede di dimissione ospedaliera, medicina di base, malattie infettive
INAIL	infortuni sui luoghi di lavoro e rendite
ISTITUTO TAGLIACARNE	valore aggiunto e consumi
ANCITEL	depositi bancari e consumi elettrici

Hanno partecipato alla discussione degli indicatori (*)

Gigliola Forzato, Alessandro Salvati	INAIL - Consulenza statistico-attuariale
Giuseppe Lucibello, Stefano Tomasini	RGS - Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ispettorato generale per gli ordinamenti del personale, Servizio contrattazione, divisione VI

(*) Il lavoro si è concretizzato grazie alla disponibilità dimostrata dalle Istituzioni e dalle persone citate sia nel fornire i dati di base che nel discutere le proposte di indicatori via via presentate. Il gruppo di lavoro di Prometeo si assume ogni responsabilità per i contenuti e le scelte di studio effettuate e per ogni errore eventualmente commesso nella realizzazione della ricerca. Un ampio ringraziamento va alle persone citate per i preziosi suggerimenti formulati, poiché si è trattato di un lavoro complesso e frutto di approfondimenti vasti e diversificati che pertanto non impegnano le Istituzioni che vi hanno collaborato.

Indice

Pag.

Considerazioni generali XIX

1. La classifica 2001 sullo stato di salute degli italiani: anni di vita persi per cause evitabili e Usl

1.1. Premessa 1
1.2. Classifica "delle" Usl o classifica "per" Usl 2
1.3. Mortalità evitabile e mortalità totale nella fascia 5-69 anni 2
1.4. Avvertenze alla lettura 4
1.5. Il livello nazionale ed il confronto su base regionale 4
1.6. L'analisi provinciale 7
1.7. La lettura della classifica 2001 9
1.8. Considerazioni conclusive 12

2. Le Schede di Dimissione Ospedaliera: uno studio pilota

2.1. Il potenziale portato informativo delle SDO 17
2.2. I dati acquisiti ed il controllo di qualità 18
2.2.1. Esclusione dei casi per regione non nota 19
2.2.2. Esclusione dei casi per Usl non nota 19
2.2.3. Esclusione per classe di età e/o sesso non noti 21
2.2.4. Esclusione dei nati vivi sani 22
2.2.5. Controlli sulla congruenza dei dati 22

2.3. Le Usl selezionate 22
2.4. Gli indicatori elaborati 23
2.4.1. Aspetti generali 23
2.4.2. Giorni di ospedalizzazione degli adulti 25
2.4.3. Atlante dei ricoveri 27

2.5. Avvertenze per la lettura dei risultati 27
2.6. Ospedalizzazione dei pazienti adulti 29
2.7. Atlante dei ricoveri 34
2.8. Conclusioni e raccomandazioni 37

3. I principali indicatori: salute, servizi sanitari, contesto socio-economico

3.1. Contesto demografico 41
3.2. Contesto economico 43
3.3. Tassi di mortalità standardizzati 45
3.4. Mortalità evitabile 46
3.5. Mortalità infantile 47
3.6. Infortuni sul lavoro 48
3.7. Malattie infettive 49
3.8. Gestione finanziaria del Ssn 49
3.9. Posti letto e ricoveri del Ssn 49
3.10. Le risorse del Ssn: il personale 53
3.11. Le funzioni del Ssn: la medicina di base 55
3.12. La spesa farmaceutica convenzionata 2000 56

4. Atlante sanitario delle regioni italiane 81

4.1. Piemonte
4.1.1. Contesto demografico 83
4.1.2. Contesto economico 84
4.1.3. Mortalità evitabile 85
4.1.4. Rete ospedaliera 85
4.1.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn 86
4.1.6. Medicina di base 87

4.2. Valle d'Aosta
4.2.1. Contesto demografico 92
4.2.2. Contesto economico 92
4.2.3. Mortalità evitabile 93
4.2.4. Rete ospedaliera 93
4.2.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn 94
4.2.6. Medicina di base 94

4.3. Lombardia
4.3.1. Contesto demografico 97
4.3.2. Contesto economico 98
4.3.3. Mortalità evitabile 98
4.3.4. Rete ospedaliera 99
4.3.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn 99
4.3.6. Medicina di base 100

4.4. P.a. di Bolzano
4.4.1. Contesto demografico 105
4.4.2. Contesto economico 106
4.4.3. Mortalità evitabile 106
4.4.4. Rete ospedaliera 107
4.4.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn 107
4.4.6. Medicina di base 108

4.5. P.a. di Trento
4.5.1. Contesto demografico 112
4.5.2. Contesto economico 112
4.5.3. Mortalità evitabile 113
4.5.4. Rete ospedaliera 113
4.5.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn 114
4.5.6. Medicina di base 114

4.6. Veneto
4.6.1. Contesto demografico 117
4.6.2. Contesto economico 118
4.6.3. Mortalità evitabile 118
4.6.4. Rete ospedaliera 119
4.6.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn 119
4.6.6. Medicina di base 120

4.7. Friuli Venezia Giulia
4.7.1. Contesto demografico 125
4.7.2. Contesto economico 125
4.7.3. Mortalità evitabile 126
4.7.4. Rete ospedaliera 127
4.7.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn 127
4.7.6. Medicina di base 128

4.8. Liguria
4.8.1. Contesto demografico 132
4.8.2. Contesto economico 133
4.8.3. Mortalità evitabile 133
4.8.4. Rete ospedaliera 134
4.8.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn 135
4.8.6. Medicina di base 135

4.9. Emilia Romagna
4.9.1. Contesto demografico 140
4.9.2. Contesto economico 141
4.9.3. Mortalità evitabile 141
4.9.4. Rete ospedaliera 142
4.9.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn 143
4.9.6. Medicina di base 143

4.10. Toscana
4.10.1. Contesto demografico 149
4.10.2. Contesto economico 150
4.10.3. Mortalità evitabile 150
4.10.4. Rete ospedaliera 150
4.10.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn 151
4.10.6. Medicina di base 152

4.11. Umbria
4.11.1. Contesto demografico 157
4.11.2. Contesto economico 158
4.11.3. Mortalità evitabile 158
4.11.4. Rete ospedaliera 158
4.11.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn 159
4.11.6. Medicina di base 160

4.12. Marche
4.12.1. Contesto demografico 164
4.12.2. Contesto economico 165
4.12.3. Mortalità evitabile 165
4.12.4. Rete ospedaliera 165
4.12.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn 166
4.12.6. Medicina di base 167

4.13. Lazio
4.13.1. Contesto demografico 172
4.13.2. Contesto economico 173
4.13.3. Mortalità evitabile 173
4.13.4. Rete ospedaliera 174
4.13.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn 175
4.13.6. Medicina di base 175

4.14. Abruzzo
4.14.1. Contesto demografico 181
4.14.2. Contesto economico 181
4.14.3. Mortalità evitabile 182
4.14.4. Rete ospedaliera 183
4.14.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn 183
4.14.6. Medicina di base 184

4.15. Molise
4.15.1. Contesto demografico 188
4.15.2. Contesto economico 189
4.15.3. Mortalità evitabile 189
4.15.4. Rete ospedaliera 190
4.15.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn 190
4.15.6. Medicina di base 191

4.16. Campania
4.16.1. Contesto demografico 195
4.16.2. Contesto economico 196
4.16.3. Mortalità evitabile 196
4.16.4. Rete ospedaliera 197
4.16.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn 198
4.16.6. Medicina di base 198

4.17. Puglia
4.17.1. Contesto demografico 203
4.17.2. Contesto economico 203
4.17.3. Mortalità evitabile 204
4.17.4. Rete ospedaliera 205
4.17.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn 205
4.17.6. Medicina di base 206

4.18. Basilicata
4.18.1. Contesto demografico 211
4.18.2. Contesto economico 212
4.18.3. Mortalità evitabile 212
4.18.4. Rete ospedaliera 213
4.18.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn 213
4.18.6. Medicina di base 214

4.19. Calabria
4.19.1. Contesto demografico 218
4.19.2. Contesto economico 219
4.19.3. Mortalità evitabile 219
4.19.4. Rete ospedaliera 219
4.19.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn 220
4.19.6. Medicina di base 221

4.20. Sicilia
4.20.1. Contesto demografico 225
4.20.2. Contesto economico 226
4.20.3. Mortalità evitabile 227
4.20.4. Rete ospedaliera 227
4.20.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn 228
4.20.6. Medicina di base 228

4.21. Sardegna
4.21.1. Contesto demografico 233
4.21.2. Contesto economico 234
4.21.3. Mortalità evitabile 234
4.21.4. Rete ospedaliera 235
4.21.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn 235
4.21.6. Medicina di base 236

5. Il ruolo del farmaco nella società italiana: alcune evidenze sulla relazione fra consumo farmaceutico e caratteristiche socio-economiche

5.1. Premessa 241
5.2. La relazione fra età, reddito e consumi farmaceutici 241
5.3. Conclusioni 245

6. L'integrazione pubblico-privato

6.1. Premessa 247
6.2. Bisogni e domanda sanitaria in Italia: stato di salute, soddisfazione e scelte comportamentali 248
6.3. Strutture ed attività sanitaria in Italia 255
6.4. La spesa sanitaria 261

7. Confronti internazionali

7.1. Stato di salute e stili di vita 269
7.2. Organizzazione, risorse e attività dei servizi sanitari 275
7.3. Il finanziamento 280
7.4. La spesa sanitaria 285
7.5. Produzione e contributi alla bilancia dei pagamenti e all'occupazione 291

8. Materiali e metodi: struttura della banca dati e modalità di costruzione degli indicatori

8.1. Premessa 299
8.2. Ambito territoriale 300
8.2.1. Il raccordo fra i dati provinciali e i dati per Usl 300
8.2.2. Le aree metropolitane 300
8.2.3. Il numero delle Usl 300

8.3. Popolazione 301
8.3.1. Stima della popolazione per classi di età 301
8.3.2. Popolazione pesata 302
8.3.3. Popolazione tipo 303

8.4. Decessi e mortalità evitabile 303
8.4.1. Note generali 303
8.4.2. Indicatori elaborati 304
8.4.3. La classifica sullo stato di salute 304

8.5. Malattie infettive 306
8.5.1. Note generali e indicatori elaborati 306

8.6. Infortuni 307
8.6.1. Note generali 307
8.6.2. Indicatori elaborati 307

8.7. Rete ospedaliera 308
8.7.1. Note generali 308
8.7.2. Indicatori elaborati 309

8.8. Personale del Ssn 310
8.8.1. Note generali 310
8.8.2. Indicatori elaborati 310

8.9. Medicina di base 311
8.9.1. Note generali e indicatori elaborati 311

8.10. Contesto demografico 311
8.10.1. Note generali 311
8.10.2. Indicatori elaborati 311

8.11. Contesto economico 312
8.11.1. Note generali 312
8.11.2. Indicatori elaborati 312

Appendice
Il nuovo sistema di stime della popolazione residente 313

Indice delle tavole, delle figure e dei grafici

1. La classifica 2001 sullo stato di salute degli italiani: anni di vita persi per mortalità evitabile e Usl 1

Tavola 1.1.1. Morti per classi di età in Italia – Anni 1994-98 1
Tavola 1.3.1. Mortalità evitabile e totale nella fascia 5-69 anni in Italia – Anni 1995-98 3
Tavola 1.5.1. Mortalità evitabile nella fascia 5-69 anni per cause di morte e tipologia di intervento in Italia – Anni 1995-98 5
Figura 1.5.1. Le classifiche regionali dell'edizione 2001 e 2000 di Prometeo: un confronto per posizione 7
Figura 1.6.1. Le classifiche provinciali dell'edizione 2001 e 2000 di Prometeo: un confronto per posizione 8
Tavola 1.6.1. Le classifiche provinciali dell'edizione 2001 e 2000 di Prometeo: un confronto per posizione 9
Tavola 1.7.1. La classifica 2001: distribuzione geografica delle Usl per classe di anni di vita perduti e confronto con la classifica 2000 10
Tavola: Classifica dello stato di salute in Italia: anni perduti per cause evitabili ogni 100.000 potenziali – 1996-98 13

2. Le Schede di Dimissione Ospedaliera: uno studio pilota 17

Tavola 2.2.1. Casistica originale ed elaborata: riepilogo 19
Tavola 2.2.2. Codici Usl e casi rilevati, per Regione 20
Tavola 2.2.3. Casistica selezionata per Usl nota e percentuale su casistica originale 21
Tavola 2.2.4. Casistica originale per sesso 21
Tavola 2.3.1. Usl, SDO e popolazione residente escluse dall'analisi 23
Figura 2.4.1. Composizione per causa dei deceduti e dei dimessi nell'anno 1998 24
Tavola 2.4.1. Giornate di ricovero per pazienti adulti (età 15-64 anni) 27
Tavola 2.4.2. Numero di dimessi per causa 28
Figura 2.6.1. Giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti per 100 residenti in età 15-64 anni, per Regione (maschi e femmine) 29
Tavola 2.6.1. Giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti per 100 residenti in età 15-64 anni, per Regione e gruppo di causa 30
Figura 2.6.2. Giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti per 100 residenti in età 15-64 anni, per Regione e sesso 31
Tavola 2.6.2. Giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti per 100 residenti in età 15-64 anni, per Regione e gruppo di causa maschi 32
Tavola 2.6.3. Giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti per 100 residenti in età 15-64 anni, per Regione e gruppo di causa femmine 33
Tavola 2.6.4. Numero di Usl per giornate di ospedalizzazione degli adulti e per ripartizione geografica 33
Tavola 2.7.1. Dimissioni per 1.000 residenti, per Regione e sesso (tutte le età) e differenza rispetto al valore medio nazionale 34
Tavola 2.7.2. Dimissioni per 1.000 residenti, per causa e sesso (tutte le età) 35
Tavola 2.7.3. Dimissioni per 1.000 residenti, per alcune cause, per Regione e sesso (tutte le età) 36
Tavola: Giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti per 100 residenti 15-64 anni e numero di dimessi per 1.000 residenti (tutte le età), per Usl e sesso – Anno 1998 38

3. I principali indicatori: salute, servizi sanitari, contesto socio-economico 51

Tavola 3.1.1. Contesto demografico 58
Figura 3.1. Piramidi della popolazione per età e sesso 1998 59
Figura 3.2. Composizione percentuale dei decessi per età e sesso 1996-98 62
Tavola 3.2.1. Contesto economico 68
Tavola 3.3.1. Mortalità standardizzata maschile (0-74 anni) per grandi gruppi di cause 69
Tavola 3.3.2. Mortalità standardizzata femminile (0-74 anni) per grandi gruppi di cause 69
Tavola 3.3.3. Mortalità standardizzata maschile (75 anni e più) per grandi gruppi di cause 70
Tavola 3.3.4. Mortalità standardizzata femminile (75 anni e più) per grandi gruppi di cause 70
Tavola 3.4.1. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause 71
Tavola 3.5.1. Mortalità nei primi anni di vita 71
Tavola 3.6.1. Infortuni sul lavoro per classi di età e per esito 72
Tavola 3.7.1. Malattie infettive 72
Tavola 3.8.1. Gestione finanziaria del Ssn 73
Tavola 3.9.1. Dotazione posti letto per specialità e tipologia di presidio 73
Tavola 3.9.2. Dotazione posti letto per specialità e tipologia di presidio 74
Tavola 3.9.3. Dotazione posti letto per specialità e tipologia di presidio 74
Tavola 3.9.4. Tasso di utilizzazione dei posti letto per specialità e tipologia di presidio 75
Tavola 3.9.5. Tasso di utilizzazione dei posti letto per specialità e tipologia di presidio 75
Tavola 3.9.6. Tasso di utilizzazione dei posti letto per specialità e tipologia di presidio 76
Tavola 3.9.7. Ricoveri ospedalieri per specialità e tipologia di presidio 76
Tavola 3.10.1. Personale dipendente del Ssn 77
Tavola 3.10.2. Retribuzione del personale dipendente del Ssn 78
Tavola 3.10.3. Incentivi e straordinari del personale dipendente del Ssn 78
Tavola 3.11.1. Medicina di base 79
Tavola 3.12.1. Spesa farmaceutica convenzionata 79
Tavola 3.12.2. Spesa farmaceutica convenzionata del Ssn pro-capite pesata e effettiva 80
Tavola 3.12.2. Spesa farmaceutica convenzionata del Ssn e vendite per classe di concedibilità 80

4. Atlante sanitario delle regioni italiane 81

Tavola 4.1. Contesto demografico
4.1.1. Piemonte 88
4.2.1. Valle d'Aosta 95
4.3.1. Lombardia 101
4.4.1. P.A. Bolzano 109
4.5.1. P.A. Trento 115
4.6.1. Veneto 121
4.7.1. Friuli Venezia Giulia 129
4.8.1. Liguria 137
4.9.1. Emilia Romagna 145
4.10.1. Toscana 153
4.11.1. Umbria 161
4.12.1. Marche 168
4.13.1. Lazio 177
4.14.1. Abruzzo 185
4.15.1. Molise 192

4.16.1. Campania 199
4.17.1. Puglia 207
4.18.1. Basilicata 215
4.19.1. Calabria 222
4.20.1. Sicilia 230
4.21.1. Sardegna 237

Tavola 4.2. Contesto economico
4.1.2. Piemonte 89
4.2.2. Valle d'Aosta 95
4.3.2. Lombardia 102
4.4.2. P.A. Bolzano 109
4.5.2. P.A. Trento 115
4.6.2. Veneto 122
4.7.2. Friuli Venezia Giulia 129
4.8.2. Liguria 137
4.9.2. Emilia Romagna 146
4.10.2. Toscana 154
4.11.2. Umbria 161
4.12.2. Marche 169
4.13.2. Lazio 178
4.14.2. Abruzzo 185
4.15.2. Molise 192
4.16.2. Campania 200
4.17.2. Puglia 208
4.18.2. Basilicata 215
4.19.2. Calabria 222
4.20.2. Sicilia 230
4.21.2. Sardegna 237

Tavola 4.3. Mortalità evitabile
4.1.3. Piemonte 89
4.2.3. Valle d'Aosta 95
4.3.3. Lombardia 102
4.4.3. P.A. Bolzano 110
4.5.3. P.A. Trento 115
4.6.3. Veneto 122
4.7.3. Friuli Venezia Giulia 130
4.8.3. Liguria 138
4.9.3. Emilia Romagna 146
4.10.3. Toscana 154
4.11.3. Umbria 162
4.12.3. Marche 169
4.13.3. Lazio 178
4.14.3. Abruzzo 186
4.15.3. Molise 193
4.16.3. Campania 200
4.17.3. Puglia 208
4.18.3. Basilicata 216
4.19.3. Calabria 223
4.20.3. Sicilia 231
4.21.3. Sardegna 238

Tavola 4.4. Rete Ospedaliera
4.1.4. Piemonte 90
4.2.4. Valle d'Aosta 96
4.3.4. Lombardia 103
4.4.4. P.A. Bolzano 110
4.5.4. P.A. Trento 116

4.6.4. Veneto 123
4.7.4. Friuli Venezia Giulia 130
4.8.4. Liguria 138
4.9.4. Emilia Romagna 147
4.10.4. Toscana 155
4.11.4. Umbria 162
4.12.4. Marche 170
4.13.4. Lazio 179
4.14.4. Abruzzo 186
4.15.4. Molise 193
4.16.4. Campania 201
4.17.4. Puglia 209
4.18.4. Basilicata 216
4.19.4. Calabria 223
4.20.4. Sicilia 231
4.21.4. Sardegna 238

TAVOLA 4.5. MEDICI E INFERMIERI DIPENDENTI DEL SSN

4.1.5. Piemonte 91
4.2.5. Valle d'Aosta 96
4.3.5. Lombardia 104
4.4.5. P.A. Bolzano 111
4.5.5. P.A. Trento 116
4.6.5. Veneto 124
4.7.5. Friuli Venezia Giulia 131
4.8.5. Liguria 139
4.9.5. Emilia Romagna 148
4.10.5. Toscana 156
4.11.5. Umbria 163
4.12.5. Marche 171
4.13.5. Lazio 180
4.14.5. Abruzzo 187
4.15.5. Molise 194
4.16.5. Campania 202
4.17.5. Puglia 210
4.18.5. Basilicata 217
4.19.5. Calabria 224
4.20.5. Sicilia 232
4.21.5. Sardegna 239

TAVOLA 4.6. MEDICINA DI BASE

4.1.6. Piemonte 91
4.2.6. Valle d'Aosta 96
4.3.6. Lombardia 104
4.4.6. P.A. Bolzano 111
4.5.6. P.A. Trento 116
4.6.6. Veneto 124
4.7.6. Friuli Venezia Giulia 131
4.8.6. Liguria 139
4.9.6. Emilia Romagna 148
4.10.6. Toscana 156
4.11.6. Umbria 163
4.12.6. Marche 171
4.13.6. Lazio 180
4.14.6. Abruzzo 187
4.15.6. Molise 194
4.16.6. Campania 202
4.17.6. Puglia 210

4.18.6. Basilicata 217
4.19.6. Calabria 224
4.20.6. Sicilia 232
4.21.6. Sardegna 239

5. Il ruolo del farmaco nella società italiana: alcune evidenze sulla relazione fra consumo farmaceutico e caratteristiche socio-economiche 241

Grafico 5.2.1. Consumi farmaceutici in prezzi al pubblico: valori effettivi e stimati (1998) 242
Grafico 5.2.2. Relazione tra spesa farmaceutica privata e reddito (1998) 243
Grafico 5.2.3. Relazione tra spesa farmaceutica pubblica e reddito (1998) 244
Grafico 5.2.4. Relazione tra consumo farmaceutico e indice di vecchiaia (1998) 245

6. L'integrazione pubblico-privato 247

Grafico 6.2.1. Cittadini soddisfatti del proprio Servizio sanitario in %, 1998 248
Grafico 6.2.2. Relazione tra livello di soddisfazione (%) e spesa sanitaria pro-capite ($ PPA), 1998 249
Grafico 6.2.3. Relazione tra livello di soddisfazione (%) e spesa sanitaria privata out of pocket 249
Grafico 6.2.4. Livello di soddisfazione fra strutture pubbliche e strutture private 250
Grafico 6.2.5. Analisi, interventi e cure a carico del Ssn, valori % 251
Grafico 6.2.6. Grado di soddisfazione su alcuni aspetti (% di "molto" e "abbastanza") 251
Grafico 6.2.7. Popolazione maschile per classi di età secondo lo stato di salute dichiarato (%) 253
Grafico 6.2.8. Popolazione femminile per classi di età secondo lo stato di salute dichiarato (%) 253
Grafico 6.2.9. Popolazione per numero di malattie croniche secondo lo stato di salute dichiarato (%) 254
Grafico 6.3.1. Percentuale di strutture di ricovero pubbliche, private accreditate e private 256
Tavola 6.3.1. Percentuale di posti letto pubblici e privati accreditati in regime di day hospital, ordinario e a pagamento – 1997-99 257
Tavola 6.3.2. Percentuale di posti letto pubblici e privati accreditati per acuti e non acuti ordinario – 1997-99 257
Tavola 6.3.3. Attività di degenza per acuti delle strutture di ricovero pubbliche e case di cura private accreditate – 1995-99 258
Tavola 6.3.4. Attività di degenza per non acuti delle strutture di ricovero pubbliche e case di cura private accreditate – 1995-99 258
Tavola 6.3.5. Personale delle strutture di ricovero: Aziende Usl più Aziende Ospedaliere per ruolo 1997-99 260
Grafico 6.3.2. Medici e infermieri delle Aziende Usl e delle Aziende Ospedaliere – 1997-99 260
Grafico 6.4.1. Spesa sanitaria pubblica e privata in Italia (% Pil) 262
Grafico 6.4.2. Tassi di crescita spesa sanitaria corrente pubblica e privata 262
Grafico 6.4.3. Copertura pubblica del sistema sanitario italiano (1998) 263
Grafico 6.4.4. Scomposizione funzionale della spesa sanitaria pubblica corrente (1999) 264
Grafico 6.4.5. Tasso annuo di crescita della spesa pubblica per ospedali (%) 265
Grafico 6.4.6. Tasso annuo di crescita della spesa farmaceutica convenzionata (%) 266
Grafico 6.4.7. Consumi sanitari delle famiglie 2000 (%) 267
Tavola 6.4.1. Fonti di finanziamento della spesa sanitaria privata in (%) 267

7. Confronti internazionali 269

Grafico 7.1.1. Malati di HIV, % di adulti – 1999 269
Grafico 7.1.2. Malati di TBC per 100.000 abitanti – 1997 270
Grafico 7.1.3. Percentuale di adulti fumatori, maschi e femmine – 1988-1999 272
Grafico 7.1.4. Le convinzioni degli europei a proposito dell'Aids 272
Grafico 7.1.5. Opinione degli europei sul sangue ed il suo uso 273
Grafico 7.1.6. Morti a causa del cancro per 1.000 abitanti – 1996-97 274
Grafico 7.1.7. Feriti in incidenti per 1.000 abitanti – 1997-98 274
Grafico 7.2.1. Posti letto totali per 1.000 abitanti 276
Grafico 7.2.2. Distribuzione dei posti letto tra pubblico e privato – 1998 276
Grafico 7.2.3. Posti letto totali per acuti e post-acuti – 1998 277
Grafico 7.2.4. Medici e infermieri per 1.000 abitanti – 1998 279
Tavola 7.3.1. Sistemi di finanziamento nei 15 Paesi dell'Unione Europea 281
Tavola 7.3.2. Finanziamento pubblico nei paesi OCSE 282
Tavola 7.3.3. Finanziamento derivante dall'imposizione fiscale 282
Tavola 7.3.4. Finanziamento Out-of-pocket 284
Tavola 7.3.5. Finanziamento derivante da assicurazioni private (sociali e non) 284
Grafico 7.4.1. La spesa sanitaria pubblica 1999 (% spesa sanitaria totale) 286
Grafico 7.4.2. La spesa sanitaria pubblica 1999 (% Pil) 287
Grafico 7.4.3. La spesa sanitaria privata 1999 (% spesa sanitaria totale) 288
Grafico 7.4.4. La spesa sanitaria privata 1999 (% Pil) 288
Grafico 7.4.5. Relazione fra spesa sanitaria totale (% Pil) e Pil pro-capite 1996 289
Grafico 7.4.6. Relazione fra spesa sanitaria totale (% Pil) e Pil pro-capite 1999 289
Grafico 7.4.7. La spesa in patient care e out patient care 1998 290
Grafico 7.4.8. La spesa farmaceutica pubblica 1999 (% Pil) 291
Grafico 7.5.1. Medici e infermieri (% occupazione totale del settore sanitario) 292
Grafico 7.5.2. Relazione fra spesa sanitaria pubblica e occupati in sanità 1996 293
Grafico 7.5.3. Relazione fra spesa sanitaria pubblica e occupati in sanità 1998 293
Grafico 7.5.4. Import - Export farmaceutico sull'interscambio globale 294
Grafico 7.5.5. Bilancia farmaceutica 1998 (% del totale mondiale) 295
Grafico 7.5.6. La spesa per R&S nel settore farmaceutico 295
Grafico 7.5.7. Occupati per R&S nell'industria farmaceutica 296
Grafico 7.5.8. Incidenza del settore degli elettromedicali sull'interscambio elettronico ed elettrotecnico in Italia 297
Grafico 7.5.9. Il mercato europeo dei dispositivi medici 2000 297

8. Materiali e metodi: struttura della banca dati e modalità di costruzione degli indicatori 299

Tavola 8.1.1. Prometeo 2001 tutti gli indicatori proposti 299
Tavola 8.3.1.1. Popolazione stimata al 30 giugno di ciascun anno 301
Tavola 8.3.1.2. Indice di vecchiaia calcolato secondo la nuova rilevazione POSAS (ipotesi A) e secondo le elaborazioni "tradizionali" (ipotesi B) e differenze assolute 302
Tavola 8.3.2.1. Pesi per la determinazione della popolazione pesata 302
Tavola 8.3.3.1. Confronto tra popolazione 1998 popolazione mondiale 303
Tavola 8.4.1.1. Decessi avvenuti in Italia nel triennio 1996-1998, per Regione 304
Tavola 8.4.1.2. Decessi per causa di morte evitabile in età 5-69 anni - Triennio 1996-1998 305
Tavola 8.5.1.1. Numero di casi di malattie infettive a notifica obbligatoria rilevate, anno 1998 306

Tavola 8.6.1.a Numero di infortuni avvenuti nel 1998 e indennizzati a tutto giugno 1999, per classe di età e tipologia 307
Tavola 8.6.1.b Numero di rendite dirette in essere nel 1998, per classe di inabilità e tipologia 307
Tavola 8.7.1.1. Numero di istituti di cura presenti in Italia, dati 1998 308
Tavola 8.7.1.2. Posti letto rilevati ed effettivamente elaborati, per tipo di istituto, anno 1998 309
Tavola 8.7.1.3. Posti letto rilevati ed effettivamente elaborati, per Regione, anno 1998 309
Tavola 8.8.1.1. Personale del servizio sanitario nazionale, per qualifica e tipo di contratto collettivo nazionale di lavoro, anno 1998 310

Appendice 313

Tavola: Percorso di calcolo della classifica dello stato di salute in Italia – 1996-98 314

Considerazioni generali

Un anno fa avevamo aperto queste considerazioni introduttive a "Prometeo" con un'immagine paradigmatica a descrizione della fase congiunturale in cui veniva a trovarsi la sanità italiana alle soglie degli anni 2000.
L'immagine era quella di un vulcano a rischio d'eruzione, ai cui bordi sedevano i presidenti delle nuove Regioni e i ministri del Governo centrale.
L'eruzione imminente voleva rappresentare l'attesa-temuta "devoluzione" della sanità con tutte le aspettative e le incognite di un cambiamento epocale negli equilibri tra Regioni e Stato nazionale in tema di assistenza sanitaria.
A distanza di un anno da quella suggestione, dobbiamo ribadire che il tema della devoluzione dei poteri alle Regioni in materia sanitaria resta al primo posto nell'agenda della nuova maggioranza politica emersa dalle elezioni di maggio, come resta confermata l'atmosfera di incertezza che accompagna tuttora questo delicato passaggio istituzionale.
Rispetto ad allora, tuttavia, vanno registrate alcune importanti novità legislative e politiche che sembrano in ogni caso indirizzare il processo di devoluzione verso quello scenario di "federalismo solidale" da noi indicato nella precedente edizione di "Prometeo" tra le ipotesi di sbocco del processo di trasformazione federalista della nostra Repubblica.
La prima rilevante novità è costituita dalla legge di riforma costituzionale (n.3, del 18 ottobre 2001), approvata dal Parlamento a stretta maggioranza alla vigilia delle elezioni politiche e confermata dal voto referendario del 7 ottobre scorso.
Con questa legge sono state infatti poste le basi per una definitiva evoluzione del nostro ordinamento costituzionale verso una dinamica federale, a partire dalla stessa definizione della Repubblica che non è più "ripartita" in Regioni, Province e Comuni, secondo quanto contemplato nella Costituzione del 1948, ma "costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato".
Ognuno di questi livelli assume quindi una pari dignità costituzionale che non resta solo nominale ma, soprattutto per le Regioni, assume forte valenza in termini di potere legislativo esclusivo o concorrente in determinate materie.
Per quanto concerne in particolare la sanità, essa è inserita, insieme ad altre importanti materie – quali la politica delle professioni, la ricerca scientifica, l'alimentazione, la sicurezza del lavoro – nell'ambito della legislazione concorrente con l'indicazione esplicita che la funzione legislativa in tali ambiti spetta in primo luogo alle Regioni, "salvo che per la determinazione dei principi fondamentali" riservata allo Stato.
Tra questi principi rientra, essendo tra l'altro espressamente contemplata, "la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale".
Si evidenzia, così, una prima sostanziale conferma di quella logica di "federalismo solidale", che si sostanzia nella delega legislativa alle Regioni e nella contestuale

previsione di un riferimento nazionale per quanto riguarda le prestazioni erogate e garantite.
Armonica a questo disegno appare anche la seconda novità da registrare nel campo del processo federalista rappresentata dall'accordo Governo-Regioni dell'8 agosto 2001, che, al di là di aspetti specifici e legati all'emergenza della spesa sanitaria, afferma la devoluzione alle Regioni in tema di organizzazione dei servizi e di contrattualistica per il personale, mantenendo il riferimento ai livelli essenziali di assistenza quale strumento di governo del federalismo sanitario.
I presupposti per l'avvio di una nuova stagione della sanità italiana sono quindi ben determinati. Resta però – come dicevamo – quel clima di incertezza e in alcuni casi di dichiarata diffidenza verso la rotta federalista. Il motivo principale di tale atteggiamento sembra però più legato a controversie politiche, tra maggioranza e opposizione parlamentare, sulla natura pubblica o privata della nuova sanità regionale, che a reali divergenze sull'ineludibilità del passaggio alle Regioni dell'intera partita sanitaria.
Prova di ciò è la sostanziale unità di vedute sul principio della devoluzione, riscontrabile tra le diverse Regioni, indipendentemente dalla coalizione di governo locale.
In questo scenario "Prometeo" vuole rappresentare uno strumento innovativo e costante di monitoraggio del processo di trasformazione in atto, garantendo una "sede" di confronto tra le diverse realtà emergenti al fine di verificare *performance* e obiettivi della "nuova sanità" regionale.
Nelle prossime edizioni, infatti, cercheremo di affiancare alle nostre abituali analisi di carattere prevalentemente epidemiologico (vedi la classifica della mortalità evitabile e l'analisi, introdotta da quest'anno, delle patologie trattate in ospedale), elaborati connessi all'utilizzazione delle risorse finanziarie rispetto al raggiungimento di determinati obiettivi di salute e di efficienza delle strutture.
In una sanità che cambia, con lo spettro – forse troppo enfatizzato – di "21 modelli" differenti, riteniamo infatti importante mantenere una capacità di analisi e confronto a livello nazionale in grado di fungere da camera di compensazione della diaspora regionalista fornendo quegli elementi di conoscenza indispensabili per trasformare la "diversità" di esperienze in un'opportunità di crescita per il Paese.
In questo senso si intravede un possibile e innovativo ruolo dello stesso ministero della Salute affiancato dall'Agenzia dei servizi sanitari regionali, quali sedi istituzionali di verifica e confronto "aperto" delle scelte regionali.
Indispensabile, in questa prospettiva, appare il mantenimento e l'adeguamento di un sistema informativo condiviso tra centro e periferia ove ciascuno dei soggetti coinvolti ravvisi finalmente un "servizio" e non un "obbligo" informativo, come spesso è accaduto in questi vent'anni di sistema informativo del Servizio sanitario nazionale.
Ugualmente indispensabile è la consapevolezza dei nuovi soggetti regionali della necessità di garantire risorse ed energie allo sviluppo in sede locale di nuovi strumenti di analisi del sistema sanitario federale che consentano di verificarne con continuità la valenza delle scelte e la rispondenza dei risultati agli obiettivi prefissati dalla nuova programmazione.
Ciò assume particolare importanza nel momento in cui, tra l'altro, si affaccia l'ipotesi di nuovi soggetti erogatori delle prestazioni sanitarie con forte presenza di capitali privati e di forme integrative a carattere mutualistico o assicurativo per la copertura di determinate esigenze assistenziali.
Tali nuove realtà, infatti, sono a tutt'oggi assolutamente estranee a logiche di *benchmarking* istituzionalizzato e finalizzato alla verifica dei risultati in termini di "vantaggio" per gli assistiti e di rispetto di quelle garanzie di accesso e di trattamento qualitativo, che riteniamo debbano restare principio guida nella *mission* imprenditoriale di qualsiasi soggetto erogatore di prestazioni sanitarie inserito in una programmazione di sanità pubblica, sia esso emanazione diretta del servizio sanitario pubblico sia esso a prevalenza di capitali privati.
I livelli essenziali di assistenza possono rappresentare in questo senso quella sorta di

cerniera nazionale di salvaguardia del diritto alla salute valida in tutte le realtà italiane.
L'attuale definizione dei livelli rappresenta un indubbio passo avanti in questa direzione, soprattutto per quanto concerne l'obiettivo di giungere ad una più precisa e analitica determinazione del "cosa e quanto" garantire ai cittadini in termini di prestazioni e servizi.
Un obiettivo ambizioso che per essere raggiunto necessita di un maggior coinvolgimento della comunità scientifica rispetto a quanto fatto finora.
Solo con la condivisione della "medicina" in senso lato, infatti, sarà possibile nel prossimo futuro, gestire con efficacia protocolli terapeutici e diagnostici di riferimento per le singole patologie e per i diversi processi assistenziali in considerazione soprattutto di due fattori: il rapido e continuo sviluppo delle conoscenze scientifiche e l'altrettanto rapida e mutevole evoluzione dei "bisogni" di sanità rivendicati o comunque percepiti dalla popolazione.
Anche per questo il federalismo sanitario deve evitare di riprodurre in chiave ridotta quella visione centralistica e forzatamente livellata del bisogno di salute, che ha caratterizzato la nascita del Servizio sanitario nazionale.
Alle regioni spetta il compito di riuscire effettivamente a cogliere l'esigenza del singolo ponendola in un quadro di opportunità assistenziali il più possibile "vicina" al sentire dell'individuo.
Una via è quella di un "federalismo multiplo" che ponga la Regione come cabina di regia di una molteplicità di soggetti istituzionali e in grado di rispondere con immediatezza, selettività e flessibilità ai bisogni della "comunità".
Un federalismo capace, in altri termini, di riportare realmente il cittadino al centro del sistema di tutela sanitaria e assistenziale, sfruttando al meglio le potenzialità della società civile, del privato, dell'associazionismo e dello stesso mondo delle professioni sanitarie fino ad oggi mai coinvolto realmente nei processi decisionali e gestionali.
Riteniamo sia in fondo questa la lettura corretta di un altro dei grandi principi innovatori inserito nella citata riforma costituzionale da poco in vigore. Ci riferiamo al principio di sussidiarietà che permea l'intero disegno di riequilibrio di funzioni e compiti in tema di amministrazione della cosa pubblica desumibile dal nuovo articolo 118 della Costituzione.
Con tale principio si pongono infatti le basi per un'ulteriore e radicale trasformazione della vita pubblica italiana dove la posta in gioco è sostanzialmente la possibilità o meno della riappropiazione da parte del cittadino di quel diritto di cittadinanza mai negato sulla carta, ma spesso vanificato da deleghe obbligate verso l'apparato burocratico dello Stato.
In sanità la sussidiarietà trova ovviamente un terreno già arato di esperienze testimoniate dalla delega al Comune, quale istituzione di riferimento per le politiche della salute prevista nella legge istituiva del Ssn del 1978 e poi alla Regione con la prima grande "riforma della riforma" del '92/'93. Si trattava però di una sussidiarietà a senso unico, molto istituzionale e dimostratasi nel tempo incapace di assolvere all'obiettivo di rispondere ai nuovi bisogni con equità ed efficienza e priva di elementi di controllo e verifica delle performance.
Ora le Regioni si trovano in una condizione molto simile a quella dello Stato legislatore della 833. Hanno in mano lo scettro del potere legislativo, possono decidere "come e dove" indirizzare le proprie scelte di politica sanitaria.
Un potere che dovrebbe diventare addirittura "assoluto", secondo quanto previsto dal nuovo disegno di legge di riforma costituzionale approvato il 13 dicembre 2001 dal Consiglio dei Ministri, con il quale la materia sanitaria diventa di potestà "esclusiva" delle Regioni.
L'auspicio è che la scelta di abbandonare definitivamente il centralismo sanitario non si traduca nel tempo nella nascita di un nuovo centralismo, questa volta regionale, a scapito di quell'obiettivo di riavvicinamento al cittadino e ai suoi bisogni che ha ispirato tutto il processo di devoluzione di funzioni pubbliche alle Regioni, dai primi anni '70 fino ai nostri giorni.

La classifica sullo stato di salute

La classifica di Prometeo, segnalando fondamentalmente lo stato di salute dei residenti, si presenta come uno strumento al servizio delle Usl e non una analisi per criticare l'operato di alcune di esse: la profonda polarizzazione geografica della mortalità evitabile solo in una visione semplicistica e parziale potrebbe farne derivare un operato negativo delle relative strutture sanitarie ma all'opposto evidenzia con grande chiarezza differenti gradi di bisogno sanitario e quindi la necessità di interventi di intensità diverse nelle differenti aree del Paese diretti a contrastare questo fenomeno.

Dal confronto con le edizioni precedenti le analisi sulla mortalità evitabile e la nuova classifica appaiono più mature, tanto da consentire di avvicinarsi al loro vero obiettivo, che è quello di monitorare il cambiamento nel tempo piuttosto che una immobile fotografia, per quanto interessante: non a caso le sezioni di analisi di livello regionale, provinciale e di Usl sono per la prima volta corredate da puntuali osservazioni sulle modifiche intercorse.

Nel 1998 il numero di morti per cause evitabili è diminuito in Italia di circa 1.700 unità rispetto al 1997 confermando una tendenza alla diminuzione che in soli quattro anni si traduce in una riduzione complessiva di quasi 13.000 morti (-7%).

A livello nazionale Prometeo registra: una diminuzione di circa 1.000 morti evitabili in meno ogni anno per tumore; un evidente e preoccupante "raffreddamento" della riduzione delle morti per cause circolatorie, che passano dal -4,3% del 1996 al -1,5% del 1998, cioè da -1.250 a -400 morti; l'assenza di sostanziali segnali di riduzione delle morti per traumatismi e avvelenamenti (principalmente incidenti sulla strada e sui luoghi di lavoro).

L'immagine dell'Italia che emerge dal quadro territoriale vede il Centro stabilmente assestato nella situazione migliore, le Isole e soprattutto il Mezzogiorno che perdono alcune posizioni ed il Nord-Est ed il Nord-Ovest che iniziano una lenta ma difficile marcia di recupero:

- un primo dato confortante è che la media nazionale della classifica 2001 dello stato di salute migliora rispetto a quella dello scorso anno, attestandosi su 73,6 anni persi per centomila potenziali rispetto al dato di 73,9 anni dell'edizione 2000 (0,3 anni in meno tra le due edizioni);
- la diminuzione più vistosa nelle zone settentrionali del Paese, non molto lontana da un anno guadagnato ogni centomila potenziali, nell'Italia del Nord-Ovest (-0,9 anni nella media di Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia e Liguria) e nell'Italia del Nord-Est (-0,8 anni nella media di Trentino Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna);
- il Centro (Toscana, Umbria, Marche, Lazio) e le due Isole dimostrano una dinamica non significativamente diversa dalla media nazionale (miglioramento rispettivamente di -0,2 e -0,3 anni ogni centomila potenziali);
- questi positivi risultati sono purtroppo in parte vanificati dal dato negativo del Sud Italia dove le Regioni Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata e Calabria registrano in media un incremento di 0,4 anni di vita persi per mortalità evitabile ogni centomila potenziali (il dato passa da 71,2 dell'edizione 2000 a 71,6 dell'edizione 2001).

Le schede di dimissione ospedaliera

L'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) condotta sulla base dati messa a disposizione di Prometeo dal Ministero della Salute, permette di cogliere, sia pure attraverso alcune scelte espositive volutamente generali, un'Italia eterogenea e a volte caratterizzata da una evidente polarizzazione nord-sud.

Dalla ricerca emerge che 100 italiani adulti trascorrono in ospedale mediamente 51,3 giornate l'anno, la maggior parte delle quali per tumore (10,0 giorni in media), malattie dell'apparato digerente (9,2 giorni) e patologie del sistema circolatorio e traumatismi e avvelenamenti (8,8 giorni per entrambi i gruppi).

Lo studio consente, con le dovute cautele interpretative e tenuto conto che l'analisi

è stata svolta per una selezione di cause di ricovero, di evidenziare che gli adulti residenti nelle regioni settentrionali trascorrono in media meno tempo in ospedale rispetto agli abitanti del meridione:

– Toscana, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Umbria, Piemonte sono, nell'ordine, le regioni con il minor numero di giornate di ospedalizzazione di pazienti adulti ogni cento residenti di età 15-64 anni, con valori compresi fra i 42 giorni della Toscana ed i 46 giorni del Piemonte;
– Basilicata, Puglia, Lazio, Abruzzo, Calabria, Molise sono, al contrario, le regioni per le quali si registrano i valori più elevati (dai 57 giorni della Basilicata fino ai 61 giorni del Molise);
– le restanti nove regioni si attestano su valori non lontani da quello medio nazionale.

Esclusa la provincia di Bolzano, tutte le regioni settentrionali sono caratterizzate da un numero di giornate di ospedalizzazione per tumori superiore alla media nazionale, fino ad assumere il massimo in Valle d'Aosta. Al contrario dei tumori, le giornate di ospedalizzazione per malattie del sistema circolatorio risultano oltre la media nazionale in tutta l'area meridionale escluse le Isole ma fino a comprendere il Lazio e le Marche. Altrettanto nettamente si disegna la tendenza per le malattie dell'apparato digerente con valori significativamente maggiori al Sud rispetto al Nord del Paese, ad eccezione della Valle d'Aosta. Infine, per il gruppo relativo a traumatismi ed avvelenamenti non sono evidenziabili precise tendenze di carattere geografico.

Un secondo indicatore elaborato è quello relativo al numero di dimessi per mille abitanti (per tutte le cause e tutte le età). La lettura dell'indicatore generale, che si attesta, a livello nazionale, a 187,2 per i maschi e 191,6 per le femmine, non mostra, in questo caso, tendenze geografiche riconoscibili, rintracciabili invece nell'analisi per alcune specifiche cause:

– *tumori* – ad eccezione della Sardegna, per la quale si registra il massimo valore regionale per questo gruppo di cause, tutte le regioni centro-meridionali presentano valori inferiori alla media nazionale;
– *apparato digerente* – tutte le regioni meridionali sono caratterizzate da un numero di ricoveri per mille abitanti superiore alla media nazionale; nel centro-nord la maggior parte dei valori regionali si colloca su valori inferiori, ad eccezione di Valle d'Aosta ed Umbria e, per le sole femmine, della provincia di Trento e della Liguria;
– *traumatismi ed avvelenamenti* – nel caso dei maschi è evidenziabile la tendenza quasi ovunque nel meridione ad un numero di dimissioni per mille abitanti superiore alla media nazionale (fanno eccezione Molise e Sardegna) e ad un centro-nord caratterizzato da un indice mediamente inferiore, ad eccezione delle due province di Bolzano e Trento e della Liguria; per le femmine la polarizzazione territoriale non risulta altrettanto definita ma si nota che l'indicatore medio è di dieci punti inferiore a quello registrato per i maschi.

I dati ricavati dalle SDO potrebbero supportare una più specifica conoscenza delle diverse aree del Paese. Tuttavia, la loro scarsa qualità impone una eccessiva prudenza nell'utilizzo di tale patrimonio che compromette l'elaborazione di indicatori più affidabili e più sensibili ai confronti territoriali. Accuratezza nella compilazione e controllo di qualità dei dati, anche alla luce dei risultati dello studio pilota condotto per l'edizione 2001 di Prometeo, possono concretamente assicurare una produzione statistica pienamente fruibile ai diversi livelli decisionali (Aziende Usl e Ospedaliere, Regioni e livello centrale), rendendo la SDO uno strumento del quale oltre l'area amministrativo-gestionale possa avvalersi anche l'epidemiologia dei servizi sanitari.

Una mappa territoriale della sanità italiana: caratteristiche demografiche e socio-economiche

Nei capitoli 3 e 4 Prometeo propone l'analisi di una serie di indicatori demografici,

economici e di struttura che consente di delineare il quadro di riferimento socio-economico della sanità italiana, anche se in questa edizione non è stata possibile un'analisi relativa alla spesa del Ssn. La carenza di dati disaggregati sulla spesa sanitaria è attribuibile a vari fattori e gestionali e istituzionali: in primo luogo il passaggio dalla contabilità finanziaria a quella economico-patrimoniale, e quindi il progressivo decentramento delle fonti statistiche derivante dal federalismo in sanità.
I diversi indicatori demografici, elaborati sia a livello di regioni che delle singole Asl, confermano l'invecchiamento della popolazione italiana: la popolazione giovanile, ovvero i cittadini nella fascia d'età 0-14 anni, rappresenta ormai solo il 14,6 per cento del totale mentre per le restanti fasce d'età le quote sono rispettivamente pari a 67,9 per cento per la popolazione adulta (15-64 anni) e 17,6 per gli anziani (dai 64 anni in poi). Questo trend non è però uniforme: rispetto ai fenomeni demografici generali permangono infatti importanti differenze tra Nord, Centro e Sud. Tali differenze, tuttavia, sembrano attenuarsi: è noto, per esempio, che le regioni del Sud hanno da sempre una maggiore natalità e un numero maggiore di figli per donna feconda rispetto al Nord. Ma nell'anno preso in considerazione, il 1998, pur confermando il loro primato a livello nazionale, hanno fatto registrare nella natalità e nel numero dei figli valori inferiori rispetto all'anno precedente.
Si conferma la situazione anomala della p.a. di Bolzano, la cui struttura per età della popolazione e i valori degli indici di natalità e mortalità sono in linea con quelli delle regioni del Sud.
Anche per quanto riguarda i principali indicatori socio-economici si confermano nella loro generalità le linee di tendenza già conosciute. Le macro aree del Nord-Ovest e Nord-Est emergono ancora una volta come quelle che maggiormente contribuiscono alla ricchezza del Paese; l'analisi del valore aggiunto pro-capite mostra, infatti, come in queste regioni i dati siano di gran lunga superiori a quello medio nazionale. Il divario socio-economico tra Nord e Sud risalta in misura ancora maggiore quando si analizzano gli indicatori relativi ai posti di lavoro. Va inoltre notato come resti particolarmente difficile la situazione lavorativa delle donne, il cui tasso di disoccupazione risulta ancora troppo elevato rispetto a quello degli uomini.
Per quanto concerne i posti letto del Ssn, si delinea un'ulteriore diminuzione dell'offerta a livello nazionale rispetto al 1997, mentre si riconferma lo scostamento dalla media regionale di Lazio, Abruzzo e della p.a. di Trento, che risultano avere una disponibilità maggiore di posti letto per mille abitanti. Nell'analisi della dotazione di posti letto per specialità, permane per riabilitazione e lungodegenza una difformità in termini di numero di posti letto rispetto al parametro di uno per mille abitanti previsto dalla legge. Ciò potrebbe anche essere spiegato con la scelta avviata in alcune regioni di dirottare verso l'assistenza domiciliare le prestazioni relative alla cronicità. Continua invece a migliorare la *performance* dei servizi ospedalieri, misurata attraverso il tasso di utilizzazione, sia a livello nazionale che regionale, il più delle volte con valori superiori agli standard imposti dalla legge.
Infine per quel che riguarda i dipendenti del Ssn, il numero totale dei dipendenti rispetto alla popolazione ha subito dal 1997 al 1998 solo un lieve incremento mentre più evidenti sono le differenze che riguardano il numero di medici e di infermieri rispetto agli abitanti.
Continuano, infatti, ad aumentare su tutto il territorio italiano il numero dei medici, e la situazione appare tendenzialmente diversificata se si prendono in considerazione le regioni del Nord, del Centro e del Sud. Anche il personale infermieristico risulta, rispetto ai dati 1997, in aumento sia in relazione alla popolazione sia in rapporto ai medici e presenta una distribuzione disomogenea tra le regioni.

Il ruolo del farmaco

La terza edizione di Prometeo e dell'analisi econometrica sul farmaco conferma l'ipotesi, ormai sufficientemente validata, che vede il bene farmaco acquistato fuori dal Ssn comportarsi da bene "normale" (quindi consumato proporzionalmente al reddito), mentre il consumo di farmaci a carico del Ssn si lega inversamente alle

disponibilità economiche: quest'ultimo effetto è attribuibile al meccanismo delle esenzioni, il quale comporta un maggiore onere sul settore pubblico ove minore è il reddito medio della popolazione.
Più ovvia appare la relazione fra consumo farmaceutico ed età, che recepisce i differenziali di fabbisogno terapeutico delle varie fasce della popolazione.
L'effetto del reddito sul consumo, pur rimanendo trascurabile in senso assoluto, appare crescere negli anni.
Appare degno di nota che la quota di compartecipazione venga percepita dai cittadini, a quanto sembra, alla stregua delle altre spese operate direttamente *out of pocket*: l'ipotesi che si può avanzare, è che dell'aspetto "economico" della prescrizione si faccia "carico" il medico, comportandosi da agente perfetto del paziente.
Sul versante età, emerge qualche evidenza del fatto che il consumo della popolazione anziana si attesterebbe a poco meno di due volte quello della popolazione giovane.
Appare degna di nota anche la constatazione che non tutto il fattore età viene assorbito dalle politiche del Ssn.

L'integrazione pubblico-privato

I numerosi fallimenti del mercato in Sanità, e la conseguente convinzione che l'intervento pubblico, attraverso l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, avrebbe garantito un'offerta di servizi sanitari più adeguata alle necessità dell'intera collettività, garantendo in particolare l'accesso ai servizi sanitari anche ai soggetti che non dispongono dei mezzi finanziari necessari per acquistarli in un mercato completamente regolato dal meccanismo del prezzo, si confronta dall'inizio degli anni '90 con i sempre più stringenti vincoli di bilancio.
Nel dibattito in corso le modalità di organizzazione dei servizi sanitari sono al centro dell'attenzione, senza peraltro che un modello sembri poter oggettivamente prevalere su un altro: anzi si assiste ad una progressiva convergenza dei modelli.
In Italia le riforme sembrano per un verso enfatizzare la ricerca di una maggiore efficienza ed appropriatezza, attraverso l'introduzione di strumenti e principi di gestione manageriale e governo clinico dei servizi sanitari, per un altro di razionalizzare il contributo degli erogatori pubblici e privati (accreditati), senza dimenticare l'allargamento delle tipologie di offerta di copertura assistenziale, ottenibile incentivando lo sviluppo di fondi integrativi.
I dati principali di analisi e discussione li possiamo sintetizzare come segue.
Sul lato della domanda (capacità del Ssn di soddisfarla, e bisogno della popolazione) emerge che (vedi § 6.2.):

- la maggior parte dei cittadini europei appare soddisfatto del servizio sanitario del proprio Paese. Di contro l'insoddisfazione prevale decisamente in Portogallo, Grecia e Italia;
- se colleghiamo il dato sopraesposto con i livelli di spesa sanitaria nei Paesi europei, sembra emergere una correlazione inversa fra risorse destinate al settore e soddisfazione dei cittadini, seppure con molte eccezioni;
- peraltro, in Italia ad un livello piuttosto elevato di insoddisfazione si accompagna una percentuale di spesa privata *out of pocket* piuttosto alta;
- l'interpretazione di questo dato generale è ulteriormente complicata dalla forte discrasia che si evidenzia con i dati di soddisfazione riferiti agli utenti dei servizi sanitari: oltre l'80% dei ricoverati si dichiara "abbastanza o molto soddisfatta" dell'assistenza medica;
- se si mette a confronto il gradimento relativo a strutture pubbliche, accreditate e private, ci si accorge che le case di cura private risultano essere più apprezzate per tutti gli aspetti presi in considerazione;
- sul versante dei bisogni il 5,6% degli uomini e l'8,5% delle donne ha dichiarato di stare "male" o "molto male" nel 1999;
- oltre il 47,0% della popolazione italiana (con una quota maggiore di donne rispetto agli uomini), ha però dichiarato di soffrire di almeno una malattia cronica.

Sul lato della offerta, emerge che (vedi § 6.3.):
– la componente privatistica (accreditata) del Ssn si è andata accentuando negli anni, seppure si evidenzia una linea di tendenza alla complessiva riduzione del numero di strutture di ricovero, determinata dai processi di razionalizzazione, selezione e conversione;
– il numero totale di posti letto ordinari diminuisce e contemporaneamente i posti letto di *day hospital* e *day surgery* aumentano;
– passando all'analisi degli organici, il Ssn diventa più "snello" anche se un grave problema è rappresentato dall'offerta di infermieri, che non riesce a soddisfare la domanda da parte delle strutture di ricovero.

Sul lato della spesa, emerge che (vedi § 6.4.):
– a fronte del "raffreddamento" delle dinamiche della spesa pubblica, aumenta la quota di spesa privata, che rimane quasi tutta *out of pocket*;
– la spesa sanitaria in conto capitale perde progressivamente di significato;
– permangono grandi disparità di spesa a livello regionale.

Confronti internazionali

Seppure la globalizzazione sia un fatto evidente in quasi tutte le aree della vita odierna, sul versante sanitario permangono forti disparità e l'OMS denuncia una carenza di diffusione di risposte valide ai bisogni sanitari delle popolazioni povere.

Sul versante della domanda (vedi § 7.1.) evidenziamo che:
– l'Organizzazione Mondiale della Sanità valuta, in particolare, come insufficiente il budget destinato in maniera specifica alla prevenzione e promozione della salute, che è il principale strumento di contrasto alle malattie in una larga maggioranza dei Paesi;
– se almeno nei Paesi "ricchi" molte patologie sono in regresso, e comunque si dispone di maggiori capacità terapeutiche, si deve però riportare che negli ultimi anni le disuguaglianze nello stato di salute, persino all'interno della stessa Europa, non solo non sono diminuite ma, in alcuni casi, sono addirittura aumentate;
– sono sempre più gli stili di vita quelli che determina lo stato di benessere complessivo della popolazione.

Sul versante della offerta (vedi § 7.2.) evidenziamo che:
– la riduzione dei posti letto sembra essere un fenomeno globale, che investe tanto il settore pubblico che quello privato, ma con intensità diverse che dipendono dai modelli di servizio prescelti;
– possiamo altresì constatare che a fronte della riduzione del numero dei posti letto nella maggior parte degli Stati, parallelamente, si assiste in modo generalizzato, per un verso all'aumento del tasso di ospedalizzazione e per un altro alla contrazione della durata della degenza;
– per alcune prestazioni (ad esempio parti cesarei) è possibile effettuare confronti internazionali da cui emergono elevate disparità, spiegabili solo in termini di diverse culture cliniche, ma anche di diversi gradi di inappropriatezza delle risposte terapeutiche;
– sul versante dell'occupazione, la tendenza è quella di una continua crescita: dal 1960 al 1990 il numero complessivo di medici e di infermieri professionali per mille abitanti, risulta quasi ovunque raddoppiato; nel corso degli anni '90 il tasso di variazione risulta minore, ma ha comunque segno positivo;
– l'Italia si conferma il Paese con il più elevato numero di medici per abitante, ma anche fra quelli con minore numero di infermieri.

Sul versante del finanziamento (vedi § 7.3.) evidenziamo che:
– ogni Paese sviluppa un suo modello peculiare, sia in termini di basi imponibili, sia in termini di entrate derivanti da *co-payment*;
– di conseguenza si può affermare che la principale fonte di diversificazione dei Servizi Sanitari risiede nei meccanismi di finanziamento, e quindi di redistribuzione, piuttosto che nelle forme di erogazione.

Sul versante della spesa (vedi § 7.4.) evidenziamo che:

– a fronte di un generale rallentamento delle dinamiche di spesa negli anni '90, permangono forti differenze; ad esempio il distacco esistente tra i dati dei Paesi con più bassa incidenza di spesa pubblica verso quelli a più alta incidenza è quasi di 10 punti percentuali;
– analogamente si verifica che nel corso degli anni '90, la tendenza ad una contrazione della quota di spesa pubblica sulla spesa sanitaria totale, pur generale, non è assoluta;
– si può osservare come nella quasi totalità dei Paesi europei sia il settore ospedaliero ad assorbire la quota più ampia di risorse pubbliche;
– sul versante della spesa farmaceutica pubblica, a fronte di un generale trend crescente, in Italia si assiste ad un trend tendenzialmente inverso.

Sul versante del contributo della Sanità allo sviluppo (vedi § 7.5.) evidenziamo che:
– gli occupati in Sanità sono una quota importante della occupazione in tutti gli Stati, con punte del 10% (oltre 4% in Italia);
– i livelli retributivi appaiono fortemente difformi;
– per quanto concerne le principali industrie legate alla sanità, a quella farmaceutica è legata una importante quota di occupazione e di investimenti in ricerca e sviluppo; l'import/export è una quota rilevante delle transazioni internazionali, e per molti Paesi riveste una importanza cruciale.

Sul versante della produzione di elettromedicali, si assiste ad una espansione del mercato, ma a livello italiano si registra una bilancia commerciale ancora negativa.

1. La classifica 2001 sullo stato di salute degli italiani: anni di vita persi per cause evitabili e Usl

1.1. Premessa

Il miracolo sembra continuare. L'età media alla morte si è elevata nel 1998 – ultimo dato definitivo disponibile sulla mortalità italiana – di 161 giorni rispetto al 1997. Morire di cinque mesi più vecchi in un solo anno è il seguito di un'onda lunga che Prometeo segnala sin dalla sua prima edizione e che vale la pena di ribadire ancora, considerando che l'Italia non è un paese sottosviluppato, dove poche misure di prevenzione primaria fanno guadagnare anni di vita alla propria popolazione, ma uno dei paesi più longevi al mondo. Ormai in Italia più del 70% delle morti avviene in età per così dire "normale", cioè tra i 70 ed i 94 anni, ma la presenza di un 3,3% di morti ultranovantaquattrenni annuncia forse l'affermarsi di una quinta età (la quarta è ormai una realtà diffusa) basata non su casi episodici che fanno notizia giornalistica (il morto più anziano del 1998 aveva 111 anni), ma su migliaia di casi, sempre più numerosi: i morti ultranovantaquatrenni erano solo 13-14 mila nel 1994 e passano a quasi 20 mila nel 1998 (tavola 1.1.1.).

TAVOLA 1.1.1. Morti per classi di età in Italia [1] - Anni 1994-98

	A. valori assoluti in unità				
	1994	1995	1996	1997	1998
0 - 4 anni	4.111	3.812	3.727	3.555	3.229
5 - 69 anni	157.654	154.989	150.675	145.523	142.129
70 - 84 anni	247.430	245.038	241.418	241.726	243.517
85 - 94 anni	130.102	135.779	141.018	149.916	159.200
> 94 anni	13.682	14.705	15.490	17.298	18.465
Totale	**552.979**	**554.323**	**552.328**	**558.018**	**566.540**
	B. composizione % (totale anno=100)				
	1994	1995	1996	1997	1998
0 - 4 anni	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6
5 - 69 anni	28,5	28,0	27,3	26,1	25,1
70 - 84 anni	44,7	44,2	43,7	43,3	43,0
85 - 94 anni	23,5	24,5	25,5	26,9	28,1
> 94 anni	2,5	2,7	2,8	3,1	3,3
Totale	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
	C. età media alla morte				
	1994	1995	1996	1997	1998
Anni	74,2	74,4	74,7	75,2	75,7
Variazione (giorni)		+ 83,2	+ 102,3	+ 193,7	+ 161,3

Fonte: elaborazione Prometeo 2001 su dati Istat
(1) Numero di morti dei quali risulta nota la provincia di residenza

Il numero dei morti nelle età più giovani si va contemporaneamente comprimendo, perché nella fascia di età 5-69 anni, cioè quella che Prometeo analizza per valutare la mortalità evitabile, le morti sono diminuite di oltre 15 mila unità in soli quattro anni: se ne contano 142 mila nel 1998, per oltre la metà classificate nell'area dell'evitabilità, contro 158 mila nel 1994.
Sono segnali forti per l'economia del paese e per i delicati equilibri del nostro sistema previdenziale ed anche segnali dell'aggravio di costi che il sistema sanitario si deve preparare ad affrontare, perché l'anziano assorbe in media molte più risorse dal sistema sanità dell'adulto e del giovane. Ma sono soprattutto segnali di stato di salute, perché indicano un paese vecchio ma sano e che invecchia, che se da un lato si trova di fronte al problema di dare maggiore impulso alla natalità dall'altro conta chiari successi nella lotta alla mortalità precoce e nell'ambito di questa, come vedremo, nella lotta alla mortalità evitabile.

1.2. Classifica "delle" Usl o classifica "per" Usl

La classifica di Prometeo è realizzata per Usl di residenza degli assistiti e non per Usl di decesso e riflette i determinanti di salute presenti nelle diverse aree geografiche tra i quali, ma non solo, il livello di assistenza sanitaria. La classifica riguarda quindi i cittadini/clienti di ciascuna Usl e non come queste funzionano, perché è profondamente diverso porsi la domanda di come funziona un ospedale e interrogarsi sullo stato di salute di una popolazione. Nel primo caso è messa a fuoco la struttura sanitaria, sottoposta a valutazione, nel secondo il fuoco dell'obiettivo è la salute della gente e le strutture sanitarie ne sono al contempo una delle determinanti e il principale destinatario.
La classifica di Prometeo, segnalando fondamentalmente lo stato di salute dei residenti, è quindi al servizio delle Usl, non uno strumento per criticare l'operato di alcune di esse: la profonda polarizzazione geografica della mortalità evitabile a sfavore delle regioni del nord non tende, se non marginalmente, a segnalare disfunzioni specifiche del loro sistema sanitario mentre all'opposto evidenzia con grande chiarezza differenti gradi di bisogno sanitario e quindi la necessità, dallo stretto punto di vista della mortalità evitabile, di interventi di intensità differente nelle diverse aree del paese. Constatare che l'Alto Friuli è ultimo nella classifica della mortalità evitabile di quest'anno, penultimo nell'edizione 2000 e ancora ultimo nell'edizione 1999 vuol significare che la popolazione di quella Usl è chiaramente più soggetta ad eventi di morte evitabile e che più che altrove vi è bisogno di attenzione a questi problemi. Ma sarebbe semplicistico derivarne un operato negativo delle strutture sanitarie che insistono su quel territorio con riferimento, ad esempio, alla Usl Alto Molise, prima quest'anno e seconda l'anno scorso. Le strutture non lavorano "meglio" semplicemente perché la popolazione residente in quell'area ha meno infarti o meno tumori. Semmai andrebbero potenziate laddove vi sono segnali epidemiologici di attenzione, come nel caso della mortalità evitabile di Prometeo, oppure laddove il bisogno sanitario è più consistente, come nel caso delle popolazioni dove maggiore è il peso degli anziani.

1.3. Mortalità evitabile e mortalità totale nella fascia 5-69 anni

Nel 1998 il numero di morti per cause evitabili è diminuito in Italia di circa 1.700 unità rispetto al 1997 (- 2,1%) confermando una tendenza alla diminuzione già

registrata nelle due precedenti edizioni di Prometeo (rispettivamente -3,4% e -1,6%). Si tratta di un risultato importante, che in soli quattro anni si traduce in una riduzione complessiva del 7% (tavola 1.3.1.).

TAVOLA 1.3.1. Mortalità evitabile e totale nella fascia 5-69 anni in Italia [1] - Anni 1995-98
Valori assoluti e variazioni (assolute e %)

	A. VALORI ASSOLUTI IN UNITÀ			
	1995	1996	1997	1998
Mortalità evitabile	84.929	82.033	80.693	78.974
Altra mortalità 5-69 anni	70.060	68.642	64.830	63.155
Totale	**154.989**	**150.675**	**145.523**	**142.129**

	B. VARIAZIONI ASSOLUTE (IN PARENTESI VAR. %)			
	1996/95	1997/96	1998/97	1998/95
Mortalità evitabile	- 2.896 (- 3,4)	- 1.340 (- 1,6)	- 1.719 (- 2,1)	- 5.955 (- 7,0)
Altra mortalità 5-69 anni	- 1.418 (- 2,0)	- 3.812 (- 5,6)	- 1.675 (- 2,6)	- 6.905 (- 9,9)
Totale	**- 4.314 (- 2,8)**	**- 5.152 (- 3,4)**	**- 3.394 (- 2,3)**	**- 12.860 (- 8,3)**

Fonte: elaborazione Prometeo 2001 su dati Istat
(1) Numero di morti dei quali risulta nota la provincia di residenza

Quanto sia conquista specifica del servizio sanitario nazionale, effetto di farmaci più efficaci, miglioramento degli stili di vita o più in generale combinarsi di un coacervo di cause che comprendono alimentazione, prevenzione ed assistenza sanitaria (di base, farmacologia e ospedaliera) lungo gli ultimi 10 o magari 20 o anche forse ragionevolmente 40-50 anni dalle generazioni che si sono sedimentate e sovrapposte nel tempo è cosa difficile da discernere. Chi compie cinquanta anni nel 1998 è nato durante la ricostruzione del dopoguerra mentre la generazione del *baby boom*, cioè dei nati nel 1964 e in pieno miracolo economico, ha nel 1998 già trentaquattro anni. Quel cinquantenne ha conosciuto un'Italia diversa rispetto a quel trentenne ed entrambi rispetto alle generazioni precedenti. Hanno anche fruito di una assistenza sanitaria differente e progressivamente migliore e lo stesso discorso vale anche per i ventenni figli degli anni ottanta come per i decenni figli degli anni novanta. Qualunque ne sia la specifica determinante è indubbio che nel solo 1998 la mortalità per queste cause ha lasciato sul campo 79 mila morti contro gli 85 mila del 1995 e non vi è dubbio che questo è un buon risultato.
La mortalità evitabile sta quindi evidentemente diminuendo. Ma anche la restante mortalità, cioè quella che la letteratura scientifica non segnala come specificamente evitabile, mostra un rallentamento, addirittura più accentuato nei quattro anni considerati (-9,9% contro il -7% della mortalità evitabile): in pratica dal 1995 al 1998 la mortalità non classificata come evitabile dei soggetti con età compresa fra cinque e sessantanove anni è diminuita di un caso ogni 10.
Negli ultimi anni quindi la mortalità degli adulti, evitabile o meno, si è andata "comunque" riducendo. Alla luce di questa evidenza viene da chiedersi quanto sia importante la classifica di Prometeo e il suo focus di attenzione sulla mortalità evitabile. Tre ordini di ragioni inducono a continuare ed approfondire questa ricerca:
• lo stato di salute di una popolazione non può essere limitato alla misura della mortalità evitabile, ma non va trascurato che il 55% della mortalità 5-69 anni (78.974 morti su 142.129 nel 1998) avviene per cause per le quali la letteratura scientifica indica possibili concrete azioni di intervento in termini di prevenzione primaria, diagnosi precoce ed interventi di igiene e assistenza sanitaria;

in questo senso le mappe di Prometeo si confermano come uno dei contributi più significativi per la lotta alla mortalità evitabile perché consentono un monitoraggio nel tempo di questo fenomeno a livello comparativo riferito a tutte le Usl italiane;

• la constatazione che l'azione dei servizi sanitari, ma probabilmente anche gli stili di vita, le condizioni socio-economiche e di habitat, il maggiore e più consapevole uso di farmaci hanno comunque sortito l'effetto di ridurre la mortalità per cause per le quali l'evento morte non è "evitabile" (es. alcuni tipi di tumori), in particolare ritardandone l'insorgenza ed allungando la sopravvivenza alla malattia, fa emergere l'esigenza di studiare "anche" questo aspetto della mortalità precoce, ma non per questo di depotenziare l'analisi della mortalità evitabile;

• la relazione tra mortalità evitabile e interventi sanitari (insita nella definizione di "evitabile") rende questo indicatore utile alle decisioni di quanta parte delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche debbano essere dedicate alla lotta di alcune cause morbose rispetto ad altre; di nuovo questa ricerca permette di conoscere meglio uno specifico problema, e quindi di operare scelte più consapevoli.

In presenza di una sanità italiana che si va concretamente regionalizzando, in conclusione, vi è necessità di potenziare gli strumenti di conoscenza e di consapevole confronto fra le diverse aree del paese; il confermato impegno sulla mortalità evitabile e la novità dell'analisi delle schede di dimissione ospedaliera sono concrete testimonianze di questa indicazione per l'edizione 2001 di Prometeo.

1.4. Avvertenze alla lettura

Alla terza edizione di questa ricerca è possibile affrontare direttamente le evidenze rinviando alla sezione materiali e metodi in coda al volume i dettagli più tecnici per la definizione delle variabili utilizzate e la descrizione dei metodi quantitativi adottati (il processo di standardizzazione per consentire un confronto fra le diverse aree del paese indipendentemente dalla struttura per età della popolazione di volta in volta considerata, la novità della popolazione comunale per classi di età annuali del 1998, le diverse edizioni della classifica come medie mobili triennali confrontabili). La classifica 2001 è elaborata considerando gli anni 1996-98 contro gli anni 1995-97 dell'edizione precedente e, come per il passato, è riferita agli anni di vita persi in luogo del numero assoluto di morti, al fine di pesare proprorzionalmente di più una morte in età giovanile rispetto ad una avvenuta in prossimità dei settanta anni. È utile ricordare che la media mobile triennale su cui sono basate le classifiche di Prometeo consente di cogliere le tendenze di fondo della mortalità evitabile per micro-aree del paese, in linea con il proposito di una corretta informazione scientifica che anima la ricerca. Come di consueto verrà dapprima introdotto il livello nazionale e regionale quale inquadramento generale al problema. Seguirà un confronto omogeneo su base provinciale, perché le Usl italiane sono passate ai fini della classifica da 215 a 189 tra il 1997 ed il 1998. Infine verrà presentata l'edizione 2001 della classifica per Usl.

1.5. Il livello nazionale ed il confronto su base regionale

Il livello nazionale è sufficientemente esteso e robusto da consentire alcune osservazioni su base annuale. Nell'analisi per causa di morte il quadriennio 1995-98 lascia emergere alcune sorprese (tavola 1.5.1.):

• circa 1.000 morti evitabili in meno ogni anno per tumori; questa diminuzione appare sostanzialmente stabile nel tempo ed il relativo tasso di variazione non si allontana dal - 2,5 / - 3% annuo;
• le morti per cause cardiocircolatorie, infarto in particolare, scemano nello stesso arco di tempo in modo complessivamente simile (2.800 casi in meno in totale contro 2.900 casi in meno per tumore), ma mostrano un evidente raffreddamento della velocità di riduzione, che passa dal - 4,3% del 1996 al - 4,1% del 1997 al - 1,5% del 1998; le prossime edizioni di Prometeo permetteranno di verificare se questa tendenza, di fatto preoccupante, verrà confermata o meno;
• le morti per traumatismi e avvelenamenti (principalmente incidenti sulla strada e sui luoghi di lavoro) si attestano intorno a 13.500/14.000 casi l'anno, senza segnali sostanziali di riduzione.

TAVOLA 1.5.1. Mortalità evitabile nella fascia 5-69 anni per causa di morte e tipologia di intervento[1] - Anni 1995-98. Valori assoluti e variazioni (assolute e %)

	A. VALORI ASSOLUTI IN UNITÀ			
	1995	1996	1997	1998
	MORTALITÀ EVITABILE PER CAUSA DI MORTE			
Tumori	36.246	35.346	34.300	33.330
Sistema cardiocircolatorio	29.294	28.040	26.898	26.497
Traumatismi e avvelenamenti	14.205	13.742	13.925	13.560
Altre cause	5.184	4.905	5.570	5.587
Totale	**84.929**	**82.033**	**80.693**	**78.974**
	MORTALITÀ EVITABILE PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO			
Prevenzione primaria	49.167	47.555	46.596	45.586
Diagnosi precoce e terapia	8.631	8.453	8.248	7.831
Igiene e assistenza sanitaria	27.131	26.025	25.849	25.557
Totale	**84.929**	**82.033**	**80.693**	**78.974**
	B. VARIAZIONI ASSOLUTE (% IN PARENTESI)			
	1996/95	1997/96	1998/97	1998/95
	MORTALITÀ EVITABILE PER CAUSA DI MORTE			
Tumori	- 900 (- 2,5)	- 1.046 (- 3,0)	- 970 (- 2,8)	- 2.916 (- 8,0)
Sistema cardiocircolatorio	- 1.254 (- 4,3)	- 1.142 (- 4,1)	- 401 (- 1,5)	- 2.797 (- 9,5)
Traumatismi e avvelenamenti	- 463 (- 3,3)	+ 183 (+ 1,3)	- 365 (- 2,6)	- 645 (- 4,5)
Altre cause	- 279 (- 5,4)	+ 665 (+ 13,6)	+ 17 (+ 0,3)	+ 403 (+ 7,8)
Totale	**- 2.896 (- 3,4)**	**- 1.340 (- 1,6)**	**- 1.719 (- 2,1)**	**- 5.955 (- 7,0)**
	MORTALITÀ EVITABILE PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO			
Prevenzione primaria	- 1.612 (- 3,3)	- 959 (- 2,0)	- 1.010 (- 2,2)	- 3.581 (- 7,3)
Diagnosi precoce e terapia	- 178 (- 2,1)	- 205 (- 2,4)	- 417 (- 5,1)	- 800 (- 9,3)
Igiene e assistenza sanitaria	- 1.106 (- 4,1)	- 176 (- 0,7)	- 292 (- 1,1)	- 1.574 (- 5,8)
Totale	**- 2.896 (- 3,4)**	**- 1.340 (- 1,6)**	**- 1.719 (- 2,1)**	**- 5.955 (- 7,0)**

Fonte: elaborazione Prometeo 2001 su dati Istat
(1) Numero di morti dei quali risulta nota la provincia di residenza

Anche l'analisi per tipologia di intervento sanitario diretto a comprimere il fenomeno delle morti evitabili mostra andamenti differenziati:
• la mortalità contrastabile con attività di prevenzione primaria (es. la recente campagna contro il fumo nei luoghi pubblici o l'adozione del casco obbligatorio sui motorini) rappresenta la quota di gran lunga più elevata di casi (45 mila, pari al 58% delle morti evitabili del 1998); questa mortalità mostra un rallentamento variabile ma mai inferiore al 2% l'anno;
• differente è il caso della diagnosi precoce e terapia precoce, riferita nel com-

plesso ad 8-9 mila casi l'anno comprimibili con un maggiore impegno di *screening* (la drastica riduzione della mortalità per tumore alla mammella è uno degli esempi di successo di questi interventi); questa mortalità diminuisce in modo progressivamente più rapido, passando dal - 2,1% del 1996 al - 5,1% del 1998;

• la mortalità contrastabile con interventi di igiene ed una migliore e più tempestiva assistenza sanitaria (intervenire in tempo in caso di infarto, ridurre le morti per infezioni, comprese quelle ospedaliere ecc.) riguarda un caso ogni tre di quelli in esame; dopo la rilevante contrazione del 1996 (- 4,1%) il rallentamento non si allontana troppo dal - 1% l'anno nel 1997 e nel 1998.

Sullo scenario di riferimento nazionale appena descritto è stilata, come di consueto, la classifica sullo stato di salute per Usl, caratterizzata da una base di analisi triennale per correggere le erraticità caratteristiche delle piccole aree e dalla misura degli anni di vita persi per cause evitabili per pesare differentemente le morti delle diverse fasce di età comprese fra 5 e 69 anni compiuti.

Come per le precedenti edizioni, la classifica 2001 è il prodotto di complesse elaborazioni effettuate presso l'Istituto Nazionale di Statistica, salvaguardando i diritti della *privacy*, direttamente sulla base dati di quasi 1,7 milioni di schede di morte del triennio 1996-98, secondo quattro principali fasi logiche:

a. isolare e classificare le morti per cause che la scienza considera contrastabili con appropriate azioni dei servizi sanitari per la fascia di età 5 - 69 anni (241.700 morti in totale nel triennio) e calcolare i singoli tassi di mortalità per singola micro-area, causa di morte e classe quinquennale di età;

b. procedere alle operazioni di standardizzazione, di modo che le elaborazioni successive non risultino "disturbate" dalla differente composizione per età rilevata nelle diverse aree del paese (in pratica si è trattato sostanzialmente di applicare ciascun tasso di mortalità citato al punto precedente ad una popolazione con una medesima distribuzione per età in ciascuna Usl);

c. calcolare per ciascuna Regione, Provincia e Usl il numero di anni standardizzati persi per cause evitabili (differenza fra età alla morte di ciascuna classe/tipo/microarea e l'età media generale nazionale alla morte) ed il numero di anni potenziali standardizzati (differenza fra l'età della popolazione in vita e la medesima età media generale nazionale alla morte, approssimata in 75 anni compiuti);

d. calcolare il rapporto fra queste due grandezze.

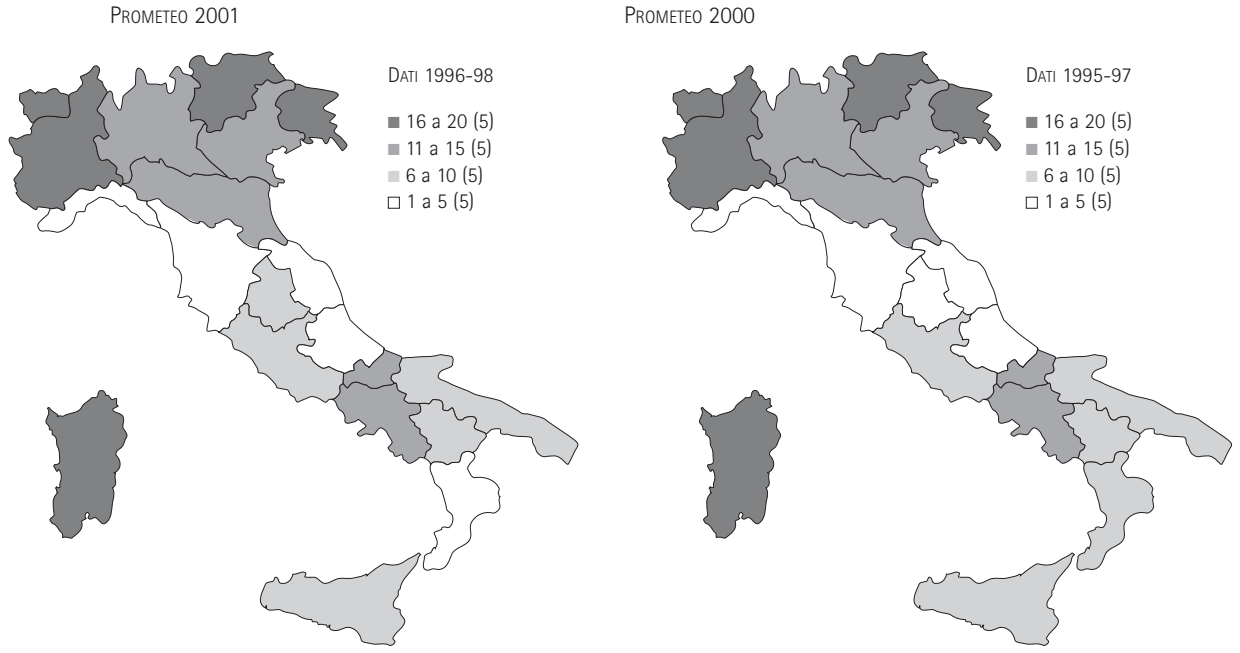
Anche per l'edizione 2001 il quadro regionale consente un primo generale inquadramento e conferma il segnale profondo lanciato da Prometeo sin dalla prima edizione, cioè la relativa maggiore incidenza della mortalità evitabile nelle aree settentrionali del paese. Il Figura 1.5.1. riporta le regioni italiane raggruppate in 4 gruppi sulla base dell'indicatore regionale della classifica di Prometeo (i relativi dati sono consultabili nel modello informatizzato MESS contenuto nel CD allegato al volume). Il colore più chiaro (il bianco) è riferito alle 5 regioni con il minor numero di anni perduti e le gradazioni di grigio progressivamente più scure indicano regioni in posizioni via via meno favorevoli.

Dal confronto con l'edizione 2000 emerge che:

• non si registra alcuna novità in coda alla classifica su base regionale dove Piemonte, Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia e Sardegna confermano, nelle mappe territoriali, il tono più scuro (posizioni da 16 a 20) e Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Molise e Campania per il tono di grigio riferito alle posizioni da 11 a 15;

• in vetta alla classifica, fra le regioni descritte con il colore bianco (posizioni da 1 a 5), rimangono saldamente attestate Liguria, Toscana, Marche ed Abruzzo ma

FIGURA 1.5.1. Le classifiche regionali dell'edizione 2001 e 2000 di Prometeo: un confronto per posizione



Fonte: elaborazione Prometeo 2001 su dati Istat

subentra la Calabria in luogo dell'Umbria che si va ad aggiungere a Lazio, Puglia, Basilicata e Sicilia nelle posizioni da 6 a 10.

1.6. L'analisi provinciale

Nella Figura 1.6.1. le 103 province sono suddivise nei medesimi toni di grigio delle cartine regionali, con i toni più scuri riferiti alle zone dove relativamente più elevata è la mortalità per cause evitabili. Questo maggiore dettaglio consente di individuare con più precisione le aree di rischio, di cui la gradazione regionale costituisce naturalmente una media. Per comodità di lettura il commento che segue è articolato per grandi ripartizioni geografiche ed evidenzia ogni cambiamento intercorso rispetto alla precedente edizione di Prometeo, sintetizzato nella tavola 1.6.1..

L'Italia del nord-ovest – Genova e La Spezia sono le uniche province bianche di quest'area, seguite da Milano, Varese, Imperia e Savona con la gradazione di grigio più chiara; insieme alla Valle d'Aosta, sei delle otto province piemontesi sono completamente scure (fanno eccezione Torino ed Alessandria); anche in Lombardia, salvo Lecco e Como in area 3 (al confine con il milanese e il varesotto), le restanti sette province restano scure.

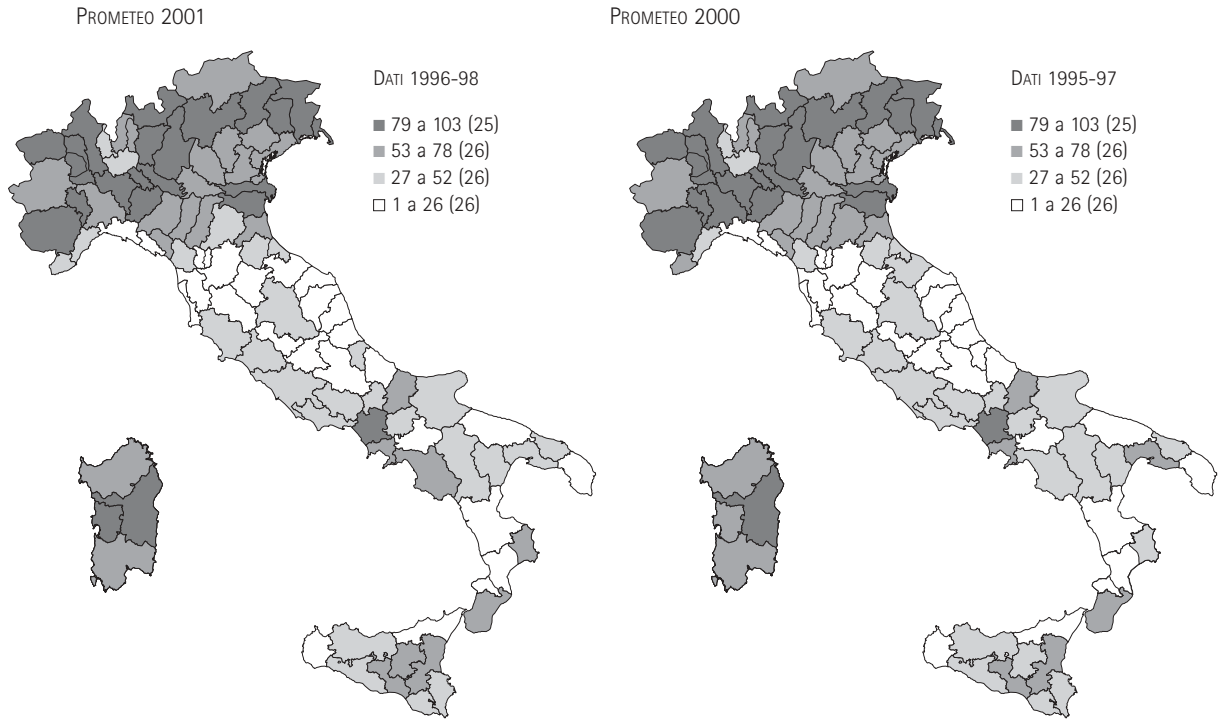
Miglioramenti - due note positive: Imperia passa da area 3 ad area 2; Alessandria abbandona la zona più scura per l'area 3.

Peggioramenti - nessuno.

L'Italia del nord-est – Trento, Belluno, Pordenone, Udine, Gorizia e Trieste completano con la gradazione più scura la grande dorsale delle aree più a rischio del nord; più in basso Rovigo in Veneto e Piacenza e Ferrara in Emilia Romagna completano le note dolenti di quest'area; se si eccettuano Bologna, Forlì e Rimini, in

area 2, le restanti dieci province sono in area 3.
Miglioramenti - Bologna, che passa dall'area 3 all'area 2.
Peggioramenti - nessuno.
Il centro Italia – Conta ben tredici province bianche, sette delle dieci toscane (Pisa, Livorno, Pistoia, Prato, Firenze, Siena e Arezzo), tutte le quattro province marchigiane (Pesaro e Urbino, Ancona, Macerata e Ascoli Piceno) e infine Terni in Umbria e Rieti nel Lazio; non conta alcuna presenza in area 4 ed una unica solitaria posizione in area 3 (Massa Carrara); tutta la dorsale tirrena ad eccezione delle citate Pisa, Livorno e Massa Carrara si trova in area 2, insieme alla vasta area del territorio di Perugia, al centro della cartina.
Miglioramenti - la provincia di Pesaro e Urbino, che passa dall'area 2 all'area 1.
Peggioramenti - nessuno.

FIGURA 1.6.1. Le classifiche provinciali dell'edizione 2001 e 2000 di Prometeo: un confronto per posizione



Fonte: elaborazione Prometeo 2001 su dati Istat

Il mezzogiorno d'Italia – è l'area più frastagliata, pur contando nove delle sue ventitre province in area bianca ed otto nel tono di grigio più chiaro, in area 2; la Campania è l'unica regione italiana con tutti i possibili toni di grigio (Avellino in area bianca, Benevento in area 2, Salerno e Napoli in area 3 e infine l'unica presenza meridionale in area 4, Caserta); Chieti, Bari e Lecce sulla dorsale adriatica insieme a tre province calabresi (Cosenza, Catanzaro e Vibo Valentia) completano il quadro delle zone a minor rischio; infine, ad eccezione di Campobasso, Crotone e Reggio Calabria in area 3, tutte le restanti province si attestano in area 2.
Miglioramenti - la provincia di Taranto, che passa da area 3 ad area 2.
Peggioramenti - ben tre, Pescara che lascia l'area bianca per l'area 2; Salerno e Crotone che si spostano dall'area 2 all'area 3.
Le isole – La Sardegna mostra un ideale collegamento con il nord dell'Italia, perché ha due province della gradazione più scura (Nuoro ed Oristano) e due della

gradazione immediatamente successiva (area 3, Cagliari a sud e Sassari a Nord); la regione Siciliana presenta un nucleo di maggior disagio centrale costituito da Caltanissetta, Catania ed Enna; registra poi due zone bianche (Trapani, all'estremo occidentale, e il territorio di Messina, che si estende in buona parte sulla costa tirrenica) e le restanti quattro province in area 2.
Miglioramenti - nessuno.
Peggioramenti - Enna passa da area 2 ad area 3; Oristano da area 3 ad area 4.
Con le dovute approssimazioni dettate dalla scelta espositiva in termini di area di posizione di graduatoria, l'immagine dell'Italia che emerge dal quadro provinciale appena descritto vede il centro stabilmente assestato nella situazione migliore, il mezzogiorno e le isole che perdono alcune posizioni ed il nord-est e il nord-ovest che iniziano una lenta ma difficile marcia di recupero.

TAVOLA 1.6.1. Le classifiche provinciali dell'edizione 2001 e 2000 di Prometeo: un confronto per posizione

	A. Prometeo 2001 (anni 1996-98)					B. Prometeo 2000 (anni 1995-97)				
	NORD OVEST	*NORD EST*	*CENTRO*	*SUD*	*ISOLE*	*NORD OVEST*	*NORD EST*	*CENTRO*	*SUD*	*ISOLE*
Area 1 (pos.1 - 26)	2	-	13	9	2	2	-	12	10	2
Area 2 (pos. 27 - 52)	4	3	7	8	4	3	2	8	8	5
Area 3 (pos. 53 - 78)	5	10	1	5	5	5	11	1	4	5
Area 4 (pos. 79 - 103)	13	9	-	1	2	14	9	-	1	1
Totale	**24**	**22**	**21**	**23**	**13**	**24**	**22**	**21**	**23**	**13**

c. I cambiamenti da Prometeo 2000 a Prometeo 2001 (1)

Area 1 (pos. da 1 a 26) • entra la provincia di Pesaro e Urbino (+); esce Pescara (-).
Area 2 (pos. da 27 a 52) • entrano Imperia (+), Bologna (+), Taranto (+), Pescara (-); escono Pesaro e Urbino (+), Salerno (-), Crotone (-) ed Enna (-).
Area 3 (pos. da 53 a 78) • entrano Alessandria (+), Salerno (-) Crotone (-), Enna (-); escono Imperia (+), Bologna (+), Taranto (+), Oristano (-).
Area 4 (pos. da 79 a 103) • entra Oristano (-); esce Alessandria (+).

Fonte: elaborazione Prometeo 2001 su dati Istat
(1) Il simbolo (+) indica un miglioramento di posizione; il simbolo (-) un peggioramento

1.7. La lettura della classifica 2001

La sintesi della classifica riportata in tavola 1.7.1. permette alcune osservazioni di carattere generale, che confermano ed approfondiscono le tendenze rilevate nei paragrafi precedenti:
• il primo dato confortante è che la media nazionale della classifica 2001 migliora rispetto a quella dello scorso anno, attestandosi su 73,6 anni persi per 100.000 potenziali rispetto al dato di 73,9 anni dell'edizione 2000 (0,3 anni in meno tra le due edizioni);
• la diminuzione è più vistosa nelle zone settentrionali del paese, non molto lontana da 1 anno guadagnato ogni 100.000 potenziali nell'Italia del nord-ovest (- 0,9 anni nella media di Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia e Liguria) e nell'Italia del nord-est (- 0,8 anni nella media di Trentino Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna);
• il centro (Toscana, Umbria, Marche e Lazio) e le due isole dimostrano una dinamica non significativamente diversa dalla media nazionale (miglioramento rispettivamente di - 0,2 e - 0,3 anni ogni 100.000 potenziali);
• questi positivi risultati sono purtroppo in parte vanificati dal dato negativo del sud Italia dove le regioni Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata e

TAVOLA 1.7.1. La classifica 2001: distribuzione geografica delle Usl per classe di anni di vita perduti e confronto con la classifica 2000

	A. ANNI DI VITA PERDUTI ED. 2000 E 2001[1]					
	NORD OVEST	*NORD EST*	*CENTRO*	*SUD*	*ISOLE*	*ITALIA*
1. Classifica 2001	77,6	78,4	66,9	71,6	72,5	73,6
2. Classifica 2000	78,5	79,2	67,1	71,2	72,8	73,9
3. Differenza assoluta (1. - 2.)	- 0,9	- 0,8	- 0,2	+ 0,4	- 0,3	- 0,3
	B. NUMERO DI USL PER CLASSE DI ATTENZIONE [2]					
a. eccellenza (< 60)	1	-	4	5	-	**10**
b. attenzione medio bassa (60 - 69)	5	4	22	25	5	**61**
c. aurea mediocritas (70 - 89)	26	35	11	20	12	**104**
d. attenzione medio alta (90 - 99)	6	4	-	1	-	**11**
e. criticità (> 100)	1	2	-	-	-	**3**
Totale	**39**	**45**	**37**	**51**	**17**	**189**

Fonte: elaborazione Prometeo 2001 su dati Istat
(1) anni di vita perduti per cause evitabili ogni 100.000 potenziali; (2) i valori in parentesi alla legenda indicano le soglie di ciascuna classi in termini di anni di vita perduti ogni 100.000 potenziali.

Calabria registrano in media un incremento di 0,4 anni di vita persi per mortalità evitabile ogni 100.000 potenziali (il dato passa da 71,2 dell'edizione 2000 a 71,6 dell'edizione 2001).
Ciò premesso, la lettura della classifica 2001 di Prometeo è articolata per classi di attenzione, espressi in classi di anni di vita perduti per morti evitabili ogni 100.000 potenziali della popolazione residente nel medesimo territorio:
eccellenza – meno di 60 anni di vita perduti ogni 100.000 evitabili
attenzione medio-bassa – tra 60 e 69 anni perduti ogni 100.000 evitabili
aurea mediocritas – tra 70 e 89 anni di vita perduti ogni 100.000 evitabili
attenzione medio-alta – tra 90 e 99 anni di vita perduti ogni 100.000 evitabili
criticità – cento ed oltre anni di vita perduti ogni 100.000 evitabili.
Questa scelta consente di tradurre in segnali epidemiologici di attenzione il portato conoscitivo della classifica 2001 di Prometeo e, poiché le classi sono volutamente le medesime della classifica 2000, permette di seguire e collocare nel tempo l'evoluzione generale di ciascuna ripartizione fino al dettaglio di ciascuna Usl, avendo cura di considerare che l'edizione 2000 era riferita a 215 Usl contro le 189 del 2001 per effetto degli accorpamenti descritti nella sezione materiali e metodi in coda al volume (ad esempio la Usl di Breno, ultima in classifica dell'edizione 2000, confluisce in quella di Brescia ed è in questa ricompresa per il 2001, innalzandone in parte i valori).
AREA DELL'ECCELLENZA – comprende le 10 Usl che maggiormente si distinguono nella classifica e che non presentano di conseguenza problemi di attenzione oltre quello di mantenere nel tempo l'invidiabile risultato raggiunto; rientrano nella soglia limite dei 60 anni di vita persi ogni 100.000 potenziali solo 10 Usl contro le 12 dell'edizione 2000; prevalgono le Usl del sud (5) e del centro (4) ma si segnala al settimo posto la presenza di una Usl dell'Italia nord-occidentale, la Genovese, all'undicesimo posto nell'edizione 2000.
Conferme - Alto Molise (era seconda nel 2000), Bari/5 (terza nel 2000), Prato (quarta nel 2000 e prima nel 1999), Chieti (decima nel 2000); Genovese (undicesima nel 2000); Firenze e San Benedetto del Tronto, che mantengono la medesima posizione del 2000), Avellino/1 (era la prima classificata nel 2000);
Cambiamenti in positivo - entrano provenienti dall'area di attenzione medio-bassa la calabrese Lamezia Terme, al terzo posto, e la marchigiana Fermo, al sesto.

Cambiamenti in negativo - escono dall'eccellenza per posizionarsi sull'area di attenzione medio-bassa 4 Usl, la toscana Empoli al diciassettesimo posto (era quinta nel 2000), la abruzzese Vasto al quattordicesimo posto (era sesta nel 2000), la marchigiana Macerata al trentunesimo posto (era settima nel 2000) e la calabrese Cosenza al dodicesimo posto (stessa posizione, ma con soglia differente, nel 2000).

Area dell'attenzione medio-bassa – comprende 61 Usl, prevalentemente del sud (25) e del centro del paese (22) con valori dell'indicatore largamente non preoccupanti e comunque inferiori alla media nazionale (numero di anni di vita persi per cause evitabili compreso tra 60 e 69). Di queste 60 consentono un confronto con l'edizione precedente della classifica di Prometeo (resta esclusa Milano/3, parte della profonda riorganizzazione avvenuta in Lombardia).

Conferme - sono ben 58 le Usl di questa fascia che non mutano livello di attenzione rispetto all'edizione di Prometeo 2000.

Cambiamenti in positivo - sono otto le Usl che escono dall'affollata "aurea mediocritas" per portarsi in zona di attenzione medio-bassa, una del nord-ovest (la ligure Imperiese), due del nord-est (Cesena, in Emilia Romagna e Vicenza, in Veneto), tre del centro (due marchigiane, Urbino e Ascoli Piceno ed una toscana, la Versilia) e due Usl siciliane (Palermo e Siracusa).

Cambiamenti in negativo - sono le quattro Usl segnalate in uscita dall'area di eccellenza (Empoli, Macerata, Lanciano Vasto e Cosenza).

Area della "Aurea mediocritas" – comprende le 104 Usl che si presentano complessivamente neutrali in termini di mortalità evitabile nella classifica di Prometeo. Per motivi di esposizione dovuti alla numerosità di questo gruppo, ed anche per il limitato interesse epidemiologico di attenzione rivestito, il commento di questa area è limitato alla considerazione che si tratta di una zona che fa da baricentro nel nord-ovest e nel nord-est, che lasciano un numero inferiore ma equilibrato di Usl al di sopra ed al di sotto di questa fascia, mentre costituisce la zona a rischio di fatto più elevata in tutte le altre zone del paese, perché unicamente una Usl meridionale è presente nell'area di attenzione medio-alta (cfr. punto successivo).

Area dell'attenzione medio-alta – si tratta di 11 Usl con valori elevati dell'indicatore della classifica di Prometeo (tra 90 e 99 anni di vita persi per cause evitabili), 10 delle quali nel nord del paese, con prevalenza del nord-ovest (6), oltre alla segnalata Usl meridionale (Salerno/1).

Cambiamenti problematici rispetto all'edizione 2000 - in quell'anno ben 8 delle 15 Usl di questa fascia erano lombarde, coinvolte nell'ampio ridisegno delle Usl di questa regione (che ai fini della classifica si sono ridotte da 39, compresa l'area metropolitana di Milano considerata un tutt'uno ai fini della mortalità evitabile, a sole 14, tutte di riferimento provinciale salvo Milano ripartita in 3 Usl); l'accorpamento con Usl di zone più tranquille della classifica, ha presumibilmente influito in modo determinante all'evidenza che nessuna Usl lombarda compare in questa fascia di attenzione nella classifica 2001. Per questo motivo i confronti che seguono sono limitati al segno (conferma, cambiamento positivo e negativo) mentre non è possibile un'indicazione relativa di posizione.

Conferme - tre Usl piemontesi, Vercelli, Cuneo ed Omegna, la Usl di Aosta, la atesina Nord-Bressanone e la Veneta Belluno non cambiano area di attenzione rispetto all'anno scorso.

Cambiamenti in positivo - migliora come notato la Usl piemontese di Savigliano, proveniente dall'area critica.

Cambiamenti in negativo – si tratta di 4 Usl tutte provenienti dall'area di "aurea

mediocritas"; per la prima volta una Usl meridionale, la Salerno/1 entra in questa zona della classifica; è accompagnata da una Usl piemontese (Biella) e due venete (Este e Chioggia).
Area della criticità – comprende le 3 Usl con i valori di gran lunga più elevati dell'indicatore della classifica di Prometeo, cioè più di cento anni di vita persi ogni 100.000 potenziali (si tratta di valori più elevati della media nazionale di una quota variabile fra il 40% e il 60%); sono concentrate nel nord del paese, 2 nel nord-est (Veneto e Friuli Venezia Giulia) ed una nel nord-ovest (Lombardia).
Conferme - penultima la veneta Feltre, che era terzultima l'anno passato ma penultima considerando che Breno, ultima in classifica quell'anno, risulta nell'edizione 2001 assorbita dalla Usl di Brescia; ultima in classifica la friulana Alto Friuli, penultima nel 2000, ma ultima evitando di considerare Breno.
Cambiamenti in positivo - esce la Usl Piemontese di Savigliano, che si porta nell'area di attenzione medio-alta (l'indicatore passa da 100,5 del 2000 a 96,8.
Cambiamenti in negativo - entra in questa fascia di grande evidenza la Usl lombarda di Sondrio, che porta il proprio indicatore da 97,9 anni a superare la soglia critica dei cento anni (102,8, per l'esattezza); va segnalato un ulteriore fattore non positivo, costituito dal peggioramento osservato per le due Usl già presenti in questa fascia anche in termini di valore dell'indicatore, che passa da 105,1 anni dell'edizione 2000 agli attuali 113,5 per la Usl di Feltre, e da 112,2 a 115,5 per la Usl Alto Friuli.

1.8. Considerazioni conclusive

Alla sua terza edizione la classifica di Prometeo sullo stato di salute per Usl conferma alcuni obiettivi che caratterizzano questa indagine: la finalità epidemiologica di segnalare i diversi livelli di attenzione alla problematica della mortalità evitabile, la finalità divulgativa per rendere accessibile agli operatori concretamente impegnati ai diversi livelli nell'assistenza sanitaria, prima ancora che agli studiosi ed agli accademici, questo strumento di analisi; una trasparente impostazione scientifica, che consenta agli addetti ai lavori di verificare la metodologia utilizzata e le elaborazioni effettuate; ed infine una base di analisi aperta alla consultazione che permetta alcuni approfondimenti già nelle tavole della classifica (che disaggregano ciascun valore per Usl per grande causa di morte e per tipologia di intervento necessaria da parte dei servizi sanitari) ma anche nelle tavole di costruzione dell'indicatore di Prometeo in appendice al volume e nel MESS, il modello informatizzato di navigazione che consente un'agevole lettura comparata di tutti gli indicatori a base dell'analisi.
Dal confronto con le edizioni precedenti la nuova classifica appare più matura, tanto da consentire di avvicinarsi al suo vero obiettivo, che è quello di monitorare il cambiamento nel tempo piuttosto che una immobile fotografia, per quanto interessante. Non a caso le sezioni di analisi di livello provinciale e di Usl sono per la prima volta corredate di puntuali osservazioni e riferimenti. Se tali indicazioni potranno servire, al di là di alcuni eccessi tipici e forse inevitabili della stampa quotidiana, a richiamare l'attenzione su problemi reali ed al necessario approfondimento a livello locale per la loro verifica e per alcune conseguenti indicazioni di politica sanitaria, questa periodica ricerca avrà raggiunto il risultato di divenire uno strumento concretamente utile, nel tempo, alla riduzione della mortalità precoce italiana, riduzione già diffusamente in atto, sebbene con alcune aree critiche e, auspicabilmente, ampi margini di miglioramento ancora possibili.

Classifica dello stato di salute in Italia: anni perduti per cause evitabili ogni 100.000 potenziali – 1996-98

				Analisi per causa evitabile			Analisi per causa di morte			
Rango	Azienda Usl [1]	Reg	Totale	Prev. primaria	Diagn. pr.e ter.	Igiene e ass. san.	Tumori	Sist. cardioc.	Traumat. e avv	Altre cause
1	Alto Molise [Agnone; Carovilli; Capracotta]	MOL	49,1	31,5	5,2	12,5	14,9	14,3	15,2	4,8
2	Bari/5 [Monopoli; Putignano; Gioia del Colle]	PUG	55,8	34,7	5,3	15,9	18,8	14,8	18,0	4,2
3	Lamezia Terme [Lamezia Terme; Curinga; Nocera Tirinese]	CAL	56,8	34,4	4,7	17,8	18,5	15,9	15,8	6,6
4	Prato [Prato; Montemurlo; Carmignano]	TOS	57,0	35,2	6,3	15,4	21,6	14,9	16,9	3,5
5	Chieti [Chieti; Francavilla al Mare; Ortona]	ABR	57,1	33,0	5,5	18,6	21,5	16,1	15,5	3,9
6	Fermo [Fermo; Porto Sant'Elpidio; Porto San Giorgio]	MAR	57,5	35,1	5,9	16,6	18,7	18,5	18,0	2,3
7	Genovese [Genova; Arenzano; Recco]	LIG	57,7	33,5	7,8	16,4	25,9	15,4	11,6	4,7
8	Firenze [Firenze; Scandicci; Sesto Fiorentino]	TOS	57,8	36,6	6,1	15,1	21,8	14,6	18,0	3,3
9	S. Benedetto d/T [San Benedetto d/T; Grottammare; Monteprandone]	MAR	58,0	34,4	6,6	17,1	16,9	14,4	21,5	5,3
10	Avellino/1 [Ariano Irpino; Mirabella Eclano; Grottaminarda]	CAM	59,2	34,8	6,2	18,1	20,2	19,6	14,1	5,2
11	Civitanova Marche [Civitanova Marche; Recanati; Potenza Picena]	MAR	60,0	40,5	5,5	14,0	21,5	13,6	22,0	2,9
12	Cosenza [Cosenza; Rende; Acri]	CAL	60,2	34,5	7,2	18,5	20,1	18,8	15,8	5,4
13	Spezzino [La Spezia; Sarzana; Lerici]	LIG	60,3	36,3	7,3	16,7	23,7	15,5	17,7	3,4
14	Lanciano / Vasto [Lanciano; Vasto; San Salvo]	ABR	60,7	36,2	5,4	19,0	17,5	19,5	19,9	3,8
15	Ancona [Ancona; Osimo; Falconara Marittima]	MAR	60,7	38,7	8,0	14,0	23,3	12,9	21,5	3,1
16	Castrovillari [Castrovillari; Roggiano Gravina; San Marco Argentano]	CAL	60,8	34,8	4,4	21,6	17,2	20,4	18,4	4,8
17	Empoli [Empoli; San Miniato; Fucecchio]	TOS	61,2	39,8	5,8	15,5	24,4	13,7	19,6	3,5
18	Vibo Valentia [Vibo Valentia; Pizzo; Mileto]	CAL	61,4	38,4	5,3	17,7	18,5	17,3	20,1	5,5
19	Jesi [Jesi; Cingoli; Filottrano]	MAR	61,7	39,6	6,6	15,5	21,3	16,0	21,2	3,1
20	Avezzano/Sulmona [Avezzano; Sulmona; Celano]	ABR	62,5	37,3	6,6	18,5	22,1	17,9	16,9	5,6
21	Bari/2 [Barletta; Molfetta; Trani]	PUG	62,6	37,4	7,6	17,6	24,4	16,6	18,0	3,7
22	Siena [Siena; Poggibonsi; Colle di Val d'Elsa]	TOS	62,9	40,2	7,3	15,4	21,3	16,6	22,4	2,6
23	Rieti [Rieti; Fara in Sabina; Cittaducale]	LAZ	63,0	36,5	6,0	20,6	19,0	22,1	18,5	3,4
24	Fano [Fano; Mondolfo; Fossombrone]	MAR	63,1	40,2	6,6	16,2	19,9	15,4	24,0	3,8
25	Lecce/2 [Casarano; Gallipoli; Tricase]	PUG	63,3	40,7	6,7	15,9	25,1	15,0	17,9	5,3
26	Arezzo [Arezzo; Cortona; Montevarchi]	TOS	63,3	40,9	6,6	15,9	21,5	16,7	22,0	3,1
27	Camerino [San Severino Marche; Matelica; Camerino]	MAR	63,4	40,1	8,6	14,8	19,5	16,0	26,5	1,5
28	Venosa [Melfi; Lavello; Rionero in Vulture]	BAS	63,8	39,6	5,2	19,0	19,1	19,7	20,5	4,6
29	Bari/3 [Altamura; Gravina in Puglia; Santeramo in Colle]	PUG	63,9	40,5	6,9	16,4	20,6	13,6	25,6	4,1
30	Terni [Terni; Orvieto; Narni]	UMB	64,0	37,9	6,3	19,8	23,2	20,4	17,4	3,0
31	Macerata [Macerata; Tolentino; Corridonia]	MAR	64,1	43,5	6,4	14,1	17,9	16,1	27,7	2,4
32	Salerno/3 [Capaccio; Agropoli; Sala Consilina]	CAM	64,3	36,7	5,5	22,2	19,5	22,1	17,5	5,2
33	Trapani [Marsala; Trapani; Mazara del Vallo]	SIC	64,4	38,8	6,9	18,6	21,9	19,9	18,3	4,4
34	Messina [Messina; Barcellona Pozzo di Gotto; Milazzo]	SIC	64,9	38,1	7,4	19,4	22,3	20,8	16,9	4,8
35	Livorno [Livorno; Piombino; Rosignano Marittimo]	TOS	65,0	41,7	6,6	16,6	24,9	15,7	20,3	4,1
36	Pistoia [Pistoia; Quarrata; Montecatini-Terme]	TOS	65,1	43,7	5,8	15,6	25,8	17,1	19,8	2,4
37	Pisa [Pisa; Cascina; San Giuliano Terme]	TOS	65,2	41,9	6,3	16,9	25,1	16,3	19,5	4,3
38	Perugia [Perugia; Assisi; Bastia]	UMB	65,2	38,0	6,9	20,3	23,2	19,3	19,4	3,3
39	Bari/4 [Bari; Bitonto; Modugno]	PUG	65,2	38,5	7,6	19,0	23,7	17,2	20,3	4,0
40	Rossano [Corigliano Calabro; Rossano; Cassano allo Ionio]	CAL	65,3	40,6	5,2	19,5	18,5	22,8	20,0	3,9
41	Teramo [Teramo; Giulianova; Roseto degli Abruzzi]	ABR	65,5	42,2	5,3	18,1	19,4	17,6	24,2	4,4
42	Frosinone [Frosinone; Cassino; Sora]	LAZ	65,8	40,5	6,0	19,3	22,7	20,0	18,9	4,2
43	Pescara [Pescara; Montesilvano; Spoltore]	ABR	66,2	39,4	8,0	18,8	22,8	20,0	20,2	3,2
44	Salerno/2 [Salerno; Cava de' Tirreni; Battipaglia]	CAM	66,2	38,7	6,6	20,9	24,2	21,9	15,4	4,7
45	Rimini [Rimini; Riccione; Santarcangelo di Romagna]	EMR	66,5	43,9	6,9	15,7	22,8	15,4	25,0	3,2
46	Lecce/1 [Lecce; Nardò; Galatina]	PUG	66,8	42,2	5,9	18,7	23,7	17,3	20,9	4,9
47	Benevento [Benevento; Montesarchio; Sant'Agata de' Goti]	CAM	66,9	39,6	6,2	21,0	21,4	23,3	17,3	4,8
48	Reggio Calabria [Reggio d/C; Villa San Giovanni; Bagnara Calabra]	CAL	66,9	38,6	7,3	21,0	22,1	20,8	19,7	4,5
49	Bologna [Bologna]	EMR	67,0	41,8	7,5	17,7	24,1	16,5	21,8	4,5
50	Urbino [Urbino; Cagli; Fermignano]	MAR	67,2	42,6	4,8	19,8	20,2	19,6	21,0	6,4
51	Roma/H [Velletri; Pomezia; Anzio]	LAZ	67,4	42,3	6,5	18,5	25,7	17,9	19,6	4,2
52	Catanzaro [Catanzaro; Soverato; Chiaravalle Centrale]	CAL	67,5	40,9	4,3	22,3	19,8	23,4	19,5	4,8
53	L'Aquila [L'Aquila; Tornimparte; Montereale]	ABR	67,5	40,5	6,7	20,4	21,1	16,4	23,4	6,7
54	Agrigento [Agrigento; Licata; Sciacca]	SIC	67,6	40,2	8,3	19,0	24,2	18,5	20,0	4,9
55	Pesaro [Pesaro; Novafeltria; Sant'Angelo in Lizzola]	MAR	67,6	46,9	6,2	14,5	25,4	14,3	24,9	3,1
56	Chiavarese [Rapallo; Chiavari; Sestri Levante]	LIG	68,0	41,6	7,1	19,3	24,3	21,6	17,9	4,2
57	Foggia/2 [Manfredonia; Cerignola; Orta Nova]	PUG	68,6	41,7	8,2	18,6	23,6	18,4	22,5	4,0
58	Viterbo [Viterbo; Civita Castellana; Tarquinia]	LAZ	68,7	40,5	7,3	20,9	24,8	21,3	18,7	3,8
59	Cesena [Cesena; Cesenatico; Savignano sul Rubicone]	EMR	68,8	47,9	6,7	14,3	21,8	14,8	28,9	3,3
60	Paola [Paola; Amantea; Cetraro]	CAL	69,1	42,5	7,0	19,6	23,9	20,1	20,1	5,0
61	Potenza [Potenza; Avigliano; Sant'Arcangelo]	BAS	69,1	41,6	6,5	21,0	21,7	22,9	18,4	6,1
62	Palermo [Palermo; Bagheria; Monreale]	SIC	69,1	40,5	7,6	21,1	26,4	22,2	16,1	4,4
63	Versilia [Viareggio; Camaiore; Pietrasanta]	TOS	69,2	46,8	6,9	15,5	27,4	15,2	21,5	5,1
64	Avellino/2 [Avellino; Atripalda; Solofra]	CAM	69,2	39,2	5,0	25,0	22,7	26,6	15,8	4,2
65	Bari/1 [Andria; Corato; Canosa di Puglia]	PUG	69,3	42,4	9,2	17,7	27,0	16,6	21,9	3,7
66	Chieri [Moncalieri; Nichelino; Chieri]	PIE	69,3	44,9	7,1	17,3	23,9	17,8	23,6	4,0
67	Imperiese [San Remo; Imperia; Ventimiglia]	LIG	69,3	39,5	6,5	23,2	23,9	20,0	20,0	5,4
68	Ascoli Piceno [Ascoli Piceno; Folignano; Castel di Lama]	MAR	69,6	40,6	7,3	21,6	25,4	19,8	20,8	3,6
69	Vicenza [Vicenza; Dueville; Torri di Quartesolo]	VEN	69,6	45,4	8,8	15,4	27,5	14,2	24,0	3,8
70	Siracusa [Siracusa; Augusta; Avola]	SIC	69,7	40,6	6,8	22,4	23,6	23,8	18,3	4,1
71	Milano/3 [Monza; Sesto San Giovanni; Cinisello Balsamo]	LOM	69,9	44,3	7,9	17,8	28,3	17,4	19,9	4,4
72	Montalbano Jonico [Pisticci; Policoro; Montalbano Jonico]	BAS	70,2	44,8	5,1	20,3	25,1	22,2	18,8	4,1
73	Bologna sud [Casalecchio d/R; S. Lazzaro di Savena; Zola Predosa]	EMR	70,4	43,8	6,7	19,8	23,0	20,0	23,5	4,0
74	Pentria [Isernia; Venafro; Frosolone]	MOL	70,5	40,2	7,7	22,7	20,2	23,6	21,3	5,4
75	Roma (AM) [Roma; Fiumicino]	LAZ	70,5	41,3	8,5	20,7	27,7	20,0	18,5	4,3

segue - Classifica dello stato di salute in Italia

				Analisi per causa evitabile			Analisi per causa di morte			
Rango	Azienda Usl	Reg	Totale	Prev. primaria	Diagn. pr.e ter.	Igiene e ass. san.	Tumori	Sist. cardioc.	Traumat. e avvel.	Altre cause
76	Lucca [Lucca; Capannori; Altopascio]	TOS	70,6	44,8	7,4	18,4	28,8	17,7	19,5	4,6
77	Veneziana [Venezia; Marcon; Quarto d'Altino]	VEN	70,6	48,6	7,9	14,1	30,9	16,3	20,5	2,9
78	Grosseto [Grosseto; Follonica; Orbetello]	TOS	70,7	47,3	6,6	16,8	21,9	18,8	27,0	3,0
79	Cagliari [Cagliari; Quartu Sant'Elena; Selargius]	SAR	70,7	43,4	8,3	19,0	27,5	16,6	21,1	5,5
80	Roma/F [Civitavecchia; Cerveteri; Ladispoli]	LAZ	71,2	43,5	6,4	21,3	24,0	19,9	23,5	3,9
81	Padova [Padova; Selvazzano Dentro; Albignasego]	VEN	71,3	47,2	7,2	16,8	28,8	15,4	23,0	4,1
82	Latina [Latina; Aprilia; Terracina]	LAZ	71,4	44,4	7,6	19,4	24,8	18,8	24,1	3,6
83	Matera [Matera; Bernalda; Montescaglioso]	BAS	71,4	44,7	4,9	21,7	23,5	21,0	23,3	3,7
84	Roma/G [Guidonia Montecelio; Tivoli; Mentana]	LAZ	71,4	43,6	7,6	20,2	24,5	21,0	21,9	4,0
85	Savonese [Savona; Albenga; Varazze]	LIG	71,4	44,5	7,3	19,6	24,0	19,7	22,6	5,1
86	Brindisi [Brindisi; Fasano; Francavilla Fontana]	PUG	71,6	44,0	8,3	19,3	25,3	17,3	23,3	5,6
87	Taranto [Taranto; Martina Franca; Grottaglie]	PUG	71,7	42,9	7,7	21,0	24,9	19,8	21,6	5,3
88	Torino (AM) [Torino]	PIE	71,7	43,9	8,7	19,1	27,0	18,2	21,1	5,4
89	Ragusa [Ragusa; Vittoria; Modica]	SIC	71,9	43,2	8,9	19,9	24,0	21,3	22,1	4,5
90	Bassano del Grappa [Bassano d/G; Romano d'Ezzelino; Marostica]	VEN	72,0	49,2	7,2	15,6	29,1	16,0	23,1	3,8
91	Varese [Varese; Busto Arsizio; Gallarate]	LOM	72,2	45,0	7,2	20,0	27,0	18,9	21,7	4,6
92	Imola [Imola; Castel San Pietro Terme; Dozza]	EMR	72,8	48,5	7,4	16,9	22,8	15,7	30,7	3,6
93	Milano/1 [Legnano; Rho; Bollate]	LOM	72,8	44,9	8,1	19,8	30,3	19,5	19,0	4,0
94	Napoli/5 [Torre del Greco; Castellammare di Stabia; Portici]	CAM	73,0	41,2	8,5	23,3	29,1	23,9	15,2	4,7
95	Milano [Milano]	LOM	73,0	45,6	9,5	17,9	29,1	17,3	22,0	4,7
96	Milano/2 [Rozzano; Segrate; Pioltello]	LOM	73,1	47,3	7,5	18,4	31,1	17,9	20,2	3,9
97	Pieve di Soligo [Conegliano; Vittorio Veneto; Susegana]	VEN	73,2	50,1	7,0	16,1	25,6	15,6	28,2	3,9
98	Massa Carrara [Massa; Carrara; Aulla]	TOS	73,5	49,1	6,8	17,6	28,4	16,5	22,8	5,9
99	Collegno [Rivoli; Collegno; Grugliasco]	PIE	73,5	46,4	8,6	18,5	26,0	18,6	24,0	4,9
100	Cittadella [Vigonza; Cittadella; San Martino di Lupari]	VEN	73,7	53,0	6,4	14,3	27,2	13,6	29,1	3,7
101	Verona [Verona; San Bonifacio; San Martino Buon Albergo]	VEN	73,8	50,9	6,9	16,0	27,2	16,1	26,6	3,9
102	Como [Como; Cantù; Mariano Comense]	LOM	73,8	46,5	8,8	18,5	29,2	16,9	23,0	4,7
103	Foggia/3 [Foggia; Lucera; Troia]	PUG	73,9	45,0	7,4	21,6	24,6	21,4	22,8	5,1
104	Senigallia [Senigallia; Ostra; Arcevia]	MAR	73,9	44,8	9,9	19,3	25,7	15,9	27,0	5,3
105	Mirano [Mira; Mirano; Spinea]	VEN	74,0	49,6	7,0	17,3	28,8	16,5	24,7	4,0
106	Foggia/1 [S. Severo; S. Giovanni Rotondo; Sannicandro Garganico]	PUG	74,0	45,5	9,7	18,8	25,5	18,9	24,6	5,0
107	Città di Castello [Città di Castello; Gubbio; Umbertide]	UMB	74,0	47,0	6,4	20,6	24,3	21,5	24,9	3,4
108	Forlì [Forlì; Forlimpopoli; Meldola]	EMR	74,0	50,6	7,2	16,2	22,1	17,4	30,6	4,0
109	Foligno [Foligno; Spoleto; Gualdo Tadino]	UMB	74,0	49,3	6,2	18,5	22,7	18,2	30,9	2,3
110	Centro Molise [Campobasso; Bojano; Riccia]	MOL	74,1	47,3	4,9	21,9	24,8	19,7	21,3	8,3
111	Crotone [Crotone; San Giovanni in Fiore; Cirò Marina]	CAL	74,2	47,4	5,6	21,1	21,1	22,2	26,1	4,8
112	Olbia [Olbia; Tempio Pausania; La Maddalena]	SAR	74,3	44,8	6,3	23,1	25,3	22,2	23,2	3,6
113	Napoli/2 [Giugliano in Campania; Pozzuoli; Marano di Napoli]	CAM	74,7	41,9	7,5	25,3	32,2	25,3	12,4	4,7
114	Est Brunico [Brunico; Valle Aurina; Campo Tures]	BZ	74,7	51,2	5,1	18,3	20,1	19,3	29,8	5,4
115	Catania [Catania; Acireale; Paternò]	SIC	74,8	44,5	7,2	23,1	24,7	24,1	21,5	4,5
116	Reggio nell'Emilia [Reggio nell'Emilia; Scandiano; Correggio]	EMR	75,1	48,8	7,8	18,5	24,8	18,4	27,7	4,2
117	Arzignano [Valdagno; Arzignano; Montecchio Maggiore]	VEN	75,3	50,0	6,6	18,8	26,3	18,3	27,2	3,6
118	Bussolengo [Villafranca di Verona; Bussolengo; Negrar]	VEN	75,5	50,0	7,2	18,3	26,7	16,9	28,6	3,4
119	Lecco [Lecco; Calolziocorte; Merate]	LOM	75,9	46,5	7,6	21,8	28,3	19,4	23,0	5,3
120	Parma [Parma; Fidenza; Salsomaggiore Terme]	EMR	76,0	48,1	7,6	20,3	27,4	18,8	25,2	4,6
121	Enna [Enna; Piazza Armerina; Nicosia]	SIC	76,3	42,6	7,0	26,6	22,5	27,4	20,8	5,6
122	Basso Molise [Termoli; Larino; Montenero di Bisaccia]	MOL	76,3	42,6	6,8	26,9	22,4	22,5	24,3	7,1
123	Lagonegro [Lauria; Senise; Lagonegro]	BAS	76,5	48,2	5,3	23,0	20,5	24,8	26,1	5,1
124	Caltanissetta [Gela; Caltanissetta; Niscemi]	SIC	76,5	48,1	5,9	22,5	23,5	23,4	23,8	5,8
125	Treviso [Treviso; Mogliano Veneto; Paese]	VEN	76,9	52,2	7,1	17,6	25,5	15,4	31,1	4,8
126	Chivasso [Settimo Torinese; Chivasso; San Mauro Torinese]	PIE	76,9	51,3	8,4	17,2	29,2	16,9	27,1	3,7
127	Mantova [Mantova; Castiglione delle Stiviere; Suzzara]	LOM	77,6	52,5	6,6	18,5	22,9	19,4	31,8	3,4
128	Adria [Adria; Porto Viro; Porto Tolle]	VEN	77,7	56,4	4,2	17,1	20,7	18,6	33,6	4,8
129	Modena [Modena; Carpi; Sassuolo]	EMR	78,1	51,6	7,1	19,4	26,5	19,5	27,8	4,3
130	Legnago [Legnago; San Giovanni Lupatoto; Cerea]	VEN	78,3	50,8	7,8	19,7	27,0	17,7	28,3	5,3
131	Ravenna [Ravenna; Faenza; Lugo]	EMR	78,5	54,0	7,3	17,3	25,1	15,2	33,3	5,0
132	Novi Ligure [Novi Ligure; Acqui Terme; Ovada]	PIE	78,8	51,8	8,5	18,5	26,7	19,3	28,9	3,9
133	Centro-sud Bolzano [Bolzano; Laives; Appiano sulla strada del vino]	BZ	78,9	52,7	7,6	18,6	25,2	17,3	30,3	6,0
134	Thiene [Schio; Thiene; Malo]	VEN	79,7	51,9	6,2	21,5	27,1	19,9	28,2	4,4
135	Asolo [Castelfranco Veneto; Montebelluna; Vedelago]	VEN	80,1	56,1	8,2	15,7	26,1	15,7	34,8	3,5
136	Sassari [Sassari; Alghero; Porto Torres]	SAR	80,3	50,0	7,0	23,3	27,1	20,7	25,7	6,8
137	Ciriè [Venaria Reale; Ciriè; Alpignano]	PIE	80,4	51,6	9,2	19,5	29,7	20,5	25,6	4,6
138	Ovest Merano [Merano; Lana; Silandro]	BZ	80,4	57,5	6,7	16,2	21,0	16,4	36,4	6,6
139	Locri [Siderno; Locri; Bovalino]	CAL	80,5	54,0	6,2	20,2	22,3	20,1	32,3	5,7
140	Alessandria [Alessandria; Tortona; Castelnuovo Scrivia]	PIE	81,0	53,5	8,1	19,4	26,9	20,1	30,0	3,8
141	Palmi [Palmi; Gioia Tauro; Taurianova]	CAL	81,3	55,2	8,2	17,9	25,8	20,9	29,8	4,8
142	Friuli occidentale [Pordenone; Sacile; Cordenons]	FVG	81,5	58,5	7,2	15,7	30,0	14,1	31,6	5,8
143	Bassa friulana [Cervignano del Friuli; Latisana; S. Giorgio di Nogaro]	FVG	81,9	57,7	7,6	16,6	30,0	17,3	29,5	5,0
144	Fabriano [Fabriano; Sassoferrato; Cerreto d'Esi]	MAR	82,0	59,9	7,5	14,5	22,4	14,8	40,4	4,4
145	San Dona' di Piave [San Dona' di Piave; Portogruaro; Iesolo]	VEN	82,2	58,6	7,1	16,4	31,9	15,1	31,1	4,1
146	Carbonia [Carbonia; Iglesias; Sant'Antioco]	SAR	82,4	53,5	8,5	20,5	28,9	15,4	32,2	5,8
147	Caserta/1 [Caserta; Maddaloni; Marcianise]	CAM	82,6	48,8	7,2	26,7	28,8	27,7	20,7	5,4
148	Rovigo [Rovigo; Lendinara; Badia Polesine]	VEN	83,0	57,4	7,6	18,0	28,4	19,3	31,2	4,0
149	Triestina [Trieste; Muggia; Duino-Aurisina]	FVG	83,0	55,2	7,7	20,0	31,7	16,1	28,2	7,1
150	Oristano [Oristano; Terralba; Cabras]	SAR	83,2	55,0	8,8	19,4	28,8	17,2	31,1	6,1

segue - Classifica dello stato di salute in Italia

				Analisi per causa evitabile			Analisi per causa di morte			
Rango	Azienda Usl	Reg	Totale	Prev. primaria	Diagn. pr.e ter.	Igiene e ass. san.	Tumori	Sist. cardioc.	Traumat. e avvel.	Altre cause
151	Napoli/4 [Casalnuovo di Napoli; Acerra; Pomigliano d'Arco]	CAM	83,4	45,9	7,6	29,9	30,9	30,0	16,9	5,7
152	Novara [Novara; Borgomanero; Trecate]	PIE	83,6	54,7	9,0	19,9	32,2	21,3	26,0	4,1
153	Ivrea [Ivrea; Rivarolo Canavese; Cuorgnè]	PIE	83,9	59,8	6,2	18,0	26,6	17,5	35,5	4,3
154	Bologna nord [San Giovanni in Persiceto; Castel Maggiore; Budrio]	EMR	84,0	58,3	6,8	18,9	24,1	22,1	33,3	4,5
155	Trento [Trento; Rovereto; Pergine Valsugana]	TN	84,1	56,3	7,5	20,2	28,0	19,2	30,3	6,7
156	Alba [Alba; Bra; Cherasco]	PIE	84,3	58,8	8,1	17,4	24,2	18,1	37,0	5,0
157	Bergamo [Bergamo; Treviglio; Dalmine]	LOM	84,4	56,2	7,7	20,5	33,9	19,6	26,1	4,9
158	Napoli/3 [Casoria; Afragola; Arzano]	CAM	84,5	48,5	7,7	28,4	38,0	26,8	11,7	8,1
159	Lanusei [Tortolì; Lanusei; Bari Sardo]	SAR	84,7	61,6	7,1	16,0	27,0	15,1	36,0	6,7
160	Asti [Asti; Canelli; Nizza Monferrato]	PIE	84,9	56,9	9,5	18,5	28,3	17,8	35,1	3,8
161	Napoli/1 [Napoli]	CAM	85,2	47,0	9,6	28,6	36,3	28,8	14,1	6,1
162	Casale Monferrato [Casale Monferrato; Valenza; Trino]	PIE	86,9	62,1	8,7	16,2	28,5	20,1	34,4	4,0
163	Pavia [Pavia; Vigevano; Voghera]	LOM	87,1	56,2	8,2	22,6	32,5	22,7	27,0	4,8
164	Medio Friuli [Udine; Codroipo; Tavagnacco]	FVG	87,1	59,4	9,8	17,9	31,2	17,8	31,8	6,3
165	Isontina [Gorizia; Monfalcone; Ronchi dei Legionari]	FVG	87,1	59,6	11,3	16,2	29,1	16,6	35,8	5,6
166	Ferrara [Ferrara; Cento; Argenta]	EMR	87,3	60,2	8,2	18,9	27,9	18,1	36,5	4,7
167	Piacenza [Piacenza; Fiorenzuola d'Arda; Castel San Giovanni]	EMR	87,8	57,8	8,3	21,7	30,8	22,1	30,9	4,0
168	Pinerolo [Pinerolo; Luserna San Giovanni; Cumiana]	PIE	88,4	61,1	7,9	19,4	31,9	17,2	34,1	5,2
169	Caserta/2 [Aversa; Santa Maria Capua Vetere; Sessa Aurunca]	CAM	88,4	52,6	8,7	27,1	33,4	27,6	21,8	5,7
170	Nuoro [Nuoro; Macomer; Siniscola]	SAR	89,0	58,7	5,3	25,0	22,4	22,7	38,0	5,8
171	Brescia [Brescia; Lumezzane; Desenzano del Garda]	LOM	89,0	60,2	7,5	21,2	33,5	20,8	29,0	5,7
172	Mondovì [Mondovì; Ceva; Villanova Mondovì]	PIE	89,2	65,2	8,2	15,8	26,5	15,1	42,1	5,5
173	Sanluri [Villacidro; Guspini; San Gavino Monreale]	SAR	89,5	65,3	6,5	17,7	28,9	15,9	38,7	6,0
174	Lodi [Lodi; Codogno; Casalpusterlengo]	LOM	89,5	61,8	7,0	20,7	35,8	20,8	28,1	4,8
175	Cremona [Cremona; Crema; Casalmaggiore]	LOM	89,6	60,0	8,1	21,5	33,7	19,1	30,6	6,3
176	Belluno [Belluno; Ponte nelle Alpi; Cortina d'Ampezzo]	VEN	91,0	64,0	7,9	19,1	34,3	17,3	32,7	6,7
177	Este [Monselice; Este; Montagnana]	VEN	91,1	65,6	7,3	18,2	30,0	19,7	35,1	6,4
178	Vercelli [Vercelli; Borgosesia; Santhià]	PIE	91,8	61,3	8,3	22,3	30,3	22,3	32,9	6,3
179	Biella [Biella; Cossato; Vigliano Biellese]	PIE	91,9	61,8	8,6	21,5	29,5	20,7	33,5	8,2
180	Salerno/1 [Nocera Inferiore; Scafati; Pagani]	CAM	92,1	54,4	8,9	28,8	30,3	29,6	26,0	6,2
181	Cuneo [Cuneo; Borgo San Dalmazzo; Busca]	PIE	93,5	67,1	9,5	17,0	29,2	16,6	41,3	6,3
182	Omegna [Verbania; Domodossola; Omegna]	PIE	93,7	62,1	7,7	23,9	33,1	22,7	31,8	6,2
183	Nord Bressanone [Bressanone; Vipiteno; Chiusa]	BZ	94,8	71,6	5,3	17,8	24,3	17,0	46,9	6,7
184	Chioggia [Chioggia; Piove di Sacco; Cavarzere]	VEN	95,0	70,6	6,3	18,1	33,8	17,6	39,6	4,0
185	Aosta [Aosta; Saint-Vincent; Chatillon]	VDA	95,3	67,0	8,5	19,8	28,7	20,8	36,6	9,3
186	Savigliano [Fossano; Savigliano; Saluzzo]	PIE	96,8	67,8	8,0	20,9	28,5	19,6	43,0	5,6
187	Sondrio [Sondrio; Morbegno; Tirano]	LOM	102,8	77,0	4,5	21,4	34,2	19,3	43,1	6,2
188	Feltre [Feltre; Sedico; Santa Giustina]	VEN	113,5	82,4	6,8	24,3	36,5	21,6	45,0	10,4
189	Alto Friuli [Gemona del Friuli; Tolmezzo; Tarvisio]	FVG	115,5	80,7	10,9	23,8	44,3	21,2	41,7	8,3

(1) Per ciascuna Azienda Usl sono riportati i primi tre comuni in ordine di popolazione.
(*) AM = Area Metropolitana (Torino AM = 4 Usl, Roma AM = 5 Usl)

2. Le Schede di Dimissione Ospedaliera: uno studio pilota

2.1. Il potenziale portato informativo delle SDO

La Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), introdotta in Italia già dal 1991[1], rappresenta uno strumento ad oggi ampiamente sottoutilizzato nelle indagini finalizzate alla conoscenza dei dimessi dagli istituti di ricovero. La SDO, infatti, nonostante esprima una sintesi della cartella o diario clinico del ricoverato, è stata adottata quasi esclusivamente per scopi di carattere amministrativo, essendo l'uso formale della Scheda di Dimissione Ospedaliera direttamente correlato alla attribuzione del DRG[2,3], e quindi alla remunerazione del caso di ricovero.
Sia pure con le cautele imposte dalla struttura della Scheda (senza dubbio non funzionale ad una rilevazione epidemiologica in senso stretto), la carenza di dati e di informazioni quantitative in genere sulla diffusione delle patologie ospedalizzate può trovare nella rilevazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera, se adeguatamente condotta, una preziosa base informativa anche per analisi a carattere demografico ed epidemiologico.
Non va dimenticato, fra l'altro, che la SDO gode di almeno tre apprezzabili proprietà che la rendono una modalità efficace ai fini di una raccolta dati sistematica:

a) la SDO contiene un set di variabili definite per decreto ministeriale[4], indipendente – e pertanto univocamente riconoscibile – dalle ulteriori informazioni eventualmente aggiunte alla Scheda da parte di Aziende Usl e Ospedaliere o dalle Regioni;
b) per ottemperare agli obblighi amministrativi, dettati dalla necessità dell'attribuzione del DRG, le Schede compilate devono essere sottoposte ad informatizzazione;
c) la standardizzazione delle informazioni predefinite quale set minimo indi-

---

1. Decreto Min. Sanità del 28 dicembre 1991 Istituzione della Scheda di Dimissione Ospedaliera. *Decreto Min. Sanità del 26 luglio 1993* Disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati. Circolare Modalità per la trasmissione dalle regioni e province autonome al Ministero della Sanità dei dati acquisiti attraverso le schede di dimissione ospedaliera. *Decreto Min. Sanità 27 ottobre 2000, n. 380* Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati.
2. Diagnosis Related Group (Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi), sistema di classificazione dei ricoveri per la valutazione economica delle degenze ospedaliere (cfr. Decreto Min. Sanità 15 aprile 1994 Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera, *e successive modificazioni e integrazioni).*
3. Riferimenti bibliogafici ~ Nonis M., Corvino G., Fortino A. La scheda di dimissione ospedaliera. *Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1997. Di Liso G. (a cura di), Corvino G., Langiano T., Nonis M. Guida alla ICD-9-CM. M*anuale pratico per la compilazione della parte sanitaria nella nuova scheda di dimissione ospedaliera. *Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1999.*
4. Ci si riferisce, in particolare, all'elenco dei campi (tracciato record) individuati dal DM 28 dicembre 1991 e successive modificazioni e integrazioni (cfr. nota 1): dati anagrafici del paziente dimesso, diagnosi principale e secondarie, intervento principale, procedure, ecc..

spensabile ai fini del processo di attribuzione del DRG (e l'ausilio in tal senso di un percorso di informatizzazione dei dati) si avvale di codifiche anch'esse di carattere generale e generalmente riconosciute (ICD-9-CM[5], disciplina ospedaliera, modalità di dimissione, ecc.), oltre che indicate per decreto ministeriale.

È evidente che tali proprietà devono essere supportate da un "ciclo produttivo" adeguato, sia a livello periferico (Aziende Usl e Ospedaliere, Regioni) che a livello centrale (Sistema Informativo Sanitario), con il coinvolgimento di personale qualificato che garantisca la correttezza della compilazione delle SDO ed il relativo controllo di qualità, anche attraverso un miglior utilizzo delle strumentazioni informatiche (hardware e soprattutto software) finalizzate alla gestione dati.

In merito al ritorno in termini di rapporti statistici, ad oggi sono state realizzate esperienze locali di grande interesse, sviluppate tuttavia secondo una logica "particolare" (vincolata cioè al territorio analizzato): elaborate il più delle volte mediante l'individuazione di modelli di indicatori non condivisi con altre realtà[6], le SDO sono state analizzate ponendo più spesso una significativa attenzione alla "logica" del DRG che non alle informazioni di carattere clinico (diagnosi e procedure).

Tutto ciò ha comportato una frammentazione del portato informativo delle SDO, che a sua volta ha rappresentato, pur se indirettamente, una delle cause alle quali va addebitata la scarsa qualità dei dati registrata nel corso del trattamento dei dati e della elaborazione degli indicatori proposti dalla presente edizione di Prometeo, come si vedrà più avanti.

Tenuto conto anche di quanto evidenziato nella relazione introduttiva che accompagna la pubblicazione delle elaborazioni condotte dal Ministero della Salute[7], risulta evidente come la gestione dei dati da parte del "livello centrale" (Sistema Informativo Sanitario) sia condizionata da una grave compromissione della qualità degli stessi dati (più avanti descritta) che ad oggi non consente analisi di dettaglio su parte delle variabili rilevate tramite le SDO.

Il Ministero della Salute propone, nella pubblicazione ospitata sul proprio sito internet e mediante la consultazione in linea del database SDO, una serie di elaborazioni relative alla casistica rilevata sull'intero territorio nazionale: lo schema espositivo, tuttavia, permette di evidenziare solo alcune delle variabili rilevate, con una disaggregazione dei dati che in ogni caso non approfondisce oltre il livello regionale.

2.2. I DATI ACQUISITI ED IL CONTROLLO DI QUALITÀ

Nella presente edizione di Prometeo sono stati utilizzati i dati relativi al numero di dimessi ed alle giornate di degenza che il Ministero della Salute ha messo appositamente a disposizione per questa ricerca in forma aggregata per le seguenti variabili:

- ACC (aggregato clinico di diagnosi)
  si tratta di 259 classi di codici di diagnosi cui afferiscono gli oltre 12.000 codici di diagnosi ICD 9 CM[8]

5. Classificazione Internazionale delle Malattie, IXª Revisione – Modificazione Clinica (1997).
*6. Si vedano le pubblicazioni prodotte da Regioni e Province Autonome e dagli Osservatori Epidemiologici Regionali; tra queste, a titolo di esempio, si ricordano l'*Atlante dei ricoveri ospedalieri *(Lazio), l'*Atlante dei Servizi Sanitari e dello Stato di Salute *(Puglia), i siti internet delle Regioni sulla sanità.*
7. Cfr. http://www.sanita.it/sdo/
8. Gli ACC sono stati sviluppati presso l'AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality - statunitense, con l'acronimo CCS (Clinical Classifications Software).

- classi di età
  <1 anno, 1-4, 5-14, 15-24, 25-44, 45-64 e > 64 anni
- sesso
- regione di residenza del paziente ricoverato
- Usl di residenza del paziente ricoverato.

Il database è relativo ai dimessi dell'anno 1998 in regime di ricovero ordinario e di day hospital per acuti[9].
Vengono descritte di seguito le principali caratteristiche del database fornito dal Ministero della Salute, segnalando le maggiori procedure di controllo di qualità dei dati eseguite relativamente a ciascuna delle variabili sopra evidenziate e le scelte operate ai fini della esclusione di parte della casistica, quando ritenuta non idonea ai fini della elaborazione degli indicatori prescelti.
Il processo di verifica del database ha dato luogo ad un numero di casi esclusi complessivamente pari a 741.808; la casistica originale è stata pertanto ridotta da 12.249.274 a 11.507.466 ricoveri osservati (95,3% del totale – tavola 2.2.1).

TAVOLA 2.2.1. Casistica originale ed elaborata: riepilogo

Casistica totale	**12.249.274**	**100,0%**
Casi esclusi [7]	741.808	6,1%
per non disponibilità di:		
- Regione di residenza	*117.806*	*1,0%*
- Usl di residenza	*567.535*	*4,6%*
- classe di età	*9.879*	*0,1%*
- sesso	*3.259*	*... %*
per ACC = nati vivi sani	*181.884*	*1,5%*
Casistica elaborata	**11.507.466**	**95,3%**

[7] Il totale dei casi esclusi non è pari alla somma degli esclusi per le voci menzionate (residenza, età, ecc.) in quanto alcuni casi presentavano più di una variabile mancante.

2.2.1. Esclusione dei casi per regione non nota

Sono stati individuati oltre 117.000 casi per i quali non è stato possibile identificare la regione di residenza, in quanto il database originale riportava l'utilizzo di codici regionali non riconducibili alla codifica ufficiale[10] .
L'elaborazione sul database originale, infatti, produce 334 differenti codici relativi alla variabile "regione"; i casi esclusi per regione non nota si riferiscono pertanto ai 313 codici rilevati oltre i 21 effettivi (tenuto conto delle due province autonome di Bolzano e Trento).

2.2.2. Esclusione dei casi per Usl non nota

Una prima elaborazione della distribuzione per regione ed Usl di residenza ha individuato un numero di "missing" (casi con Usl non identificata o, meglio, identificata tramite un codice non afferente alla legenda ufficiale per l'anno

9. Secondo la definizione del Ministero della Salute, i ricoveri per acuti sono tutti i casi dimessi da reparti diversi da quelli classificati come riabilitativi o di lungodegenza; sono esclusi, inoltre, i neonati sani.
10. 010 = Piemonte, 020 = Valle d'Aosta, 030 = Lombardia, e così via.

1998 del Ministero della Salute[11]) pari a 1.712.005, dei quali oltre due terzi relativi alla sola Regione Lombardia.
L'elaborazione sul database originale produce, in questo caso, 4.049 codici relativi alle variabili di identificazione delle Usl: escludendo sia i 196 codici ufficiali (elenco delle Usl 1998) che quelli afferenti a regioni "missing" (cfr paragrafo 2.2.1.) il numero di codici Usl "anomali" si riduce a 1.948 (tavola 2.2.2.).

TAVOLA 2.2.2. Codici Usl e casi rilevati, per Regione

Regione	Numero Usl effettive 1998	Totale casistica rilevata	Codici Usl "anomali"	Casi con codici Usl "anomali"
Piemonte	22	882.387	122	7.807
Valle d'Aosta	1	25.201	19	298
Lombardia	14	2.000.195	329	1.186.821
p.a. Bolzano	4	95.511	17	2.357
p.a. Trento	1	104.073	34	14.747
Veneto	21	1.049.365	87	257.718
Friuli Venezia Giulia	6	231.009	39	11.452
Liguria	5	391.772	62	2.777
Emilia Romagna	13	900.956	111	14.653
Toscana	12	671.505	82	7.579
Umbria	4	189.612	45	48.908
Marche	13	320.646	60	2.329
Lazio	12	1.047.655	142	7.727
Abruzzo	6	282.904	46	4.184
Molise	4	65.744	24	443
Campania	13	1.168.827	139	7.681
Puglia	12	939.527	122	8.574
Basilicata	5	132.075	39	1.271
Calabria	11	461.927	103	11.295
Sicilia	9	840.271	267	111.261
Sardegna	8	330.306	59	2.123
Totale	**196**	**12.131.468**	**1.948**	**1.712.005**
Regione n.d.		117.806	1.905	117.806
Totale casistica		**12.249.274**	**3.853**	**1.829.811**

Un successivo controllo condotto sui codici "anomali" delle Usl ha consentito di ricondurre oltre 1.260.000 casi ad Usl identificate, portando la quota dei casi di ricovero "missing" per questa variabile a 449.729.
Tale recupero è stato operato avendo constatato come l'errore più frequente nella codifica della Usl di residenza del paziente fosse plausibilmente riconducibile all'aver segnalato codici Usl secondo elenchi antecedenti all'anno 1998.
La peculiarità della Regione Lombardia (che come detto precedentemente offriva il più elevato contributo ai "missing" riscontrati nel corso del controllo) è presumibilmente da addebitare alla riorganizzazione delle Aziende Usl e Ospedaliere attuata proprio a partire dal 1998[12], anno di riferimento delle SDO trattate.
Ovviamente i codici errati sono stati allineati ai nuovi codici Usl unicamente quando, per effetto della riorganizzazione del sistema sanitario regionale, una Usl preesistente al 1998 è interamente confluita in una Usl esistente nell'anno considerato.
Nel solo caso di Valle d'Aosta e provincia autonoma di Trento la non corretta

11. I codici delle Aziende Usl sono composti da 6 cifre: le prime 3 identificano la regione (cfr. nota 10); le ultime 3 sono individuate (univocamente) all'interno della Regione di appartenenza: ad esempio, 030301 = Az. Usl di Bergamo, 030302 = Az. Usl di Brescia, 030303 = Az. Usl di Como, ecc..
12. Legge Regionale 11 luglio 1997, n. 31 Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali.

o mancata indicazione della Usl di residenza non ha influito sulla casistica in quanto in entrambi i casi risulta coincidente l'ambito Usl con quello regionale, per la prima, e quello provinciale, per la seconda.
Complessivamente sono stati ricondotti 684 codici Usl dei 2.144 "missing" a codici Usl effettivamente presenti nel 1998, ottenendo come casistica quella riportata nella tavola 2.2.3..
Va segnalato come, nonostante questa ulteriore revisione, circa un quarto della casistica del Veneto risulti comunque esclusa dalla elaborazione degli indicatori proposti: dei quasi 450.000 casi "missing" per Usl non disponibile oltre la metà (253.000 circa) sono infatti relativi a dimessi veneti, per i quali non è stato possibile risalire alla Usl di residenza.

TAVOLA 2.2.3. Casistica selezionata per Usl nota e percentuale su casistica originale

Regione	Casi con Usl nota	
	Valori assoluti	Percentuale su totale casistica rilevata
Piemonte	877.459	99,4%
Valle d'Aosta	25.201	100,0%
Lombardia	1.894.097	94,7%
p.a. Bolzano	94.449	98,9%
p.a. Trento	104.073	100,0%
Veneto	796.550	75,9%
Friuli Venezia Giulia	221.943	96,1%
Liguria	390.104	99,6%
Emilia Romagna	891.227	98,9%
Toscana	668.854	99,6%
Umbria	186.889	98,6%
Marche	319.247	99,6%
Lazio	1.042.016	99,5%
Abruzzo	279.363	98,7%
Molise	65.502	99,6%
Campania	1.163.986	99,6%
Puglia	934.167	99,4%
Basilicata	131.383	99,5%
Calabria	457.132	99,0%
Sicilia	809.031	96,3%
Sardegna	329.066	99,6%
Totale	**11.681.739**	**96,3%**

2.2.3. Esclusione per classe di età e/o sesso non noti

Il numero di casi per i quali non è disponibile la classe di età ammonta a 9.879, mentre il numero di casi non riconducibili alle due modalità "maschio" e "femmina" risulta essere complessivamente pari a 3.259.
In particolare, i codici rilevati nel campo "sesso" sono riportati nella tavola 2.2.4.. Secondo la codifica ufficiale, "1" e "2" sono da utilizzarsi per *maschio* e *femmina*, rispettivamente; sono stati assimilati nello stesso ordine anche i codici "M" e "F". Per *missing* si intendono altri codici che non è stato possibile attribuire.

TAVOLA 2.2.4. Casistica originale per sesso

Sesso	Numero casi	Composizione %
1 (maschio)	5.751.342	47,0%
M (")	27.664	0,2%
2 (femmina)	6.434.028	52,5%
F (")	32.981	0,3%
Missing (nullo, 0, 3, 5, X)	3.259	... %
Casistica totale	**12.249.274**	**100,0%**

2.2.4. Esclusione dei nati vivi sani

Rispetto alla casistica totale sono stati inoltre esclusi i "nati vivi sani", in quanto non entrano a far parte della casistica degli "acuti"[13].
Nel database originale acquisito sono stati rintracciati poco più di 181.000 casi imputati all'ACC "nati vivi sani", dato comunque sottostimato rispetto a quello atteso e pertanto non utilizzabile per la costruzione degli indicatori.

2.2.5. Controlli sulla congruenza dei dati

Ulteriori controlli sono stati infine condotti in relazione alla congruenza fra i dati, intervenendo con correzioni in casi di ovvia incompatibilità quali, ad esempio, casi con ACC relativo a malattie del sistema genito-urinario femminile e sesso maschile.
Data la numerosità degli errori riscontrati si ritiene che presumibilmente una non trascurabile quantità di casi possa essere ancora affetta da errori di codifica relativamente al sesso e all'età. Si tratta di incongruenze rispetto alle quali non è stato possibile intervenire, in quanto i dati originali sono stati acquisiti secondo una forma aggregata che non ha consentito correzioni al database di maggior accuratezza.

2.3. Le Usl Selezionate

Dall'analisi congiunta dei dati di base relativi a ricoveri e giornate e degli indicatori derivati dalla elaborazione sono state rilevate significative incongruenze che hanno comportato l'esclusione di 13 Usl dal modello di indicatori.
Questa scelta ha implicato una revisione degli indicatori su base regionale: gli indicatori realizzati per Regione, infatti, rappresentano i valori medi calcolati a seguito dell'esclusione delle Usl invalidate. Nel caso di Lombardia, Veneto, Toscana, Sicilia e Sardegna gli indicatori regionali sono quindi calcolati in relazione ad una selezione di Usl, sia per quanto riguarda la casistica SDO che per la popolazione di riferimento.
La tavola 2.3.1. mostra, per Regione, la distribuzione delle Usl incluse ed escluse dalla elaborazione degli indicatori e la quota percentuale della casistica SDO e della popolazione regionale che l'esclusione di Usl ha comportato. Come evidenziato nella tavola, l'esclusione delle 13 Usl equivale a limitare l'analisi delle SDO per una quota pari al 5,2%; inoltre, le stesse Usl individuano, rispetto alla popolazione residente totale, una quota di poco inferiore al 10%.
Gli indicatori regionali vanno pertanto letti con le opportune cautele, soprattutto nel caso delle regioni dove la casistica esclusa risulta incidere significativamente; in tal senso si forniscono di seguito alcune indicazioni di dettaglio:

- Sicilia ➔ 4 Usl escluse – Enna, Messina, Palermo, Ragusa – equivalenti a circa la metà della popolazione regionale (5 Usl incluse – Agrigento, Caltanissetta, Catania, Siracusa, Trapani)
- Sardegna ➔ 2 Usl escluse – Sassari, Olbia – equivalenti ad oltre un quarto della popolazione regionale (6 Usl incluse – Nuoro, Lanusei, Oristano, Sanluri, Carbonia, Cagliari)
- Veneto ➔ 5 Usl escluse – Bassano del Grappa, Vicenza, Asolo, Mirano,

13. Cfr nota 9.

Verona – equivalenti a quasi un terzo della popolazione regionale (16 Usl incluse – Belluno, Feltre, Thiene, Arzignano, Pieve di Soligo, Treviso, San Dona' di Piave, Veneziana, Chioggia, Cittadella, Padova, Este, Rovigo, Adria, Legnago, Bussolengo)

- Lombardia ➔ esclusa Usl Milano/3 (Monza, Sesto S. Giovanni, Cinisello Balsamo ed altri Comuni), equivalente all'11% della popolazione regionale
- Toscana ➔ esclusa Usl Siena, equivalente al 7,1 della popolazione regionale.

Si segnala inoltre che le Usl di Roma e Torino sono trattate come "aree metropolitane"; ciò porta, unitamente a quanto sopra detto, ad un totale di 176 Usl contro le 196 effettive[14].

TAVOLA 2.3.1. Usl, SDO e popolazione residente escluse dall'analisi

Regione	Usl incluse	Usl escluse	Usl totali	SDO escluse	Popolaz. esclusa
Piemonte	22	–	22	–	–
Valle d'Aosta	1	–	1	–	–
Lombardia	13	1	14	7,3%	11,1%
p.a. Bolzano	4	–	4	–	–
p.a. Trento	1	–	1	–	–
Veneto	16	5	21	13,2%	29,3%
Friuli Venezia Giulia	6	–	6	–	–
Liguria	5	–	5	–	–
Emilia Romagna	13	–	13	–	–
Toscana	11	1	12	5,8%	7,1%
Umbria	4	–	4	–	–
Marche	13	–	13	–	–
Lazio	12	–	12	–	–
Abruzzo	6	–	6	–	–
Molise	4	–	4	–	–
Campania	13	–	13	–	–
Puglia	12	–	12	–	–
Basilicata	5	–	5	–	–
Calabria	11	–	11	–	–
Sicilia	5	4	9	32,1%	47,3%
Sardegna	6	2	8	19,8%	27,7%
Totale	**183**	**13**	**196**	**5,2%**	**9,5%**

2.4. Gli indicatori elaborati

2.4.1. Aspetti generali

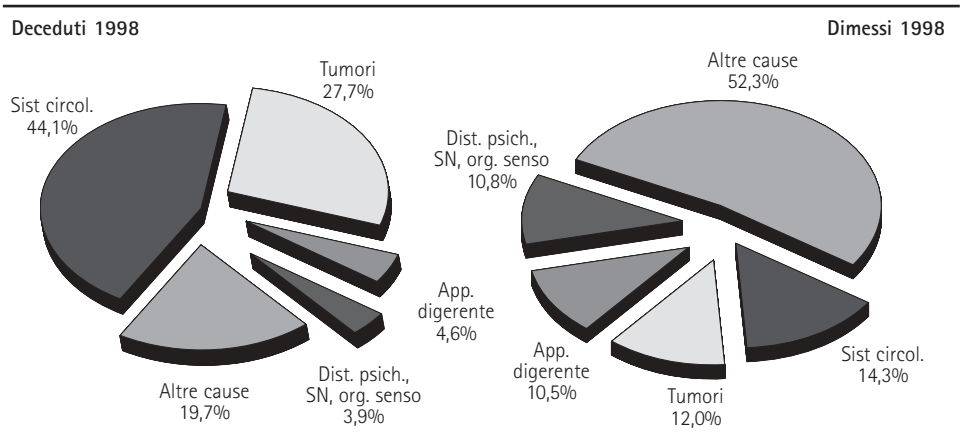
Gli indicatori elaborati, per Usl e Regione, sul database SDO riguardano:
a) giorni di ospedalizzazione degli adulti per causa e sesso,
b) dimessi per causa e sesso (atlante dei ricoveri).

Entrambi gli indicatori rappresentano, come evidenziabile dalla descrizione più avanti riportata, un primo approccio – sicuramente perfettibile – al fenomeno della ospedalizzazione. Questa scelta è stata tuttavia preferita a linee di analisi più approfondite soprattutto in ragione della qualità dei dati acquisiti.
Si è cercato, con tali indicatori, di quantificare l'impatto del fenomeno "ricovero ospedaliero" in termini sia di tempo "speso" da parte dei pazienti ricoverati sia della frequenza di ricoveri occorsa nella popolazione, ottenendo indicazioni, sia pure generali e da esaminare con alcune cautele, della variabilità sul territorio nazionale del "carico" di ospedalizzazione sulla popolazione italiana.
Un "carico", come si vedrà più avanti, significativamente eterogeneo sia a

14. Le aree metropolitane di Roma e Torino comprendono rispettivamente 5 e 4 Usl; trattando ciascuna come unica Usl si passa pertanto da 196 a 189 Usl; eliminando infine le 13 Usl sopra menzionate si ottengono le 176 esposte. Cfr anche capitolo 8, paragrafo 8.1.2.

livello regionale che di Usl, ma che può trovare spiegazione nelle varie componenti che ne determinano la maggiore o minore rilevanza quantitativa (ad esempio, rispetto alla media nazionale) e che sono:
a) incidenza / prevalenza della malattia e, in generale, fattori epidemiologici,
b) grado di severità della patologia e altre differenziazioni di carattere clinico,
c) differenziazione dell'approccio alla malattia per percorsi diagnostico-terapeutici,
d) variabilità delle risorse disponibili (personale, attrezzature, presidi, ecc.),
e) eterogeneità nell'organizzazione dei servizi sanitari.
L'attuale carenza di dati in merito a tali "determinanti" del carico di ospedalizzazione non permette di valutare l'apporto di ciascuno di questi fattori all'indicatore "giorni di ospedalizzazione": non sono infatti reperibili informazioni e dati esaustivi e disaggregati per Usl, modalità espositiva territoriale scelta invece per il MESS (*Modello di indicatori di Epidemiologia dei Servizi Sanitari*, cuore informativo di Prometeo[15]).
In particolare, la carenza informativa circa la situazione epidemiologica del Paese impedisce qualsiasi analisi che permetta di analizzare congiuntamente assistenza sanitaria fornita e fabbisogno di salute effettivo.
Anche nell'ambito della *Relazione sullo stato sanitario del Paese*[16] viene tentato un approfondimento sulla diffusione delle principali cause di malattia, ma il più delle volte ciò avviene attraverso indicatori "indiretti" (mortalità per causa, autopercezione dei cittadini, ecc.) o indagini "parziali" (dedicate a territori limitati), spesso mediante dati non aggiornati, e comunque non sufficienti a realizzare un confronto fra le diverse micro-aree del Paese (province, Usl).
Rispetto alla mortalità, ad esempio, appare interessante notare le differenze fra la distribuzione per grandi gruppi di causa dei decessi e dei dimessi, che, sia pure in estrema sintesi, consente di verificare come le frequenze relative alle cause di malattia e di morte risultino fra loro disomogenee all'interno delle due statistiche.
La figura 2.4.1. evidenzia infatti come le malattie del sistema circolatorio e i tumori siano responsabili di oltre il 70% dei casi di morte, ma di poco più di un quarto delle dimissioni; di contro, le malattie dell'apparato digerente, i disturbi psichici e le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, che complessivamente causano l'8,5 dei decessi, rappresentano oltre il 20% delle dimissioni. Le altre cause, non evidenziate singolarmente nei due grafici, com-

FIGURA 2.4.1. Composizione per causa dei deceduti e dei dimessi nell'anno 1998



15. Si rimanda al modello informatizzato di navigazione del MESS per la consultazione degli specifici indicatori per singola Usl (cfr CD allegato al presente volume).
16. Ministero della Sanità – Direzione Generale Studi, Documentazione Sanitaria e Comunicazione ai Cittadini Relazione sullo stato sanitario del Paese 2000*, Aprile 2001.*

plessivamente determinano meno del 20% dei decessi ma concorrono per oltre il 50% alla casistica SDO.
Quanto esposto nella figura è solo un esempio di come alcuni indicatori di carattere demografico, come la mortalità per causa, risultino insufficienti per una analisi mirata alla conoscenza epidemiologica.
L'analisi ormai su base quinquennale realizzata da Prometeo sui decessi per causa evitabile riguarda un numero di cittadini relativamente esiguo, se confrontato con il volume di ricoveri che annualmente avvengono in Italia: il numero di morti evitabili per il 1998 è infatti risultato pari a 78.974 casi[17], contro gli oltre 12 milioni di ricoveri, parte dei quali correlabili alle medesime cause evitabili[18].
L'analisi degli indicatori realizzati in base alle risultanze ottenute dalla elaborazione delle SDO permette alcune considerazioni che possono fornire una prima indicazione dell'impatto sulla popolazione delle diverse cause di malattia.

2.4.2. Giorni di ospedalizzazione degli adulti

L'indicatore è stato realizzato considerando le giornate di degenza registrate e la popolazione riferite, per entrambe le variabili, alla classe di età 15-64 anni e relative ad una selezione di cause di malattia.
I valori riportati nel MESS e nelle tavole del presente capitolo sono espressi in giorni di ospedalizzazione di dimessi adulti per 100 residenti in età 15-64 anni.
La scelta della classe "centrale", quella degli adulti dai 15 ai 64 anni, è stata compiuta in ragione delle seguenti considerazioni:

- confermare l'attenzione di Prometeo rivolta, fin dalla prima edizione, ad una fascia di età "intermedia", rispetto alla quale viene adottata la definizione di "mortalità evitabile" (5-69 anni) nel caso di decessi per le cui cause si ravvisino possibilità di intervento attraverso prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, corrette modalità in termini di igiene e assistenza sanitaria;
- la delimitazione della classe di età dai 15 ai 64 anni, diversamente dall'intervallo utilizzato per l'analisi della mortalità evitabile, è dovuta
  - in primo luogo, al fatto che nell'ambito della statistica sanitaria la c.d. "popolazione adulta" è definita per la fascia 15-64 anni; una analisi così impostata consente pertanto un miglior confronto con eventuali altre indagini nel settore dell'assistenza sanitaria che, se affrontate per grandi fasce di età, sono solitamente orientate all'analisi delle aree pediatrica, anziana e, appunto, adulta;
  - in secondo luogo, a motivazioni di ordine tecnico, legate alle classi di età per le quali sono stati resi disponibili i dati oggetto di questa ricerca[19], che non rendono possibile realizzare elaborazioni per la classe 5-69 anni;
- l'eterogeneità riscontrata fra le cause di ricovero nella fascia adulta rispetto a quelle pediatrica e anziana rende di maggior interesse un approfondimento in merito alla popolazione 15-64 anni, infatti
  - i ricoveri in età anziana sono per quasi un quarto dovuti a malattie circolatorie e per circa il 16% a patologie oncologiche; se a queste due cause si aggiungono le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso e le patologie dell'apparato digerente si raggiunge il 63% del totale ricoveri

17. Si rimanda al capitolo 1 per ogni approfondimento in materia di mortalità evitabile.
18. La tipologia dei dati a disposizione non consente di approfondire in questo senso l'analisi condotta sulle SDO. Non è stato pertanto ritenuto perseguibile l'obiettivo di indagare nell'ambito della casistica dei dimessi in merito alle cause evitabili.
19. Cfr paragrafo 2.2.

relativi a questa classe;
  - nel caso di dimessi in età pediatrica, il 20% delle dimissioni riguarda malattie dell'apparato respiratorio, il 13% patologie dell'apparato digerente, il 17% malformazioni congenite e patologie perinatali, il 10% traumatismi e avvelenamenti; in totale, questi quattro gruppi assorbono circa il 60% del totale dei casi;
  - fra gli adulti, sono invece necessari ben 7 gruppi di cause per raggiungere il 65% della casistica dei dimessi in età 15-64 anni (cfr oltre);
- infine, la classe 15-64 anni, equivalente a due terzi della popolazione nazionale, sconta in misura minore le dinamiche e le peculiarità demografiche dei soggetti in età pediatrica e degli anziani; per i successivi approfondimenti sullo stesso tema appare quindi plausibile la possibilità di confronti in serie storica utilizzando la fascia di età più stabile, quella adulta, fra le tre disponibili.

Per l'elaborazione di questo indicatore è stata inoltre operata una selezione dei gruppi di cause di malattia analizzati, escludendo:
- malformazioni congenite e patologie perinatali, *dato l'obiettivo di focalizzare l'attenzione sugli adulti 15-64enni*;
- gravidanza, parto e puerperio, *per permettere un miglior confronto fra gli indicatori per i due sessi (calcolati, come detto, separatamente)*;
- malattie infettive, endocrine del ricambio e della nutrizione, dell'apparato respiratorio e altri raggruppamenti minori *caratterizzati da una frequenza non superiore al 5% rispetto alle giornate o ai casi di ricovero*;
- disturbi psichici, *in quanto più di altri questo gruppo può fornire risultati eterogenei sul territorio dovuti in misura determinante ad aspetti organizzativi, risultando infatti condizionato dalla diversa articolazione, anche su base regionale, dei Dipartimenti di Salute Mentale, non trattati nell'ambito della presente ricerca.*

La tavola 2.4.1. riporta il numero di giornate di ricovero relative ai gruppi di cause considerati. L'indicatore "giorni di ospedalizzazione degli adulti" è stato elaborato, come già evidenziato, sulla base di oltre il 60% delle giornate di degenza registrate nel complesso per questa fascia di età; rispetto al totale, oltre un quarto sono addebitabili a tumori e malattie del sistema circolatorio; il terzo gruppo in ordine di frequenza è quello relativo alle malattie dell'apparato digerente; a seguire, quattro gruppi di cause ciascuno dei quali supera la soglia del 5% ma non oltrepassa quella del 10%.

Va adeguatamente sottolineato che l'elaborazione dell'indicatore "giorni di ospedalizzazione degli adulti", e pertanto anche della tavola 2.4.1, è stata condotta pesando:
- ciascuna giornata di degenza in regime di ricovero ordinario = 1,
- ciascuna giornata di degenza in regime di day hospital (accesso) = 1/3.

Tale scelta è derivata dalla disomogenea dislocazione, sul territorio nazionale e per le diverse discipline, dei letti di day hospital e conseguentemente del differente impatto che questa forma di ospedalizzazione genera sul fenomeno ricoveri in genere. Si è perciò ritenuto opportuno integrare questa forma di ospedalizzazione nell'indicatore proposto pur pesando le relative giornate (accessi) pari ad un terzo.

Si tratta evidentemente di una convenzione arbitraria: una valutazione realistica del "peso" di una giornata in day hospital rispetto ad una giornata in ricovero ordinario richiederebbe una rilevazione "ad hoc" sui tempi di permanenza in ospedale in caso di ricovero in regime di day hospital, indagine della quale non è stata rintracciata alcuna esperienza di rilievo nazionale.

TAVOLA 2.4.1. Giornate di ricovero per pazienti adulti (età 15-64 anni)
Le giornate di day hospital (accessi) sono conteggiate al 33%.

Gruppo di cause	Giornate di ricovero pazienti adulti	
	val. ass.	Comp. %
A – Tumori	4.109.945	12,9%
B – Malattie sistema circolatorio	3.604.147	11,3%
C – Malattie apparato digerente	3.586.082	11,3%
D – Traumatismi e avvelenamenti	3.095.617	9,7%
E – Malattie sistema genito-urinario	2.223.962	7,0%
F – Malattie sistema nervoso e organi di senso	1.721.009	5,4%
G – Malattie sistema muscolo scheletrico e tessuto connettivo	1.872.851	5,9%
Totale selezione	**20.213.612**	**63,4%**
Cause escluse dalla selezione	11.645.627	36,6%
Totale generale	**31.859.239**	**100,0%**

Valutare in un terzo l'impatto di un accesso in day hospital vuol dire, di fatto, limitare alle sole ore diurne in senso stretto (escludendo pertanto le ore serali e notturne) il tempo massimo destinato dal paziente a tale tipologia di giornata di ricovero, contro le 24 ore di permanenza in ospedale per giornata di ricovero in regime ordinario.

2.4.3. Atlante dei ricoveri

L'indicatore consiste nel numero di episodi di ricovero per mille abitanti, considerando la casistica senza alcuna limitazione, né in ordine all'età né rispetto alle cause, e adottando quale numeratore la somma dei dimessi in regime di ricovero ordinario e di day hospital.
Pur disponendo di classi di età ad ampiezza variabile[20] è stata comunque operata una standardizzazione con il metodo della "popolazione tipo" (adottando quella "internazionale")[21], in modo da attenuare, sia pur limitatamente, l'effetto della diversa composizione per classi di età della popolazione sia a livello di Usl che di Regione[22].
La tavola 2.4.2. riporta la numerosità dei ricoveri (somma dei dimessi in regime di degenza ordinaria e di day hospital) per gruppo di cause.
Va sottolineato che questo indicatore non può essere confrontato, se non mediante opportune chiavi di lettura, con il tasso di ospedalizzazione: quest'ultimo, infatti, risulta calcolato come numero di pazienti rispetto alla popolazione residente, cioè depurando il numero di ricoveri degli eventi ripetuti a carico dello stesso paziente.
È evidente come l'ordine di grandezza fra i due indicatori risulti significativamente somigliante, ma un confronto diretto, soprattutto su scala nazionale o regionale, può comportare una interpretazione non corretta delle variazioni che emergono dagli indicatori elaborati.

2.5. Avvertenze per la lettura dei risultati

Va sottolineato, anche tenuto conto della definizione di ACC precedentemente richiamata, che gli indicatori proposti non sono correlabili a statistiche nazionali, regionali o di Usl elaborate per le seguenti variabili:

20. Cfr paragrafo 2.2..
21. Per gli aspetti metodologici si rimanda al capitolo 8 Materiali e Metodi, *paragrafo 8.2* Popolazione.
22. Per approfondimenti si rimanda ai paragrafi dedicati al Contesto demografico *dei capitoli 3 e 4.*

a) DRG/MDC[23], *in quanto alla attribuzione del DRG possono concorrere, oltre che la diagnosi principale (base della codifica per ACC di diagnosi), le eventuali diagnosi secondarie, l'intervento principale e le procedure segnalate sulla SDO*;
b) Istituto di ricovero, *poiché l'elevata mobilità interregionale e fra le Aziende Usl comporta un significativo numero di ricoveri di non residenti nel territorio della Usl o della Regione sul quale insiste il presidio ospedaliero presso il quale avviene il ricovero; gli indicatori sono stati elaborati in funzione della Usl di residenza del paziente e sono pertanto indipendenti dall'Istituto di origine della SDO.*

La valenza degli indicatori proposti nell'ambito del MESS è pertanto da individuare in un'area prossima più ad approfondimenti di carattere epidemiologico-organizzativo che non amministrativo-gestionale.
Come già evidenziato, ciascun indicatore è infatti da intendersi relazionato ai soggetti residenti in uno specifico ambito territoriale, senza alcuna finalità di analisi nei confronti dell'Istituto erogatore dell'assistenza ospedaliera fruita da tali soggetti né della valorizzazione economica (DRG) associabile a tale prestazione.
Va inoltre sottolineato che la lettura degli indicatori, l'interpretazione degli stessi ed il loro utilizzo sono percorsi significativamente vincolati al carattere sperimentale di questo primo tentativo di ricerca sulle SDO, non altrove affrontato al medesimo livello di dettaglio (causa, sesso e Usl di residenza) e per l'intero territorio nazionale.

TAVOLA 2.4.2. Numero di dimessi per causa – *Regime di ricovero ordinario e di day hospital*

Gruppo di cause		Dimessi val. ass.	Dimessi comp. %
1.	malattie infettive e parassitarie	242.459	2,1%
2.1	*tumori maligni apparato gastrointestinale*	*179.472*	*1,6%*
2.2	*tumori maligni della mammella*	*96.588*	*0,8%*
2.3	*tumori organi genitali*	*89.187*	*0,8%*
2.4	*altri tumori*	*812.687*	*7,1%*
2.5	*chemioterapia e radioterapia*	*228.194*	*2,0%*
	totale tumori	1.406.128	12,2%
3.	malattie endocrine, ricambio e nutrizione	381.037	3,3%
4.	disturbi psichici	323.891	2,8%
5.	mal. sistema nervoso e organi di senso	937.051	8,1%
6.1	*infarto miocardico acuto e altre cardiopatie ischemiche*	*345.250*	*3,0%*
6.2	*malattie cerebrovascolari*	*282.920*	*2,5%*
6.3	*altre malattie sistema circolatorio*	1.040.248	9,0%
	totale malattie sistema circolatorio	1.668.418	14,5%
7.	malattie apparato respiratorio	850.980	7,4%
8.1	*ernia addominale*	*230.202*	*2,0%*
8.2	*altre malattie apparato digerente*	*998.063*	*8,7%*
	totale malattie apparato digerente	1.228.268	10,7%
9.	malattie sistema genitourinario	926.515	8,1%
10.	gravidanza, parto e puerperio	874.550	7,6%
11.	malattie sistema muscolo-scheletrico e connettivo	545.586	4,7%
12.	malformazioni congenite e patologie perinatali	261.781	2,3%
13.1	*fratture*	*446.191*	*3,9%*
13.2	*altri traumatismi e ustioni*	*611.482*	*5,3%*
13.3	*avvelenamenti*	*38.890*	*0,3%*
	totale traumatismi e avvelenamenti	1.096.563	9,5%
14.	altre cause	764.242	6,6%
	Totale casi	**11.507.466**	**100,0%**

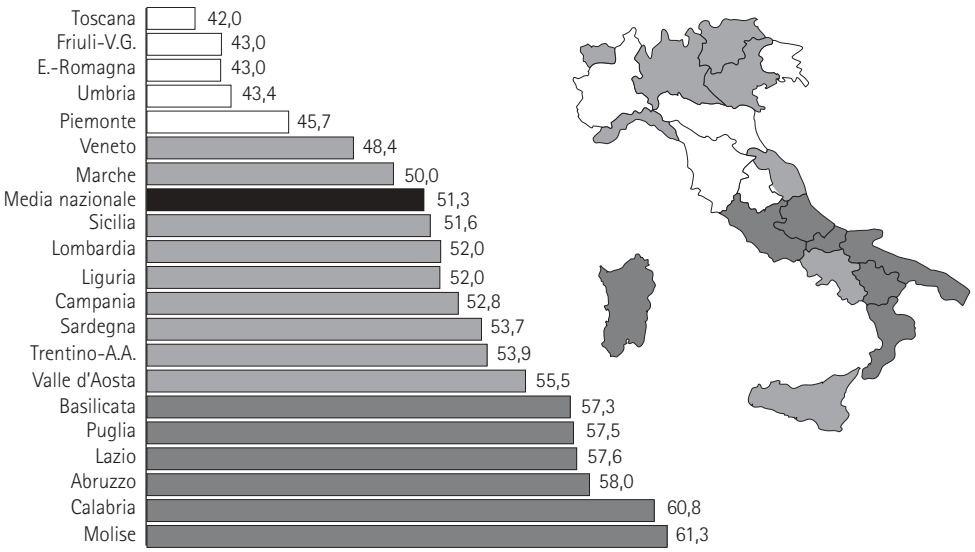
23. Major Diagnostic Category (categoria diagnostica principale); si tratta di categorie che raggruppano i circa 500 DRG in 25 gruppi principali.

2.6. Ospedalizzazione dei pazienti adulti

Una prima valutazione dei risultati ottenuti elaborando le giornate di degenza registrate dalle SDO è quella per regione e per sesso, che lascia intravedere una tendenza che, sia pur non nettamente, risulta tuttavia riconducibile ad una lettura geografica.
Da sottolineare, tuttavia, che non è stato valutato l'impatto dell'effetto della diversa struttura per età dei dimessi e della popolazione: come anticipato, si è inteso infatti misurare senza alcun correttivo l'entità del "consumo" di tempo trascorso in ospedale.
Nella figura 2.6.1. vengono individuate tre classi di regioni, a seconda che il valore assunto dall'indicatore sia più o meno vicino a quello medio nazionale, quest'ultimo pari a 51 giorni di ospedalizzazione ogni cento residenti e calcolato, si ricorda, sulla base di pazienti e residenti di età compresa fra i 15 ed i 64 anni e con riferimento ad una selezione di cause di ricovero[24]:

- indicatore prossimo al valore medio nazionale (± 5 giorni per 100 ab.) ~ *le regioni che meno si discostano dalla media nazionale sono Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto, Liguria, Marche, Campania, Sicilia, Sardegna*;
- indicatore inferiore al valore medio nazionale ~ *si tratta di cinque regioni centro-settentrionali (Umbria, Toscana, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Piemonte) per ciascuna delle quali si registra un numero di giorni di ospedalizzazione non superiore a 46*;
- indicatore superiore al valore medio nazionale ~ *le regioni caratterizzate dal più elevato numero di giorni di ospedalizzazione della popolazione adulta, non inferiore a 56, sono tutte centro-meridionali (Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria).*

FIGURA 2.6.1. Giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti per 100 residenti in età 15-64 anni, per Regione (maschi e femmine)



La scomposizione per gruppi di cause (tavola 2.6.1.) evidenzia che:
a) il maggior contributo al valore generale dell'indicatore è dato dai tumori,

24. Cfr paragrafo 2.4.2. (Giorni di ospedalizzazione degli adulti).

con 10,0 giornate di ospedalizzazione per 100 adulti sulle 51,3 totali, seguito dalle malattie dell'apparato digerente (9,2), queste ultime di poco superiori alle patologie del sistema circolatorio e ai traumatismi e avvelenamenti (entrambi i gruppi attestati a 8,8); le malattie del sistema genito-urinario, del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo e del sistema nervoso e organi di senso assorbono le restanti 14,6 giornate di ospedalizzazione;

b) esclusa la provincia autonoma di Bolzano, tutte le regioni settentrionali sono caratterizzate da un numero di giorni di ospedalizzazione per tumori superiore alla media nazionale, fino ad assumere il massimo in Valle d'Aosta; nel centro-sud le uniche regioni con analoghi valori sono Sardegna, Molise e Lazio;

c) al contrario dei tumori, le giornate di ospedalizzazione per malattie del sistema circolatorio risultano oltre la media nazionale in tutta l'area meridionale, escluse le isole ma fino a comprendere il Lazio e le Marche, e tornando ad assumere un valore oltre la media, peraltro in misura assai modesta, solo in Lombardia e nella provincia autonoma di Bolzano;

d) altrettanto nettamente si disegna la tendenza per le malattie dell'apparato digerente, con valori significativamente maggiori al sud rispetto al nord del paese, ad eccezione della Valle d'Aosta e, in misura tuttavia trascurabile, della provincia di Trento, della Liguria e del Lazio;

e) per il gruppo relativo a traumatismi e avvelenamenti non sono evidenziabili tendenze di carattere geografico; vale la pena di notare come questo gruppo risulti assorbire il numero maggiore di giorni di ospedalizzazione fra gli adulti della provincia autonoma di Bolzano.

TAVOLA 2.6.1. Giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti per 100 residenti in età 15-64, per Regione e gruppo di causa * (maschi e femmine)

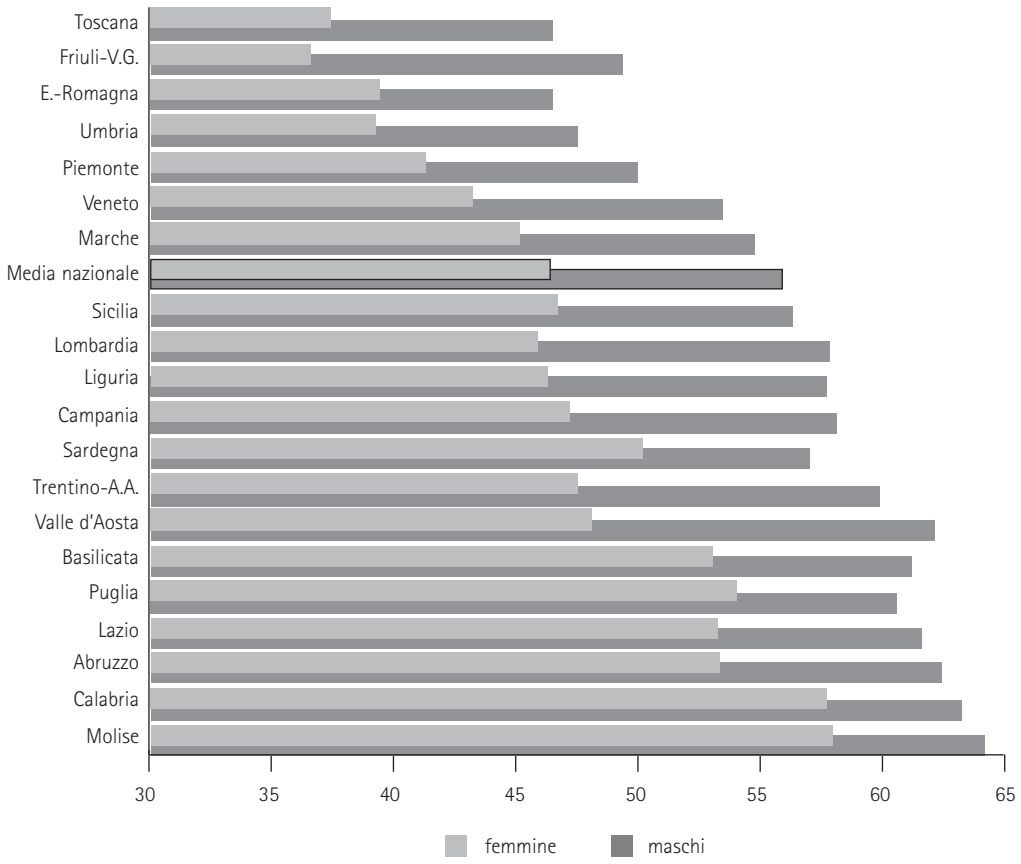
Regione	Tumori	Circol.	Diger.	Traum.	Genit.	Nerv.	Musc.	Totale
Piemonte	10,4	7,3	8,2	7,5	4,6	3,9	4,0	45,7
Valle d'Aosta	13,5	8,0	10,8	9,3	4,8	5,1	4,1	55,5
Lombardia	10,9	9,1	8,8	9,3	5,1	4,2	4,6	52,0
p.a. Bolzano	9,6	9,2	8,3	12,3	5,3	4,7	5,8	55,1
p.a. Trento	11,0	7,9	9,3	9,9	6,0	4,5	4,3	52,9
Veneto	10,3	8,2	7,6	8,5	4,5	4,3	5,0	48,4
Friuli-V. G.	10,6	6,9	7,2	7,5	3,7	3,6	3,5	43,0
Liguria	10,5	7,9	9,3	10,1	5,4	4,6	4,3	52,0
E.-Romagna	10,3	7,3	6,8	7,7	4,2	3,3	3,6	43,0
Toscana	8,5	7,2	7,0	8,3	4,1	3,2	3,6	42,0
Umbria	8,3	7,5	7,6	7,4	5,6	3,6	3,5	43,4
Marche	9,6	9,8	8,3	8,3	5,4	4,6	4,1	50,0
Lazio	10,8	9,7	9,3	10,8	5,7	6,2	5,0	57,6
Abruzzo	9,9	9,5	10,3	9,5	7,5	5,6	5,8	58,0
Molise	11,0	10,4	12,3	8,5	8,7	5,0	5,4	61,3
Campania	8,7	10,5	10,8	8,5	6,5	3,8	3,8	52,8
Puglia	9,5	9,2	11,4	9,0	7,7	4,7	6,0	57,5
Basilicata	9,4	9,2	12,4	8,2	7,2	5,1	5,9	57,3
Calabria	8,6	11,2	12,8	8,8	7,7	5,3	6,4	60,8
Sicilia	8,5	8,6	10,4	8,6	6,3	4,4	4,7	51,6
Sardegna	11,4	7,8	11,2	7,5	6,1	4,8	4,9	53,7
Media nazionale	**10,0**	**8,8**	**9,2**	**8,8**	**5,6**	**4,4**	**4,6**	**51,3**

*(*) * abbreviazioni utilizzate: Circol. = sistema circolatorio; Diger. = apparato digerente; Traum. = traumatismi e avvelenamenti; Genit. = sistema genito-urinario; Nerv. = sistema nervoso e organi di senso; Musc. = sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo*

La figura 2.6.2. permette di osservare che per le femmine i giorni di ospedalizzazione sono significativamente minori che per gli uomini.

Il valore medio nazionale (cfr figura 2.6.2.) calcolato separatamente per i due sessi è pari a 56,0 per i maschi e a 46,5 per le femmine.

FIGURA 2.6.2. Giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti per 100 residenti in età 15-64 anni, per Regione e sesso



L'andamento regionale risulta del tutto analogo a quello registrato per l'indicatore non disaggregato, anche se con alcune peculiarità che vale la pena di rilevare:

a) in Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria per l'indicatore proposto si rileva uno scarto superiore alle 10 giornate fra l'ospedalizzazione dei maschi e quello delle femmine; oltre alle 6 regioni del nord sopra citate, si aggiunge, con analoga caratteristica, una sola regione meridionale, la Campania;
b) il Molise e la Calabria, che risultano essere le regioni con il più elevato contributo di giorni di ospedalizzazione per 100 residenti adulti (cfr grafico 2.6.1.), mantengono questo primato anche elaborando separatamente gli indicatori per sesso;
c) nel caso dell'indicatore calcolato per le sole femmine, due regioni del nord si collocano ad un livello inferiore rispetto alla media nazionale (Liguria e Lombardia) ed altre due regioni del nord si approssimano, anche se superiormente, allo stesso valor medio (Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta).

Le tavole 2.6.2 e 2.6.3 consentono di cogliere quali siano le principali componenti della disparità fra maschi e femmine e, per ciascun sesso, quale contributo forniscano le singole cause di malattia:

a) per i maschi, la causa che assorbe il maggior numero di giorni di ospedalizzazione fra gli adulti è quella relativa ai traumatismi e avvelenamenti, lievemente superiore a quanto registrato per le patologie del sistema circola-

torio (11,9 la prima, 11,3 giorni la seconda); con 10,1 e 9,6 giorni di ospedalizzazione su 56,0 totali seguono le malattie dell'apparato digerente e i tumori, mentre le restanti tre cause assorbono 13,3 giornate complessivamente;

b) per le femmine, il cui dato complessivo si attesta a quasi 10 giorni in meno rispetto agli uomini, il gruppo che contribuisce maggiormente all'indicatore generale è quello relativo ai tumori (10,4), in modo significativamente superiore a qualsiasi altra causa; il secondo gruppo, quello relativo alle malattie dell'apparato digerente, è inferiore di due punti rispetto al primo (8,4); a seguire, le malattie del sistema genito-urinario, quelle del sistema circolatorio ed i traumatismi (complessivamente 18,5 giornate), mentre le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso e le patologie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo si collocano entrambe al di sotto delle 5 giornate di ospedalizzazione per 100 residenti adulti delle 46,5 totali;

c) gli andamenti geografici per singolo gruppo di cause sono generalmente rispettati anche osservando le distribuzioni per sesso;

d) per le femmine, le giornate di ospedalizzazione per tumore sono significativamente superiori a quelle per malattie dell'apparato digerente in tutte le regioni settentrionali; spostandosi verso il centro ed il sud del Paese questa differenza tende via via a diminuire fino ad invertirsi, come nel caso di Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia, dove si registra una maggior frequenza di giorni per le malattie dell'apparato digerente che per i tumori.

TAVOLA 2.6.2. Giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti per 100 residenti in età 15-64 per Regione e gruppo di causa * maschi

Regione	Tumori	Circol.	Diger.	Traum.	Genit.	Nerv.	Musc.	Totale
Piemonte	10,2	9,5	8,7	10,2	3,8	3,8	3,8	50,1
Valle d'Aosta	14,5	10,5	11,0	13,1	4,1	5,0	4,1	62,4
Lombardia	10,7	12,0	9,9	12,7	4,4	4,0	4,4	58,1
p.a. Bolzano	8,9	11,0	10,2	17,8	3,6	5,3	5,9	62,7
p.a. Trento	10,5	9,6	10,2	13,7	5,4	4,3	4,1	57,8
Veneto	10,6	10,4	8,5	11,3	3,8	4,2	4,8	53,6
Friuli-V.G.	10,9	9,3	8,5	10,7	2,9	3,7	3,5	49,5
Liguria	10,4	10,6	9,7	13,6	4,9	4,5	4,2	57,9
E.-Romagna	9,7	9,7	7,4	10,4	3,2	3,1	3,1	46,6
Toscana	8,2	9,7	7,5	11,1	3,5	3,3	3,3	46,6
Umbria	8,2	10,0	8,1	9,7	4,9	3,7	3,1	47,6
Marche	9,1	12,9	9,4	11,1	4,5	4,3	3,7	54,9
Lazio	10,0	12,5	10,2	13,9	4,7	5,9	4,7	61,8
Abruzzo	9,3	12,1	11,4	12,7	6,3	5,2	5,7	62,7
Molise	10,6	12,7	13,5	11,4	6,6	4,4	5,2	64,5
Campania	8,5	13,6	11,9	11,7	5,1	4,0	3,7	58,3
Puglia	8,5	11,2	12,4	12,3	5,7	4,7	5,9	60,8
Basilicata	8,4	11,3	13,5	11,4	5,8	5,2	5,9	61,4
Calabria	7,7	13,4	13,8	11,8	5,7	5,4	5,7	63,6
Sicilia	7,7	11,1	10,9	12,0	5,4	4,4	5,0	56,5
Sardegna	10,7	9,9	12,0	10,5	4,8	4,8	4,6	57,2
Media nazionale	**9,6**	**11,3**	**10,1**	**11,9**	**4,5**	**4,3**	**4,4**	**56,0**

*(1) * abbreviazioni utilizzate: Circol. = sistema circolatorio; Diger. = apparato digerente; Traum. = traumatismi e avvelenamenti; Genit. = sistema genito-urinario; Nerv. = sistema nervoso e organi di senso; Musc. = sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo*

L'analisi dei dati per Usl di residenza del paziente dimesso consente di evidenziare alcune peculiarità che si correlano, tuttavia, con quanto emerso a livello regionale.

TAVOLA 2.6.3. Giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti per 100 residenti in età 15-64 per Regione e gruppo di causa * femmine

Regione	Tumori	Circol.	Diger.	Traum.	Genit.	Nerv.	Musc.	Totale
Piemonte	10,6	5,0	7,6	4,7	5,4	3,9	4,1	41,4
Valle d'Aosta	12,4	5,3	10,5	5,2	5,5	5,3	4,0	48,3
Lombardia	11,2	6,2	7,8	5,7	5,8	4,4	4,8	46,0
p.a. Bolzano	10,4	7,5	6,4	6,6	7,0	4,1	5,6	47,6
p.a. Trento	11,4	6,1	8,4	6,0	6,7	4,7	4,5	47,8
Veneto	10,1	6,1	6,7	5,5	5,3	4,4	5,2	43,3
Friuli-V.G.	10,3	4,5	5,9	4,2	4,6	3,5	3,5	36,6
Liguria	10,7	5,3	8,9	6,6	5,9	4,7	4,3	46,4
Emilia-R.	10,8	5,0	6,2	4,9	5,2	3,5	4,0	39,5
Toscana	8,9	4,8	6,5	5,4	4,8	3,2	3,9	37,4
Umbria	8,5	5,0	7,1	5,0	6,4	3,4	3,9	39,3
Marche	10,1	6,7	7,3	5,4	6,3	4,9	4,4	45,2
Lazio	11,5	7,1	8,5	7,7	6,8	6,6	5,3	53,5
Abruzzo	10,5	6,9	9,3	6,2	8,7	6,0	6,0	53,5
Molise	11,4	8,2	11,1	5,6	10,9	5,5	5,6	58,2
Campania	9,0	7,6	9,9	5,4	7,9	3,7	3,9	47,3
Puglia	10,5	7,3	10,3	5,7	9,7	4,6	6,1	54,2
Basilicata	10,3	7,2	11,5	4,9	8,5	5,0	6,0	53,2
Calabria	9,4	9,1	11,8	5,7	9,7	5,2	7,1	58,0
Sicilia	9,3	6,2	10,0	5,3	7,1	4,4	4,5	46,8
Sardegna	12,1	5,8	10,4	4,5	7,4	4,9	5,1	50,3
Media nazionale	**10,4**	**6,3**	**8,4**	**5,6**	**6,6**	**4,5**	**4,8**	**46,5**

*(7) * abbreviazioni utilizzate: Circol. = sistema circolatorio; Diger. = apparato digerente; Traum. = traumatismi e avvelenamenti; Genit. = sistema genito-urinario; Nerv. = sistema nervoso e organi di senso; Musc. = sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo*

La tavola 2.6.4 riporta il numero di Usl per ripartizione geografica e per classi di giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti e segnala che:

a) oltre la metà (26 su 40) delle Usl del nord-est si collocano nelle due classi di valori inferiori a 50, con 6 Usl nella classe più bassa (Thiene e Legnago in Veneto, Isontina e Friuli occidentale in Friuli Venezia Giulia, Modena e Ferrara in Emilia Romagna) e solo per una Usl del nord-est si registra un indice superiore a 70 giorni di ospedalizzazione dei pazienti adulti (la veneta Chioggia);

b) le Usl del nord-ovest sono maggiormente orientate verso le classi centrali della distribuzione, pur facendo registrare per le Usl lombarde di Milano (per la quale si ottiene il più basso indice a livello nazionale) e Mantova valori entro la prima classe (< 40) e, di contro, per la Usl di Brescia, ancora in Lombardia, uno dei valori massimi rilevati;

c) l'area del centro Italia risulta analoga, per distribuzione, a quella del nord-ovest, con 33 delle 36 Usl attestate su valori prossimi a quello medio nazionale (che, si ricorda, è pari a 51); nella classe di valori inferiori a 40 si collocano due Usl toscane (Firenze e Versilia), mentre Frosinone (Lazio) è la Usl per la quale si registra uno dei valori superiori a 70 giorni di ospedalizzazione dei pazienti adulti;

TAVOLA 2.6.4. Numero di Usl per giornate di ospedalizzazione degli adulti e per ripartizione geografica

Classi (giorni)	Nord-Est	Nord-Ovest	Centro	Sud e Isole	Totale
< 40	6	2	2	-	10
40 |— 50	20	21	18	9	68
50 |— 60	13	12	15	33	73
60 |— 70	-	2	-	15	17
70 e più	1	1	1	5	8
Totale	**40**	**38**	**36**	**62**	**176**

d) il sud e le isole, infine, sono caratterizzati da Usl che si collocano nelle fasce medio-alte dell'indicatore calcolato; nessuna Usl si colloca nella classe di valori più bassi e solo 9 Usl si posizionano nella seconda classe; le restanti 53 Usl fanno registrare valori pari o superiori a 50 giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti, con ben 5 Usl oltre la soglia dei 70 (la siciliana Trapani, le calabresi Crotone e Paola – che con Brescia registra il valore più elevato a livello nazionale – l'Alto Molise e la sarda Lanusei).

In allegato al presente capitolo sono riportati gli indicatori registrati per sesso e nel complesso per singola Usl; si ricorda che 13 Usl sono state invalidate e che pertanto sono assenti dalla tavola. Dati di dettaglio per sesso e causa sono consultabili nel MESS – Modello di indicatori di Epidemiologia dei Servizi Sanitari presente nel CD allegato integrato al volume.

2.7. Atlante dei ricoveri

Per l'indicatore relativo alle dimissioni per mille abitanti è stata scelta una modalità espositiva per una valutazione distinta del fenomeno fra i due sessi. Si ricorda, inoltre, che il numero di eventi analizzati include anche i cosiddetti "ricoveri ripetuti" a carico dello stesso paziente e rappresenta la somma dei dimessi in regime di ricovero ordinario e di day hospital; inoltre, l'indicatore è standardizzato con il metodo della popolazione-tipo[25].

La lettura dell'indicatore generale non mostra, in questo caso, tendenze geografiche riconoscibili, rintracciabili invece nell'analisi per alcune specifiche cause (cfr oltre). La tavola 2.7.1. riporta i risultati per regione e sesso e le differenze fra ciascuna regione ed il valore medio nazionale calcolato per maschi (187,2 dimissioni per 1.000 residenti) e femmine (191,6):

a) Friuli Venezia Giulia, Toscana, Lazio e Molise sono caratterizzate da un indice ampiamente inferiore a quello medio nazionale sia nel caso dei

TAVOLA 2.7.1. Dimissioni per 1.000 residenti, per Regione e sesso (tutte le età) e differenza rispetto al valore medio nazionale (indice standardizzato per età)

Regione	Maschi		Femmine	
	Dimissioni per 1000 res.	Differ. con media naz.	Dimissioni per 1000 res.	Differ. con media naz.
Piemonte	191,3	+ 4,1	195,5	+ 3,9
Valle d'Aosta	196,4	+ 9,2	199,9	+ 8,3
Lombardia	192,4	+ 5,2	194,5	+ 2,9
p.a. Bolzano	180,1	- 7,1	189,9	- 1,7
p.a. Trento	192,0	+ 4,8	202,8	+ 11,2
Veneto	184,4	- 2,8	187,2	- 4,4
Friuli Venezia Giulia	143,1	- 44,1	151,9	- 39,7
Liguria	205,1	+ 17,9	205,4	+ 13,8
Emilia Romagna	183,8	- 3,4	193,4	+ 1,8
Toscana	164,9	- 22,3	168,3	- 23,3
Umbria	198,5	+ 11,3	200,5	+ 8,9
Marche	189,9	+ 2,7	189,7	- 1,9
Lazio	174,5	- 12,7	178,4	- 13,2
Abruzzo	191,9	+ 4,7	194,8	+ 3,2
Molise	172,6	- 14,6	181,3	- 10,3
Campania	188,3	+ 1,1	188,5	- 3,1
Puglia	207,4	+ 20,2	217,7	+ 26,1
Basilicata	188,0	+ 0,8	195,2	+ 3,6
Calabria	196,3	+ 9,1	209,4	+ 17,8
Sicilia	192,8	+ 5,6	190,8	- 0,8
Sardegna	202,2	+ 15,0	206,4	+ 14,8
Media nazionale	**187,2**	**–**	**191,6**	**–**

25. Cfr paragrafo 2.4.3. (Atlante dei ricoveri).

maschi che delle femmine;

b) Liguria, Puglia e Sardegna sono le regioni con un indice ampiamente superiore al valore medio generale sia per i maschi che per le femmine; superano tale soglia anche la provincia autonoma di Trento e la Calabria per le sole femmine e l'Umbria per i soli maschi;

c) per i maschi, si collocano invece in un intorno del valor medio nazionale (± 10 dimissioni per 1000 residenti) tutte le regioni settentrionali, ad eccezione di Liguria ed Emilia Romagna; a queste si affiancano Marche, Abruzzo, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia;

d) per le femmine, Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia e la provincia autonoma di Bolzano, Veneto, Emilia Romagna, Umbria, Marche, Abruzzo, Campania, Basilicata, Sicilia si attestano su valori prossimi a quello nazionale (± 10 dimissioni per 1.000 residenti).

La tavola 2.7.2. mostra la scomposizione del valore medio nazionale per i gruppi di cause analizzati per sesso; eliminando il gruppo "gravidanza, parto e puerperio" l'indice per le femmine passa da poco più di 190 a circa 160 dimissioni per 1000 residenti, significativamente inferiore rispetto all'indice generale per i maschi, in linea con quanto riscontrato anche nell'analisi dei giorni di ospedalizzazione dei pazienti adulti (cfr. paragrafo 2.6.).

TAVOLA 2.7.2. Dimissioni per 1.000 residenti, per causa e sesso (tutte le età)
(indice standardizzato per età)

GRUPPO DI CAUSE	MASCHI	FEMMINE
Mal. infettive e parassitarie	5,2	3,6
Tumori maligni app. gastrointest.	2,4	1,3
Tumori maligni della mammella		2,1
Tumori organi genitali	0,8	1,1
Altri tumori	11,1	9,8
Chemioterapia e radioterapia	2,9	3,0
Mal. endocrine, ricambio e nutrizione	5,4	7,6
Disturbi psichici	5,3	4,8
Mal. sistema nervoso e org. senso	13,0	13,3
IMA e altre cardiop. ischemiche	5,3	1,8
Mal. cerebrovascolari	2,9	2,1
Altre mal. cardiocircolatorie	13,3	10,1
Mal. app. respiratorio	20,2	14,3
Ernia addominale	5,4	1,3
Altre mal. app. digerente	17,2	16,4
Mal. sist. genitourinario	12,6	15,8
Gravidanza, parto e puerperio		30,0
Mal. sist. muscolo-scheletrico e connettivo	6,9	7,9
Malformaz. congenite e pat. perinatali	11,4	9,4
Fratture	8,7	5,2
Altri traumatismi e ustioni	14,4	7,7
Avvelenamenti	0,8	0,9
Altre cause	21,8	22,0
Totale cause	**187,2**	**191,6**

Per alcuni gruppi di cause può essere interessante osservare quanto segue (tavola 2.7.3.):

a) tumori ~ ad eccezione della Sardegna (per la quale si registra il massimo valore regionale per questo gruppo di cause), tutte le regioni centro-meridionali presentano valori inferiori alla media nazionale (pari a 22 per i maschi e 21 per le femmine); a queste si aggiungono le due province di Bolzano (valore minimo per entrambi i sessi) e Trento ed il Friuli Venezia Giulia;

b) tumore della mammella della donna ~ nell'ambito più generale dei tumori, di cui al punto precedente, il tumore della mammella fa registrare in tutte le regioni settentrionali, ad eccezione della Valle d'Aosta e del Friuli Venezia Giulia, valori più elevati della media nazionale; tutte le regioni del centro-sud sono invece caratterizzate da indici inferiori a quello medio totale, ad eccezione della Sardegna, per la quale si registra il numero massimo di ricoveri per questa specifica patologia;

c) apparato digerente ~ tutte le regioni meridionali sono caratterizzate da un numero di ricoveri per mille abitanti superiore alla media nazionale; nel centro-nord la maggior parte dei valori regionali si colloca su valori inferiori a quello medio totale, con alcune eccezioni (Valle d'Aosta e Umbria e, per le sole femmine, la provincia di Trento e la Liguria);

d) traumatismi e avvelenamenti ~ nel caso dei maschi è evidenziabile una tendenza geografica secondo la quale nel meridione si registra quasi ovunque (eccetto Molise e Sardegna) un numero di dimissioni per mille abitanti superiore alla media nazionale; ad un centro-nord caratterizzato da un indice inferiore a quello medio complessivo fanno eccezione le due province autonome di Bolzano e Trento e la Liguria; per le femmine questo gradiente territoriale non risulta altrettanto definito e l'indicatore medio è di dieci punti inferiore a quello registrato per i maschi.

TAVOLA 2.7.3. Dimissioni per 1.000 residenti per alcune cause, per Regione e sesso (tutte le età) (indice standardizzato per età – 'mamm.' = tumore della mammella)

Regione	Tumori			Apparato digerente		Traumatismi e avvel.	
	Maschi	Femmine		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
	Totale	Totale	di cui mamm.				
Piemonte	24,3	22,3	2,5	21,5	17,1	18,5	10,5
Valle d'Aosta	26,0	22,6	1,7	23,9	20,2	21,1	12,1
Lombardia	27,6	25,8	2,5	21,2	16,3	23,6	13,5
p.a. Bolzano	14,7	15,3	2,7	21,2	16,1	30,2	16,5
p.a. Trento	20,0	19,5	3,4	21,9	18,9	27,7	14,6
Veneto	25,9	22,1	2,6	20,2	14,9	21,3	12,7
Friuli-V.G.	18,8	17,1	1,9	16,5	11,5	17,4	10,1
Liguria	26,3	24,3	2,4	22,0	19,2	26,0	15,9
E.-Romagna	23,5	23,5	2,9	20,9	16,4	21,2	12,4
Toscana	18,2	17,1	1,6	17,9	13,3	21,6	13,5
Umbria	21,7	20,0	1,6	23,6	18,7	22,3	13,8
Marche	20,7	19,0	2,1	21,9	16,6	22,1	12,8
Lazio	20,9	19,6	2,0	22,3	17,2	22,3	14,1
Abruzzo	18,1	16,5	1,5	23,8	19,4	24,6	14,3
Molise	15,9	16,1	1,0	22,9	18,5	17,8	9,6
Campania	20,9	18,3	1,4	25,6	20,1	29,9	17,0
Puglia	20,3	19,5	1,3	26,6	20,1	27,8	15,0
Basilicata	19,5	19,7	1,6	25,8	19,9	24,0	12,8
Calabria	17,7	16,9	1,2	27,3	22,4	24,7	13,5
Sicilia	18,3	17,7	1,4	25,7	21,7	26,4	14,7
Sardegna	30,2	28,8	4,1	24,6	20,0	19,7	10,6
Media nazionale	**22,4**	**20,9**	**2,1**	**22,6**	**17,7**	**23,9**	**13,8**

In allegato al presente capitolo sono riportati gli indicatori registrati per sesso e per singola Usl; si ricorda che 13 Usl sono state invalidate e che pertanto sono assenti dalla tavola. Dati di dettaglio per sesso e causa sono consultabili nel MESS – Modello di indicatori di Epidemiologia dei Servizi Sanitari presente nel CD allegato al volume.

2.8. Conclusioni e raccomandazioni

L'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera, condotta sulla base dati messa a disposizione dal Ministero della Salute, permette di cogliere, sia pure attraverso alcune scelte espositive volutamente generali, un'Italia eterogenea e a volte caratterizzata da una evidente polarizzazione nord-sud (fenomeno peraltro non nuovo alle indagini su salute e servizi sanitari).
A titolo esemplificativo lo studio consente, con le dovute cautele interpretative, di evidenziare che gli adulti residenti nelle regioni settentrionali trascorrono meno tempo in ospedale rispetto agli abitanti del meridione e che, in termini di giornate di ospedalizzazione di pazienti adulti, i tumori hanno un maggior impatto nelle regioni settentrionali, mentre nel sud incidono in misura superiore che nel nord le patologie dell'apparato digerente e del sistema circolatorio.
I dati ricavati dalle SDO, adeguatamente gestiti, potrebbero supportare una più specifica conoscenza delle diverse aree del Paese; di contro, la scarsa qualità dei dati rilevati impone una eccessiva prudenza nell'utilizzo di tale patrimonio che compromette l'elaborazione di indicatori più affidabili e più sensibili ai confronti territoriali.
La corretta gestione dei dati andrebbe avviata già al momento della compilazione della SDO garantendo sia una maggiore accuratezza nella redazione che nella indicazione di tutte le variabili (non solo quelle legate alla attribuzione del DRG). L'acquisizione a livello centrale, di contro, dovrebbe essere condotta prevedendo un ulteriore controllo di qualità a garanzia dell'uniformità nell'uso delle convenzioni adottate (codifiche, classificazioni, ecc.) e di verifica sulla congruenza fra le informazioni raccolte.
Accuratezza nella compilazione e controllo di qualità dei dati, anche alla luce dei risultati dello studio pilota qui presentato, possono concretamente assicurare una produzione statistica pienamente fruibile ai diversi livelli decisionali (Stato, Regioni, Aziende Usl e Ospedaliere), rendendo la SDO uno strumento del quale, oltre l'area amministrativo-gestionale, possa avvalersi anche l'epidemiologia dei servizi sanitari.

Giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti per 100 residenti 15-64 anni e numero di dimessi per 1.000 residenti (tutte le età), per USL e sesso * - Anno 1998

		Giorni di ospedalizzazione paz. adulti per 100 res. 15-64 anni			Numero di dimissioni per 1.000 residenti	
Usl **	Reg	Totale	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Milano [Milano]	LOM	33,8	37,6	30,4	147,5	151,5
Thiene [Schio; Thiene; Malo]	VEN	36,3	41,6	30,8	160,8	166,2
Isontina [Gorizia; Monfalcone; Ronchi dei Legionari]	FVG	36,6	40,0	33,2	134,7	143,8
Firenze [Firenze; Scandicci; Sesto Fiorentino]	TOS	37,9	41,7	34,2	155,9	161,4
Mantova [Mantova; Castiglione delle Stiviere; Suzzara]	LOM	38,1	42,9	33,4	171,0	174,6
Friuli occidentale [Pordenone; Sacile; Cordenons]	FVG	38,6	44,3	32,8	144,1	145,1
Legnago [Legnago; San Giovanni Lupatoto; Cerea]	VEN	38,6	43,2	34,0	171,5	175,0
Modena [Modena; Carpi; Sassuolo]	EMR	38,8	42,0	35,6	173,5	180,2
Versilia [Viareggio; Camaiore; Pietrasanta]	TOS	39,4	44,7	34,2	155,1	164,4
Ferrara [Ferrara; Cento; Argenta]	EMR	39,6	41,5	37,7	183,7	196,7
Imola [Imola; Castel San Pietro Terme; Dozza]	EMR	40,4	42,3	38,5	189,0	206,1
Pisa [Pisa; Cascina; San Giuliano Terme]	TOS	40,7	45,6	35,9	165,9	167,9
Empoli [Empoli; San Miniato; Fucecchio]	TOS	40,7	45,6	35,9	158,6	161,4
Perugia [Perugia; Assisi; Bastia]	UMB	40,9	44,2	37,6	195,1	200,9
Chivasso [Settimo Torinese; Chivasso; San Mauro Torinese]	PIE	40,9	44,2	37,5	173,4	180,2
Pistoia [Pistoia; Quarrata; Montecatini-Terme]	TOS	41,5	47,0	36,2	169,0	175,8
Livorno [Livorno; Piombino; Rosignano Marittimo]	TOS	42,0	45,8	38,3	158,6	163,0
Arezzo [Arezzo; Cortona; Montevarchi]	TOS	42,1	46,0	38,2	170,4	170,4
Reggio nell'Emilia [Reggio nell'Emilia; Scandiano; Correggio]	EMR	42,3	45,7	38,9	187,3	200,1
Ivrea [Ivrea; Rivarolo Canavese; Cuorgnè]	PIE	42,4	47,7	37,0	159,1	158,7
Foligno [Foligno; Spoleto; Gualdo Tadino]	UMB	42,4	45,3	39,5	201,1	198,8
Casale Monferrato [Casale Monferrato; Valenza; Trino]	PIE	42,5	46,4	38,7	206,3	213,2
Fabriano [Fabriano; Sassoferrato; Cerreto d'Esi]	MAR	42,8	46,9	38,7	193,3	200,5
Bologna nord [San Giovanni in Persiceto; Castel Maggiore; Budrio]	EMR	43,0	45,3	40,6	182,1	207,4
Bologna [Bologna]	EMR	43,0	45,1	41,1	185,9	200,1
Alto Friuli [Gemona del Friuli; Tolmezzo; Tarvisio]	FVG	43,0	51,1	34,4	146,7	146,8
Novara [Novara; Borgomanero; Trecate]	PIE	43,1	48,0	38,3	182,3	182,8
Collegno [Rivoli; Collegno; Grugliasco]	PIE	43,2	47,0	39,4	181,7	183,7
Alba [Alba; Bra; Cherasco]	PIE	43,3	47,3	39,2	200,6	202,0
Milano/2 [Rozzano; Segrate; Pioltello]	LOM	43,4	47,4	39,4	176,8	179,7
Torino AM [Torino]	PIE	43,4	47,6	39,5	194,4	203,2
Pieve di Soligo [Conegliano; Vittorio Veneto; Susegana]	VEN	43,5	48,6	38,3	167,4	167,7
Ravenna [Ravenna; Faenza; Lugo]	EMR	43,5	47,0	40,0	184,0	191,8
Treviso [Treviso; Mogliano Veneto; Paese]	VEN	43,5	47,5	39,6	166,4	169,1
Bussolengo [Villafranca di Verona; Bussolengo; Negrar]	VEN	43,5	45,5	41,4	161,8	176,4
Parma [Parma; Fidenza; Salsomaggiore Terme]	EMR	43,7	49,4	37,9	176,2	180,9
Bologna sud [Casalecchio di Reno; San Lazzaro di Savena; Zola Predosa]	EMR	44,1	49,0	39,1	178,5	194,6
Ciriè [Venaria Reale; Ciriè; Alpignano]	PIE	44,2	48,6	39,6	180,6	176,8
Massa Carrara [Massa; Carrara; Aulla]	TOS	44,2	50,2	38,2	197,3	194,4
Chieri [Moncalieri; Nichelino; Chieri]	PIE	44,3	47,2	41,3	196,1	205,0
Bassa friulana [Cervignano del Friuli; Latisana; San Giorgio di Nogaro]	FVG	44,3	52,6	35,7	145,5	145,9
Cesena [Cesena; Cesenatico; Savignano sul Rubicone]	EMR	44,5	48,0	41,0	184,8	192,8
Napoli/2 [Giugliano in Campania; Pozzuoli; Marano di Napoli]	CAM	44,7	50,1	39,4	173,4	174,4
Agrigento [Agrigento; Licata; Sciacca]	SIC	45,0	51,0	39,4	185,2	175,2
Ancona [Ancona; Osimo; Falconara Marittima]	MAR	45,1	50,2	40,3	182,7	185,6
Pavia [Pavia; Vigevano; Voghera]	LOM	45,1	49,2	41,2	172,8	184,9
Siracusa [Siracusa; Augusta; Avola]	SIC	45,3	49,0	41,5	172,8	170,4
Città di Castello [Città di Castello; Gubbio; Umbertide]	UMB	45,3	48,6	42,0	204,9	212,5
Rimini [Rimini; Riccione; Santarcangelo di Romagna]	EMR	45,6	48,8	42,5	186,2	196,9
Prato [Prato; Montemurlo; Carmignano]	TOS	45,8	49,7	41,9	175,9	180,8
Medio Friuli [Udine; Codroipo; Tavagnacco]	FVG	45,9	53,5	38,4	139,1	152,3
Padova [Padova; Selvazzano Dentro; Albignasego]	VEN	45,9	51,4	40,7	183,8	190,2
Spezzino [La Spezia; Sarzana; Lerici]	LIG	45,9	52,2	39,7	215,4	216,1
Varese [Varese; Busto Arsizio; Gallarate]	LOM	46,1	51,6	40,7	147,8	153,8
Pinerolo [Pinerolo; Luserna San Giovanni; Cumiana]	PIE	46,1	50,8	41,3	184,3	186,0
Salerno/2 [Salerno; Cava de' Tirreni; Battipaglia]	CAM	46,7	51,2	42,3	159,6	158,9
Terni [Terni; Orvieto; Narni]	UMB	47,0	53,9	40,3	199,4	195,6
Forlì [Forlì; Forlimpopoli; Meldola]	EMR	47,1	49,8	44,5	195,3	200,4
Triestina [Trieste; Muggia; Duino-Aurisina]	FVG	47,4	53,6	41,4	148,0	166,3
Senigallia [Senigallia; Ostra; Arcevia]	MAR	47,6	52,1	43,1	200,8	193,3
Biella [Biella; Cossato; Vigliano Biellese]	PIE	47,6	51,8	43,5	174,6	186,6
Milano/1 [Legnano; Rho; Bollate]	LOM	48,2	53,3	42,9	176,3	180,0
Palmi [Palmi; Gioia Tauro; Taurianova]	CAL	48,3	52,4	44,2	183,9	191,9
Savigliano [Fossano; Savigliano; Saluzzo]	PIE	48,6	54,1	42,9	199,6	189,8
Urbino [Urbino; Cagli; Fermignano]	MAR	48,7	56,0	41,2	183,9	180,5
Catania [Catania; Acireale; Paternò]	SIC	48,9	53,8	44,1	183,8	179,4
Cremona [Cremona; Crema; Casalmaggiore]	LOM	48,9	56,2	41,5	168,8	167,3
Lucca [Lucca; Capannori; Altopascio]	TOS	49,0	55,6	42,2	163,1	164,3
Veneziana [Venezia; Marcon; Quarto d'Altino]	VEN	49,0	55,7	42,6	192,1	193,1
Omegna [Verbania; Domodossola; Omegna]	PIE	49,1	55,8	42,3	187,7	182,7
Novi Ligure [Novi Ligure; Acqui Terme; Ovada]	PIE	49,1	51,1	47,0	227,2	234,7
Grosseto [Grosseto; Follonica; Orbetello]	TOS	49,3	54,8	43,9	165,4	165,9
Lecco [Lecco; Calolziocorte; Merate]	LOM	49,3	55,2	43,4	167,0	167,0
Pescara [Pescara; Montesilvano; Spoltore]	ABR	49,3	53,1	45,6	169,4	173,8
Lecce/1 [Lecce; Nardò; Galatina]	PUG	49,5	54,4	44,8	190,6	186,9
Arzignano [Valdagno; Arzignano; Montecchio Maggiore]	VEN	49,5	48,9	50,3	191,2	207,5

segue - Giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti per 100 residenti 15-64 anni
e numero di dimessi per 1.000 residenti (tutte le età), per USL e sesso * - Anno 1998

		Giorni di ospedalizzazione paz. adulti per 100 res. 15-64 anni			Numero di dimissioni per 1.000 residenti	
Usl **	Reg	Totale	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Napoli/5 [Torre del Greco; Castellammare di Stabia; Portici]	CAM	49,7	55,2	44,4	178,0	172,0
Jesi [Jesi; Cingoli; Filottrano]	MAR	49,8	54,4	45,2	188,3	188,8
Avellino/2 [Avellino; Atripalda; Solofra]	CAM	50,0	54,6	45,4	169,4	173,7
Cuneo [Cuneo; Borgo San Dalmazzo; Busca]	PIE	50,2	58,1	42,0	172,2	179,0
Sanluri [Villacidro; Guspini; San Gavino Monreale]	SAR	50,2	54,0	46,2	181,7	188,2
Este [Monselice; Este; Montagnana]	VEN	50,3	57,6	42,8	189,2	188,5
Macerata [Macerata; Tolentino; Corridonia]	MAR	50,3	52,6	48,1	184,8	184,9
Chiavarese [Rapallo; Chiavari; Sestri Levante]	LIG	50,3	55,9	44,9	192,3	181,0
Civitanova Marche [Civitanova Marche; Recanati; Potenza Picena]	MAR	50,5	55,6	45,4	180,3	186,9
Fano [Fano; Mondolfo; Fossombrone]	MAR	50,5	54,8	46,3	185,5	186,3
Vercelli [Vercelli; Borgosesia; Santhià]	PIE	50,5	55,3	45,8	206,0	205,8
Ascoli Piceno [Ascoli Piceno; Folignano; Castel di Lama]	MAR	50,6	58,5	42,8	207,4	200,9
San Dona' di Piave [San Dona' di Piave; Portogruaro; Iesolo]	VEN	50,6	56,9	44,3	208,1	200,5
Imperiese [San Remo; Imperia; Ventimiglia]	LIG	50,6	57,0	44,5	199,6	204,9
Mondovì [Mondovì; Ceva; Villanova Mondovì]	PIE	50,7	51,0	50,4	198,6	216,8
Napoli/3 [Casoria; Afragola; Arzano]	CAM	50,9	57,8	44,2	185,4	181,3
Rieti [Rieti; Fara in Sabina; Cittaducale]	LAZ	51,0	54,9	47,0	186,1	188,8
Matera [Matera; Bernalda; Montescaglioso]	BAS	51,0	55,3	46,7	175,7	173,4
Nuoro [Nuoro; Macomer; Siniscola]	SAR	51,2	57,6	44,8	177,1	178,7
Est Brunico [Brunico; Valle Aurina; Campo Tures]	BOL	51,4	53,9	48,7	178,5	200,0
Rovigo [Rovigo; Lendinara; Badia Polesine]	VEN	51,4	53,7	49,1	219,6	222,5
Caltanissetta [Gela; Caltanissetta; Niscemi]	SIC	51,5	59,2	44,1	190,9	191,0
Lodi [Lodi; Codogno; Casalpusterlengo]	LOM	51,5	58,0	44,8	190,7	188,3
Piacenza [Piacenza; Fiorenzuola d'Arda; Castel San Giovanni]	EMR	51,5	58,8	44,1	208,5	200,4
Reggio Calabria [Reggio di Calabria; Villa San Giovanni; Bagnara Calabra]	CAL	51,7	55,4	48,0	190,8	200,7
S. Benedetto d/T [S. Benedetto d/T; Grottammare; Monteprandone]	MAR	51,8	55,1	48,7	187,1	183,9
Cagliari [Cagliari; Quartu Sant'Elena; Selargius]	SAR	51,9	54,2	49,7	219,7	227,5
Como [Como; Cantù; Mariano Comense]	LOM	52,2	58,9	45,5	197,3	190,5
Ovest Merano [Merano; Lana; Silandro]	BOL	52,4	55,8	48,9	175,9	184,0
Viterbo [Viterbo; Civita Castellana; Tarquinia]	LAZ	52,4	58,3	46,6	167,5	168,0
Cittadella [Vigonza; Cittadella; San Martino di Lupari]	VEN	52,4	60,4	44,3	189,6	182,2
Fermo [Fermo; Porto Sant'Elpidio; Porto San Giorgio]	MAR	52,5	56,4	48,7	181,7	183,2
Napoli/4 [Casalnuovo di Napoli; Acerra; Pomigliano d'Arco]	CAM	52,6	59,0	46,4	184,6	182,9
Alessandria [Alessandria; Tortona; Castelnuovo Scrivia]	PIE	52,7	56,6	48,9	228,9	233,3
Genovese [Genova; Arenzano; Recco]	LIG	52,9	58,6	47,4	205,0	206,6
Trento [Trento; Rovereto; Pergine Valsugana]	TRN	52,9	57,8	47,8	192,0	202,8
Avellino/1 [Ariano Irpino; Mirabella Eclano; Grottaminarda]	CAM	52,9	55,8	50,0	162,2	171,5
Oristano [Oristano; Terralba; Cabras]	SAR	53,1	56,0	50,3	173,8	179,4
Lanciano / Vasto [Lanciano; Vasto; San Salvo]	ABR	53,7	58,2	49,2	177,0	177,9
Nord Bressanone [Bressanone; Vipiteno; Chiusa]	BOL	53,9	64,3	43,0	193,2	202,2
Roma/H [Velletri; Pomezia; Anzio]	LAZ	53,9	57,9	49,9	156,8	163,6
Lagonegro [Lauria; Senise; Lagonegro]	BAS	54,1	57,1	51,1	168,0	184,2
Bari/3 [Altamura; Gravina in Puglia; Santeramo in Colle]	PUG	54,4	60,4	48,4	186,7	200,0
Pesaro [Pesaro; Novafeltria; Sant'Angelo in Lizzola]	MAR	54,4	60,0	49,1	201,4	200,9
Basso Molise [Termoli; Larino; Montenero di Bisaccia]	MOL	54,6	56,2	53,1	172,7	191,6
Brindisi [Brindisi; Fasano; Francavilla Fontana]	PUG	54,7	57,0	52,6	196,1	201,0
Bari/4 [Bari; Bitonto; Modugno]	PUG	54,9	58,4	51,6	223,0	243,4
Roma/G [Guidonia Montecelio; Tivoli; Mentana]	LAZ	55,1	59,3	50,8	169,4	177,4
Napoli/1 [Napoli]	CAM	55,1	62,2	48,4	227,1	217,1
Asti [Asti; Canelli; Nizza Monferrato]	PIE	55,3	61,6	49,0	200,1	211,4
Aosta [Aosta; Saint-Vincent; Chatillon]	VDA	55,5	62,4	48,3	196,4	199,9
Bari/2 [Barletta; Molfetta; Trani]	PUG	55,6	62,2	48,9	232,8	228,0
Catanzaro [Catanzaro; Soverato; Chiaravalle Centrale]	CAL	55,6	58,4	52,8	185,1	192,9
Salerno/3 [Capaccio; Agropoli; Sala Consilina]	CAM	56,1	59,6	52,6	200,8	206,4
Savonese [Savona; Albenga; Varazze]	LIG	56,4	62,1	50,9	208,6	206,9
Potenza [Potenza; Avigliano; Sant'Arcangelo]	BAS	56,7	62,2	51,2	182,8	189,1
Roma AM [Roma; Fiumicino]	LAZ	56,9	61,1	53,1	180,0	184,3
Caserta/2 [Aversa; Santa Maria Capua Vetere; Sessa Aurunca]	CAM	57,1	61,4	52,9	181,3	187,1
Lecce/2 [Casarano; Gallipoli; Tricase]	PUG	57,3	61,6	53,3	221,8	222,2
Bari/5 [Monopoli; Putignano; Gioia del Colle]	PUG	57,3	58,7	56,0	204,2	221,0
Vibo Valentia [Vibo Valentia; Pizzo; Mileto]	CAL	57,4	60,0	54,6	189,2	191,9
Benevento [Benevento; Montesarchio; Sant'Agata de' Goti]	CAM	57,6	61,0	54,1	184,1	209,5
Feltre [Feltre; Sedico; Santa Giustina]	VEN	58,2	67,7	48,4	176,4	170,5
Centro-sud Bolzano [Bolzano; Laives; Appiano sulla strada del vino]	BOL	58,2	68,9	47,7	178,8	186,2
Bari/1 [Andria; Corato; Canosa di Puglia]	PUG	58,2	62,7	53,8	218,8	223,1
Camerino [San Severino Marche; Matelica; Camerino]	MAR	58,7	65,3	51,8	229,4	218,1
Salerno/1 [Nocera Inferiore; Scafati; Pagani]	CAM	58,9	67,2	50,7	211,4	209,6
Latina [Latina; Aprilia; Terracina]	LAZ	58,9	64,7	53,1	165,2	165,7
Roma/F [Civitavecchia; Cerveteri; Ladispoli]	LAZ	59,0	57,5	60,5	172,8	182,9
Teramo [Teramo; Giulianova; Roseto degli Abruzzi]	ABR	59,3	66,8	51,8	190,2	189,9
Castrovillari [Castrovillari; Roggiano Gravina; San Marco Argentano]	CAL	59,5	62,0	57,0	194,0	218,2
Adria [Adria; Porto Viro; Porto Tolle]	VEN	59,5	63,5	55,4	220,2	233,1
Caserta/1 [Caserta; Maddaloni; Marcianise]	CAM	59,5	65,4	53,6	185,9	192,5
Carbonia [Carbonia; Iglesias; Sant'Antioco]	SAR	59,7	61,3	58,2	226,6	216,5
Belluno [Belluno; Ponte nelle Alpi; Cortina d'Ampezzo]	VEN	59,8	68,6	51,2	198,8	194,5
L'Aquila [L'Aquila; Tornimparte; Montereale]	ABR	60,3	65,5	55,4	208,7	199,2

segue - Giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti per 100 residenti 15-64 anni
e numero di dimessi per 1.000 residenti (tutte le età), per USL e sesso * - Anno 1998

		Giorni di ospedalizzazione paz. adulti per 100 res. 15-64 anni			Numero di dimissioni per 1.000 residenti	
Usl **	Reg	Totale	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Cosenza [Cosenza; Rende; Acri]	CAL	60,6	60,8	60,5	180,9	205,5
Centro Molise [Campobasso; Bojano; Riccia]	MOL	61,5	65,7	57,4	163,2	166,1
Taranto [Taranto; Martina Franca; Grottaglie]	PUG	61,8	64,0	59,6	191,3	206,9
Locri [Siderno; Locri; Bovalino]	CAL	61,9	68,4	55,3	209,7	215,7
Chieti [Chieti; Francavilla al Mare; Ortona]	ABR	62,3	66,1	58,5	219,8	225,0
Venosa [Melfi; Lavello; Rionero in Vulture]	BAS	63,3	64,6	61,9	220,0	238,5
Foggia/3 [Foggia; Lucera; Troia]	PUG	63,4	64,6	62,2	204,0	227,9
Foggia/2 [Manfredonia; Cerignola; Orta Nova]	PUG	63,8	66,1	61,6	212,5	227,9
Montalbano Jonico [Pisticci; Policoro; Montalbano Jonico]	BAS	64,6	68,6	60,5	199,7	203,5
Rossano [Corigliano Calabro; Rossano; Cassano allo Ionio]	CAL	64,7	65,2	64,3	201,5	224,7
Foggia/1 [San Severo; San Giovanni Rotondo; Sannicandro Garganico]	PUG	68,2	68,0	68,4	222,4	245,7
Pentria [Isernia; Venafro; Frosolone]	MOL	68,3	71,3	65,3	185,4	194,9
Bergamo [Bergamo; Treviglio; Dalmine]	LOM	68,5	76,5	60,4	242,6	242,3
Lamezia Terme [Lamezia Terme; Curinga; Nocera Tirinese]	CAL	68,8	73,6	63,9	211,6	221,0
Sondrio [Sondrio; Morbegno; Tirano]	LOM	69,1	79,2	58,7	219,3	219,4
Avezzano/Sulmona [Avezzano; Sulmona; Celano]	ABR	69,1	71,4	67,0	210,6	222,0
Chioggia [Chioggia; Piove di Sacco; Cavarzere]	VEN	70,0	76,1	63,8	207,6	210,9
Frosinone [Frosinone; Cassino; Sora]	LAZ	70,4	75,2	65,5	180,8	178,2
Trapani [Marsala; Trapani; Mazara del Vallo]	SIC	71,5	74,7	68,3	244,1	256,8
Crotone [Crotone; San Giovanni in Fiore; Cirò Marina]	CAL	71,6	76,3	67,0	216,6	231,8
Alto Molise [Agnone; Carovilli; Capracotta]	MOL	72,7	79,4	66,1	192,3	177,0
Lanusei [Tortolì; Lanusei; Bari Sardo]	SAR	74,0	82,2	65,8	228,2	225,8
Brescia [Brescia; Lumezzane; Desenzano del Garda]	LOM	78,3	86,0	70,4	278,5	281,1
Paola [Paola; Amantea; Cetraro]	CAL	78,3	79,0	77,6	221,1	231,9

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero della Salute (SDO).

** Per la consultazione degli specifici indicatori per Usl e Regioni su giorni di ospedalizzazione e dimissioni per singola causa di ricovero si rimanda alla versione informatizzata del MESS (Modello di indicatori di Epidemiologia dei Servizi Sanitari) disponibile nel CD allegato al presente volume.*
*** Per ciascuna Usl sono riportati i primi tre Comuni in ordine di popolazione.*
AM = Area Metropolitana (Torino AM = 4 Usl, Roma AM = 5 Usl).
Dalla tavola sono escluse 13 Usl (cfr paragrafo 2.3 "Le Usl selezionate"):
Enna, Messina, Palermo, Ragusa, Sassari, Olbia, Bassano del Grappa, Vicenza, Asolo, Mirano, Verona, Milano / 3, Siena.

3. I principali indicatori: salute, servizi sanitari, contesto socio-economico

3.1. Contesto demografico

I fenomeni demografici mutano lentamente, occorrono decenni per modificare l'assetto della popolazione e l'incidenza delle diverse classi d'età sul totale. Non stupisce quindi che il quadro demografico del Paese nel 1998 non ha subito sostanziali modifiche rispetto al 1997: tale fenomeno è tipico di quella che dai demografi viene definita una popolazione "matura stazionaria", caratterizzata da un numero costante di nascite negli anni e una debole eliminazione per morte. Nelle tendenze di indicatori come la natalità, la mortalità, la fecondità e di conseguenza l'indice di vecchiaia, di dipendenza e altri indici a essi collegati, entrano comunque in gioco sia le scoperte scientifiche che le evoluzioni socio-culturali.

Scopo di questi indici è quello di fornire indicazioni sulla struttura demografica e indirettamente sulla domanda di salute, in risposta della quale dovrebbe esserci un un'offerta adeguata.

Il panorama italiano appare piuttosto disomogeneo rispetto agli indicatori demografici presi in considerazione, si possono, tuttavia, individuare delle macro aree nelle quali si registrano gli stessi andamenti.

Passando infatti all'analisi della popolazione per grandi classi d'età emerge che i giovani (0-14) sono solo il 14,6 per cento della popolazione nazionale mentre le persone con più di 64 anni rappresentano il 17,6 per cento, la fascia centrale, 15-64 anni, costituisce il 67,9 di tutta la popolazione.

Ma nella maggior parte delle regioni del Sud la percentuale delle classi estreme si capovolge: in Campania i giovani sono il 19,7 per cento della popolazione contro il 13,2 di persone anziane, in Puglia il 17,7 a fronte di una percentuale del 14,6 della classe con oltre 64 anni, in Calabria 18,0 contro 15,8, in Sicilia, infine, i giovani sono il 18,4 contro il 15,7 per cento degli anziani.

Al contrario tra le regioni del Nord e del Centro del Paese si registrano, per la classe 0-14 anni, i valori più bassi o in linea con la media nazionale; si conferma la situazione peculiare della Provincia Autonoma di Bolzano la cui struttura della popolazione somiglia sempre più a quella delle regioni del Sud: 17,0 per cento di giovani.

Tra tutte le regioni d'Italia la Liguria è quella che presenta i valori più bassi nella quota giovani (10,3 per cento) e nella fascia centrale (65,5 per cento) mentre si registra la quota di anziani più alta pari a 24,3.

I valori più alti della fascia centrale della popolazione, quella tipicamente attiva, si concentrano nelle grandi aree metropolitane e industrializzate del Nord e del

Centro: la Lombardia (70,0), il Veneto (69,4), il Piemonte (68,2) la Valle d'Aosta (69,1) e il Lazio (69,2).
Approfondita l'analisi della situazione demografica del Paese, attraverso alcuni tipici indicatori demografici; il tasso di natalità, che a livello nazionale ha subito una lieve riduzione passando dal 9,4 del 1997 al 9,3 per 1.000 abitanti del 1998, confermando ulteriormente il suo primato nelle regioni del Sud con la Campania (12,0 per 1.000), ancora la più prolifica, seguita dalla Sicilia (10,8) e dalla Puglia (10,6). Non mancano al Nord valori in linea o addirittura superiori alla media nazionale, presenti nella p.a. Bolzano (11,9) di Trento (10,4), della regione Veneto (9,3) e della Lombardia (9,0).
Analizzando successivamente l'indice numero di bambini da 0 a 4 anni per cento donne in età feconda si osserva che esso risulta speculare a quello di natalità, regioni con un alto tasso di natalità sono infatti anche quelle con un numero maggiore di figli, segno anche che il comportamento riproduttivo degli ultimi 5 anni non ha subito sostanziali modificazioni. Ritroviamo al primo posto la Campania con 26,8 figli da 0 a 4 anni su cento donne feconde superiore al dato nazionale che si attesta al 21,8 per cento donne in età feconda. Seguono la Sicilia (25,8 per cento donne feconde), la Puglia e la Calabria con 23,8 e non manchiamo di ricordare, tra le regioni del Nord, la p.a. di Bolzano con 26,6 bimbi per cento donne feconde.
Ne consegue che la composizione media della famiglia è giunta ormai ad appena 2,6 componenti a livello nazionale; questo dato non è solo l'effetto di una bassa fecondità, ma anche di un crescente numero di nuclei unipersonali causati dall'invecchiamento, di un aumento dei divorzi, di fattori culturali che spingono i giovani economicamente autosufficienti a vivere da "single" per molti anni prima di un'unione di fatto o di un matrimonio.
Una lettura congiunta del tasso di mortalità e dell'indice di vecchiaia mostra come le regioni con un alto tasso di mortalità siano quelle a cui corrispondono gli indici di vecchiaia più elevati. Nella regione Liguria si registra un tasso di mortalità pari a 13,6 per 1.000, a fronte del dato medio nazionale di 10,0, e un indice di vecchiaia pari al 235,7 per cento (120,6 per cento a livello nazionale) entrambi i più alti d'Italia; seguono il Friuli Venezia Giulia (rispettivamente con un tasso di mortalità pari a 12,5 per 1.000 e un indice di vecchiaia del 188,3 per cento), l'Emilia Romagna (11,8 per 1.000 e 196,9 per cento) e la Toscana (11,9 per 1.000 e 187,8 per cento). Fatta eccezione per la p.a. di Bolzano, i cui valori si attestano rispettivamente a 8,2 per 1.000 quello di mortalità e 88,1 per cento l'indice di vecchiaia; è nel Sud che i due indici raggiungono i valori più bassi: in Campania (8,3 per 1.000 e 67,1 per cento) e Puglia (8,3 per 1.000 e 82,5 per cento).
Dall'analisi della struttura della popolazione per fasce d'età si perviene ad un indicatore di grande rilevanza economica e sociale: l'indice di dipendenza calcolato rapportando la popolazione delle fasce estreme, quelle dei bambini e degli anziani, alla popolazione considerata attiva, quella della classe 15-64 anni. Il valore a cui si giunge misura il carico che ogni cittadino attivo deve "sopportare" (teoricamente) in termini di anziani e bambini. La maggior parte delle regioni italiane o sono il linea o superano il valore medio nazionale del 47,3 per cento. Il Molise, la Liguria, l'Umbria, l'Abruzzo, la Basilicata, la Calabria, la Sicilia e le Marche sono le regioni la cui popolazione attiva "sopporta" (nel senso sopra indicato) il maggior onere, con l'indice che supera il 50%.
Il tasso migratorio conferma il tradizionale andamento Sud-Nord, con valori negativi, addirittura superiori al 4 per 1.000, nella regione Campania (-4,5), in Calabria (-4,3) e in Basilicata (-4,2). Ma a fianco delle migrazioni interne del Sud

verso il Nord, l'Italia rappresenta ormai un polo di attrattiva per le popolazioni dell'Est europeo e per quelle dei Paesi in via di sviluppo. Da parte sia della popolazione italiana che straniera le migrazioni si concentrano, quindi, verso le stesse aree geografiche, dove appunto l'offerta abitativa e le opportunità lavorative sono maggiori. Prima tra tutte la regione Emilia Romagna con un tasso migratorio del 7,3 per 1.000, di gran lunga superiore al dato nazionale (1,6 per mille), seguono, a parità di tasso migratorio, la p.a. Trento e le Marche con 5,8 per 1.000; ancora tra le "mete" più ambite la Lombardia (5,3), l'Umbria (5,1), la Valle d'Aosta e la Toscana entrambe con tasso pari a 4,7 per 1.000.

3.2. Contesto economico

A livello internazionale è ormai consolidata la consapevolezza che il contesto economico ha effetti diretti ed indiretti sulla salute. Un primo indicatore è il valore aggiunto pro-capite, che misura l'apporto di ciascuna regione alla produzione di ricchezza del Paese. Il dato evidenzia la situazione economica più favorevole del Nord, dove l'indicatore è sempre al di sopra del dato medio nazionale di 31,8 milioni pro-capite: il valore aggiunto minore è quello del Piemonte con 36,6 milioni, mentre quelli più alti si registrano nell'Emilia Romagna con 41,1 milioni, in Lombardia con 41,0 milioni, nella provincia autonoma di Bolzano con 40,8 e nella Valle d'Aosta con 40,5 (tav. 3.2.1.). Al Centro il valore aggiunto pro-capite varia tra i 30,0 milioni dell'Umbria ai 35,3 del Lazio; al Sud il valore più alto si registra in Abruzzo con 27,5 milioni, mentre la regione con il valore aggiunto pro-capite più basso è la Calabria con 18,4 milioni, seguita da Campania con 20,3 milioni e Sicilia con 20,5. Il primato nella produzione di ricchezza è quindi diviso tra le regioni del Nord-Ovest e quelle del Nord-Est.

L'analisi del valore aggiunto può essere scomposto nella componente occupazionale e in quella della produttività. Sul versante della forza lavoro, in particolare, si può notare come le regioni del Sud presentano un tasso di attività (calcolato come rapporto tra gli appartenenti alla forza lavoro e la popolazione con età superiore ai 15 anni) inferiore al dato medio nazionale pari al 47,6 per cento; in particolare la Sicilia con il 42,5 per cento di forza lavoro è la regione con la più bassa propensione ad offrirsi sul mercato del lavoro. Al Centro lo stesso tasso varia tra il 45,8 per cento dell'Umbria e il 48,3 delle Marche. Al Nord, fatta eccezione per la Liguria che presenta una percentuale di popolazione attiva inferiore al dato medio nazionale e pari al 44,8 per cento, le altre regioni sono tutte al di sopra della media, in particolare la provincia autonoma di Bolzano con il 58,0 per cento di forza lavoro, seguita da Valle d'Aosta con il 52,7 per cento, Emilia Romagna, Lombardia e Veneto con tassi di attività superiori al 51,0 per cento.

Passando all'analisi del dato occupazionale, i tassi di disoccupazione si presentano molto più elevati al Sud, anche se con una forte variabilità al suo interno: il 9,1 per cento in Abruzzo e il 26,1 per cento in Calabria a fronte di una disoccupazione pari all'11,8 per cento a livello nazionale. Il Centro presenta invece tassi di disoccupazione inferiori al dato medio del Paese: solo la regione Lazio registra un tasso di disoccupazione esattamente in linea con quello nazionale. La p.a. di Bolzano detiene invece il più basso tasso di disoccupazione pari al 2,1 per cento.

La disoccupazione femminile, sempre più alta di quella maschile, mostra situazioni particolarmente preoccupanti in Calabria (37,3), Sicilia (34,4) e in

Campania (32,6), con percentuali doppie rispetto alla media nazionale di 16,3 per cento. Nelle stesse regioni si registrano anche i più alti tassi di disoccupazione maschile rispettivamente il 19,9 in Calabria, il 19,7 in Sicilia e il 19,6 in Campania. La p.a. di Bolzano che presenta la migliore condizione occupazionale, trova conferma per entrambi i sessi con tassi di disoccupazione del 2,7 (femminile) e 1,7 (maschile) per cento. Al Nord, è la Liguria che si distingue per i più elevati tassi, anche nella scomposizione tra disoccupazione maschile e femminile, pari rispettivamente al 7,6 e al 14,3 per cento.
Al Centro, la disoccupazione maschile e femminile varia tra i valori minimi registrati nelle Marche (rispettivamente di 3,8 per gli uomini e 9,9 per le donne), e quelli massimi del Lazio (di 9,5 per gli uomini e 15,7 per le donne).
Mentre al Nord e al Sud le regioni con un basso tasso di disoccupazione registrano anche un elevato valore aggiunto, al Centro, invece, si può evidenziare la situazione peculiare della regione Lazio che nonostante il più alto tasso di disoccupazione contribuisce maggiormente alla produzione di ricchezza nazionale, dato che sembra quindi dipendere da una più elevata produttività.
La differenziata situazione di benessere economico che caratterizza i diversi contesti regionali si può evincere anche dall'entità dei depositi bancari che fanno capo a ciascun abitante. Essendo i depositi un indicatore, sebbene approssimato, del reddito disponibile, la regione con più disponibilità è la Lombardia con 26,2 milioni pro-capite, quella più "povera" è la Calabria con 8,1 milioni. Emerge ancora una volta la migliore situazione del Nord rispetto al Sud e la situazione intermedia del Centro con depositi bancari variabili tra i 15,7 milioni dell'Umbria e i 20,8 del Lazio a fronte di un dato medio nazionale di 17,0 milioni di depositi bancari pro-capite.
Una conferma di tali indicazioni viene dai dati sui consumi delle famiglie. A livello nazionale i consumi delle famiglie, relativi al 1998 e di fonte Istat, registrano una spesa media mensile complessiva di 4,0 milioni, di cui l'80,6 per cento è rappresentato da consumi non alimentari. Il volume di consumi alimentari presenta una ridotta variabilità nelle diverse zone e regioni del Paese, variando tra una spesa media mensile di 653.409 lire in Valle d'Aosta e una massima di 885.948 lire nelle Marche. Differenze più evidenti nella spesa media mensile per consumi non alimentari che si presenta maggiore al Nord e al Centro, segnale di uno stile di vita caratterizzato da maggiore benessere economico. Tale spesa supera i 3,0 milioni di lire in tutte le regioni del Nord e del Centro, toccando le punte massime nella p.a. di Bolzano e in Lombardia con circa 3,9 milioni; solamente la Liguria presenta una spesa allineata con le regioni meridionali e inferiore ai 3,0 milioni. Al Sud è la Campania che si distingue per la spesa media mensile per consumi non alimentari più alta con 2,9 milioni.
Un ulteriore indicatore della produzione a livello regionale è misurato dall'andamento dei consumi di energia elettrica pro-capite per uso industriale che sono più alti al Nord (con valori superiori ai 2000,0 kwh pro-capite, tranne nella p.a. di Bolzano), a testimonianza della maggiore presenza di industrie, rispetto al Sud in cui la prevalenza del settore terziario rende i consumi industriali simili a quelli domestici. Si registrano però, due situazioni peculiari: l'Umbria e la Sardegna (rispettivamente con 4.635,3 e 3.985,2 kwh pro-capite) che presentano consumi di energia elettrica a fini industriali particolarmente elevati rispetto alla media nazionale (2.751,5).
È disponibile anche il dato sui consumi per uso domestico: quelli più alti si registrano in Valle d'Aosta (1.446,0), Lazio (1.168,9) e Sardegna (1.152,9), quelli più bassi in Basilicata (743,3) e Molise (789,8).

3.3. Tassi di mortalità standardizzati

I tassi di mortalità standardizzati consentono di sintetizzare agevolmente le differenze di mortalità tra popolazioni diverse neutralizzando l'influenza della diversa composizione per età. Tale metodo, quindi, pur con alcuni limiti aumenta la confrontabilità fra diversi contesti, quali quelli regionali[1].

Prendendo in considerazione la popolazione maschile di età compresa fra 0 e 74 anni, si evidenzia un tasso di mortalità standardizzato a livello nazionale pari al 3,5 per 1.000. La mortalità risulta tendenzialmente più elevata nelle regioni del Nord, dove si registrano per lo più valori maggiori o al più uguali alla media nazionale. Fra di esse, il tasso più elevato (confermando la tendenza degli anni passati) si riscontra nella Valle d'Aosta, dove è pari a 4,2 per 1.000 abitanti. Le regioni meridionali, invece, ad eccezione della Sardegna e della Campania che hanno un tasso di mortalità standardizzato rispettivamente di 3,6 e 3,9 per 1.000, presentano valori che si collocano tutti al disotto del dato medio nazionale. La Valle d'Aosta, quindi, rimane l'unica regione dove la mortalità è superiore al 4,0 per 1.000 (la Campania, infatti, che nel periodo 1995-97 presentava una mortalità pari al 4,0 per 1.000, nel triennio 1996-98 vede ridurre tale valore al 3,9). Le regioni con il più basso livello di mortalità standardizzato, rimangono le Marche e l'Umbria, dove tale tasso risulta pari a 3,0 nel triennio 1996-98, confermando il trend del periodo 1995-97, dove tale valore era di 3,1 per 1.000 abitanti (tav. 3.3.1.).

La mortalità della popolazione femminile di età compresa fra 0 e74 anni, invece, fa registrare dati inferiori a quella maschile su tutto il territorio nazionale (come del resto si era già verificato nel periodo 1995-97), con una distribuzione estremamente disomogenea, che impedisce l'individuazione di aree particolarmente "colpite". L'unica regione in cui tale fenomeno è piuttosto elevato rispetto alla media nazionale risulta essere la Campania (2,0 morti su 1.000 abitanti contro l'1,7 nazionale). Come per quella maschile, è la regione Marche che fa registrare il minore tasso di mortalità standardizzato femminile (1,4 per 1.000) (tav. 3.3.2.).

Considerando che la mortalità si concentra ormai nella fascia dei "grandi vecchi", è opportuno focalizzare l'attenzione sulla popolazione con una età superiore ai 75 anni: i tassi di mortalità standardizzata, dati che meglio specificano quelli di mortalità grezzi (vedi: contesto demografico), crescono notevolmente, con una media nazionale che è pari per gli uomini a 102,7 su 1.000 e per le donne a 73,1.

In questo caso, la mortalità della popolazione maschile presenta un andamento geograficamente omogeneo, registrando nella maggior parte delle Regioni, valori superiori al 100 per 1.000 (nel periodo 1995-97, invece, si era potuta individuare una maggiore mortalità maschile nelle regioni settentrionali). In particolare, le regioni con il valore più alto e più basso, sono rispettivamente la Valle d'Aosta, con 117,7 decessi su 1.000 abitanti ultrasettantacinquenni e la Calabria con 95,9 (tav. 3.3.3.).

Con riferimento alla popolazione sopra i settantacinque anni femminile, invece, è possibile individuare una maggiore mortalità nella parte meridionale dell'Italia (confermando, così, l'andamento degli anni passati), dove tutte le regioni, presentano un dato sempre al di sopra di quello medio nazionale (73,1). In particolare, la Sicilia, registra il tasso più elevato di decessi femminili con 84,3 ogni 1.000 donne; l'area che presenta la mortalità minore, sul territorio italiano, la si può individuare nella provincia autonoma di Trento, dove il tasso corrispondente è pari al 66,2 per 1.000 (tav. 3.3.4.).

---

1. Per approfondimenti vedi capitolo 8° sui "Materiali e i metodi".

Scendendo nel dettaglio ed andando a considerare le singole cause di morte, nella popolazione d'età inferiore ai 74 anni, i tumori sono responsabili di più della metà dei decessi, sia per gli uomini che per le donne, con un tasso medio nazionale pari rispettivamente a 1,3 per 1.000 per i maschi e a 0,7 per le femmine (confermando i dati registrati nel periodo 1995-97). La seconda causa principale di morte sono le malattie del sistema cardiovascolare, che assumono un peso maggiore nella popolazione maschile (0,9 per 1.000 contro lo 0,4 femminile).
Quest'ultima patologia, nella popolazione sia maschile che femminile di ultrasettantacinquenni, diventa la principale causa di morte con rispettivamente il 50,4 per 1.000 e il 41,4. Il contributo delle malattie del sistema cardiovascolare alla mortalità è in tendenziale aumento, in misura proporzionalmente maggiore nel caso delle donne.
Il tumore, inoltre, rimane una causa importante anche considerando la popolazione con età superiore ai 75: diventa la seconda causa di morte, determinando un numero di decessi pari rispettivamente, a 23,1 su 1.000 per gli uomini e a 11,5 su 1.000 per le donne.

3.4. Mortalità evitabile

La rilevazione della mortalità evitabile consente, di tracciare un quadro generale (anche se in modo indiretto) dello stato di salute della popolazione italiana.
Le morti che si sarebbero potute evitare, che vengono riferite alla parte di popolazione di età compresa fra i 5 e i 69 anni, con adeguati interventi di varia natura, risultano essere nel nostro Paese pari a 1,7 su 1.000 decessi maschili e a 0,7 su 1.000 femminili (mentre il valore maschile risulta essere minore a quello registrato nel triennio 1995-97, pari a 1,8 per 1.000, il dato femminile rimane invariato) (tav. 3.4.1.).
La Regione che registra la mortalità evitabile più alta riferita sia agli uomini che alle donne, è la Valle d'Aosta con rispettivamente 2,2 decessi su 1.000 e 0,8. I valori minori, invece, si rilevano nelle Marche, dove si riscontrano tassi di mortalità evitabile maschile e femminile, rispettivamente pari a 1,4 per 1.000 e a 0,6 per 1.000.
Dall'osservazione dei dati, con riferimento alla popolazione maschile, appare evidente come il numero di decessi, che si sarebbero potuti evitare, sia particolarmente elevato nelle regioni del Nord Italia, con un valore che tende a decrescere spostandosi verso il Sud. Nessuna particolare relazione fra ubicazione geografica e mortalità evitabile è invece evidente nel caso del contesto femminile.
La peculiarità geografica che presenta il dato maschile, è in larga misura determinata dalle morti causate da tumore (e in seconda istanza da malattie cardiovascolari), legate all'industrializzazione[2]. Analizzando le morti evitabili, si individuano in particolare quelle morti che non si sarebbero verificate con l'adozione di interventi adeguati sugli stili di vita, di prevenzione, di diagnosi precoce e terapia e di strutturazione e funzionamento dell'assistenza sanitaria. In particolare, con riferimento ai decessi che si sarebbero evitati con interventi adeguati di prevenzione primaria – sia per i maschi che per le femmine – si registrano valori più elevati nelle regioni del Nord, che tendono a decrescere spostandosi verso le regioni del Sud. In particolare, a fronte di valori medi nazionali dell' 1,1 per 1.000

2. Vedi Cap.1° "La classifica dello stato di salute in Italia".

e 0,3 per 1.000 di decessi evitabili, rispettivamente per uomini e donne, si rilevano per i primi un picco massimo nella Valle d'Aosta (1,6) e un valore minimo in Abruzzo (0,9); per quanto riguarda la realtà femminile, il valore maggiore lo si registra nel Friuli Venezia Giulia (0,4), mentre il valore minore è nella regione dell'Abruzzo (0,2).
Con riferimento alle morti causate da ritardi nella diagnosi precoce e nelle terapie, al contrario di quanto rilevato per la prevenzione primaria, il dato maggiormente critico è quello femminile (0,2 per 1.000 di media nazionale contro lo 0,02, sempre valore nazionale, degli uomini).
Ancora una volta la carenza si registra soprattutto nelle regioni settentrionali. Il valore più elevato di decessi femminili, determinato da questa causa si registra in Valle d'Aosta (0,3 su 1.000).
La mortalità che si sarebbe potuta evitare con interventi adeguati di igiene, di assistenza, con riferimento alla realtà femminile, presenta, invece, i valori più elevati nel meridione: il dato più critico è quello che si registra in Campania, pari a 26,8 per 100.000. Anche il dato più critico con riferimento agli uomini spetta alla regione Campania con 70,6 morti evitabili su 100.000 decessi. Il primato in senso positivo spetta nuovamente alla regione Marche con 45,7 per 100.000 relativo agli uomini e 12,9 per le donne.
Le grandi differenze geografiche che esistono per le donne, non si riscontrano per gli uomini.

3.5. Mortalità infantile

La mortalità infantile, individuando il numero di decessi nella popolazione di età compresa fra 0 e 4 anni, oltre ad essere un utile indicatore delle condizioni sanitarie del Paese, consente di "misurare" il complessivo livello di benessere di cui gode la popolazione. In Italia, il dato 1998, risulta lievemente inferiore a quello registrato nel triennio 1995-97, pur restando comunque elevato (5,5 per 1.000 nati vivi contro 5,8) (tav. 3.5.1.).
Ancora una volta si registra un forte divario tra le regioni del Sud e del Nord: tutte le regioni meridionali, infatti, ad eccezione del Molise (5,0), presentano tassi di mortalità infantile superiori alla media nazionale. Il valore più elevato si riscontra in Sicilia (7,9 per 1.000 nati vivi). Il primato positivo, invece, spetta alla provincia autonoma di Trento e alla regione del Friuli Venezia Giulia (entrambe con un valore pari a 3,2); valori inferiori alla media nazionale, si registrano, inoltre, nelle regioni del Veneto (4,0), Lombardia (4,1), Umbria (4,9), Valle d'Aosta (5,0), Emilia Romagna (5,0) e Toscana (5,0).
Più nel dettaglio, andando ad individuare le principali cause di mortalità infantile, emerge che quest'ultima è attribuibile soprattutto alle condizioni morbose di origine perinatale: il tasso medio nazionale corrispondente, infatti, risulta pari al 3,1 per 1.000 nati vivi. Forte appare il divario Nord-Sud: in tutte le regioni meridionali (ad eccezione del Molise) si registrano tassi superiori a quello medio nazionale. In particolare, il valore più elevato si registra in Sicilia, dove è pari al 4,8 per 1.000 nati vivi. I tassi di mortalità infantile più bassi, invece, si misurano nella provincia autonoma di Trento e nel Friuli Venezia Giulia, dove in entrambe misura 1,7 per 1.000 nati vivi.
Minor peso nella mortalità infantile, invece, hanno le malformazioni congenite, il cui valore medio nazionale è pari a 1,5 per 1.000 nati vivi. Anche in questo caso, i tassi più elevati si misurano al Sud, dove superano i 2,0 morti per 1.000

nati vivi nelle regioni del Molise e della Sicilia. I tassi di mortalità infantile dovuta alle malformazioni congenite più bassi si registrano, ancora una volta, nel Friuli Venezia Giulia e nella p.a. di Trento, dove risultano pari rispettivamente a 0,7 e a 0,9 per 1.000 nati vivi.
Analizzando la mortalità infantile (nei primi 5 anni di vita) mediante tassi standardizzati, emerge come la prevalenza dei decessi sia dovuta alle malformazioni congenite. Ancora una volta i valori tendenzialmente più elevati si registrano nel meridione, dove tutte le regioni, ad eccezione della Sardegna (89,8 per 100.000) e del Molise (82,9), mostrano un tasso superiore a quello medio nazionale (di 94,9 per 100.000).
Seguono per importanza le malattie del sistema cardiocircolatorio, con un tasso nazionale pari al 5,6 per 100.000 e quindi i traumatismi con 5,2 per 100.000. I tassi di mortalità standardizzati con riferimento alle malattie del sistema cardiocircolatorio, registrano il valore più elevato in Valle d'Aosta (13,3 per 100.000) e quello più basso in Puglia (3,9). Per quanto riguarda i traumatismi, invece, il tasso di mortalità standardizzato varia tra l'11,4 per 100.000 della p.a. di Bolzano e il valore prossimo allo zero della Valle d'Aosta.
Le grandi differenze geografiche esistenti per la mortalità causata da malformazioni congenite, non si riscontra né per quella causata da malattie del sistema cardiocircolatorio, né per quella dovuta a traumatismi.
Considerando nel complesso la mortalità standardizzata infantile (0-4 anni), si riscontra che, a fronte di un dato nazionale pari al 129,7 per 100.000, sono le regioni meridionali a presentare un valore più alto della media, con il primato negativo che spetta alla Sicilia (168,8 per 100.000); il tasso meno elevato, invece, si registra nella p.a. di Trento (71,8). Quest'ultima, insieme al Friuli Venezia Giulia (dove il tasso è pari all'81,9 per 100.000) è l'unica regione italiana che presenta un valore al di sotto dei 100 morti per 100.000.

3.6. Infortuni sul lavoro

Il quadro generale relativo al fenomeno degli eventi lesivi professionali, è utile per comprendere, non solo i rischi legati allo svolgimento dell'attività produttiva[3] ed i necessari interventi in termini di prevenzione ma anche, per le ricadute in ambito sanitario che scaturiscono dall'esistenza del rischio professionale.
Secondo i dati forniti dall'Istituto Assicuratore (Inail), gli eventi lesivi (invalidità temporanea e permanente) nel 1998, hanno colpito di più i lavoratori del Nord e del Centro Italia e in misura minore quelli del Sud. Il dato, come era lecito aspettarsi, è collegato alla capacità produttiva. Non deve però essere tralasciata l'evidenza che, sui dati relativi al rischio professionale, pesa la diversa configurazione della struttura produttiva (laddove è medio-piccola, mediamente, si verificano più incidenti a causa, delle minori misure di prevenzione adottate e dei minori controlli), nonché del mercato del lavoro, e dal differente peso dell'economia sommersa nelle varie Regioni, fattori questi, che possono incidere notevolmente sull'emersione degli infortuni sul lavoro.
A fronte di una media italiana di 78,4 invalidità permanenti e di 1.752,3 invalidità temporanee per 100.000 abitanti, le Regioni del Nord e del Centro presentano tutte, valori notevolmente superiori; la Regione più colpita, relativamente alle invalidità temporanee è l'Emilia Romagna con un valore di ben 3.157,8 casi per 100.000 abi-

3. Vedi, par. 3.2 "Contesto economico".

tanti; mentre relativamente ai casi di invalidità permanente, il maggior numero di casi si è verificato in Umbria, 186,0 per 100.000 abitanti. Le Regioni meno colpite sono, invece, la Campania, la Calabria e la Sicilia (tav. 3.6.1.).
Distinguendo l'infortunio in base alle classi di età dei lavoratori, risulta che la fascia compresa tra i 30 ed i 49 anni è quella più colpita sia in riferimento all'invalidità temporanea (834,7 casi per 100.000 abitanti) che all'invalidità permanente (37,9), mentre la popolazione più anziana (50 e più) si infortuna meno rispetto a quella più giovane (15-30 anni) ma è più colpita dagli infortuni con gli esiti più gravi, le invalidità permanenti sono infatti, pari a 28,0 per 100.000 abitanti a fronte di una media di 12,4 della fascia d'età più giovane.

3.7. Malattie infettive

Pur nei limiti della carenza di informazioni a livello nazionale, è possibile ricavare alcune importanti indicazioni sullo stato di salute della popolazione attraverso l'analisi delle evidenze statistiche relative alle malattie infettive ed ai ricoveri per i diversi livelli di assistenza.
In particolare sono stati analizzati, per l'anno 1998, i dati regionali relativi alle patologie infettive soggette a notifica obbligatoria, suddividendo la categoria dei bambini (0-14 anni) da quella degli adulti (14 anni e oltre). Si rileva come, tuttavia, tali dati risultino notoriamente poco attendibili, per effetto del meccanismo di notifica, e come una diretta conseguenza sia l'elevata variabilità fra le unità di osservazione dei relativi indicatori.
Con le premesse citate, per quel che concerne i bambini (tav. 3.7.1.) i casi di malattie infettive registrati a livello nazionale risultano pari a 1.642 per 100.000 residenti (meno della metà del dato nazionale relativo al 1997, pari a 2.625 per 100.000), con una elevatissima variabilità a livello regionale: si oscilla tra i 200 casi rilevati in Liguria ed i 5.411 della provincia autonoma di Trento. In generale, si può rilevare come nelle regioni settentrionali il numero di casi registrati non scenda mai al di sotto dei 1.400 (ad eccezione della Liguria alla quale, come visto, spetta il primato del numero minore di casi). Di contro, nelle regioni meridionali della Penisola italiana si evidenziano valori inferiori: non si sale mai sopra i 750 casi (ad eccezione della Sardegna, in cui si rilevano 1.498 casi per 100.000 residenti).
Il dato relativo alle patologie infettive a carico degli adulti risulta molto meno incidente: mediamente, in Italia sono stati, infatti, registrati "solo" 118 casi per 100.000 abitanti (erano 147 per 100.000 nel 1997), con una punta massima nella provincia autonoma di Bolzano (351 per 100.000) ed una minima ancora in Liguria (21 casi per 100.000 residenti). Con riferimento alla popolazione adulta, il divario tra il Nord ed il Sud è molto più limitato, anche se nel meridione si registra, comunque, un numero leggermente minore di casi.

3.8. Gestione finanziaria del Ssn

Dati non disponibili

3.9. Posti letto e ricoveri del Ssn

Il Ssn si avvale sia delle proprie strutture suddivise in Ospedali delle Aziende Usl

e Aziende ospedaliere, i quali costituiscono gli Ospedali Pubblici, sia degli Istituti privati accreditati. I posti letto disponibili per aree assistenziali sono distinti in specialità di base, terapia intensiva, specialità ad elevata assistenza e specialità a media assistenza (tavv. 3.9.1., 3.9.2. e 3.9.3.).

Nel corso degli ultimi dieci anni si sono avuti significativi cambiamenti nella consistenza complessiva dei posti letto: nel 1998, anno di riferimento della nostra analisi, la disponibilità totale dei posti letto a livello nazionale è di 509,6 per 100.000 abitanti. L'offerta di posti letto negli negli Ospedali Pubblici (ospedali delle Aziende Usl e Aziende Ospedaliere) ammonta a 414,1 per 100.000 abitanti e la quota di posti letto nelle sole Aziende Ospedaliere è del 43,7 per cento. Negli Istituti privati accreditati sono presenti 95,5 posti letto per 100.000 abitanti pari al 18,7 per cento di tutto l'ammontare.

L'offerta totale di posti letto tra le regioni appare piuttosto disomogenea con il valore massimo nella p.a. di Trento 652,9 e minimo nella regione Campania con appena 411,5 letti per 100.000 abitanti. Quasi tutte le regioni del Nord e del Centro presentano valori superiori o in linea al dato medio nazionale (509,6 per 100.000 abitanti) tranne la Valle d'Aosta (418,1) e l'Umbria (429,1), mentre tra le regioni del Sud solo l'Abruzzo (616,3), il Molise (533,1) e la Puglia (511,4) hanno valori superiori a quello medio nazionale.

Per quanto concerne la quota di posti letto presenti nelle Aziende ospedaliere il panorama, a livello regionale, appare notevolmente diversificato. Per prima cosa va sottolineato che quattro regioni (Valle d'Aosta, le province autonome di Trento e Bolzano e l'Abruzzo) sono prive di Aziende Ospedaliere; in altre regione, invece, la percentuale di posti letto nelle Aziende Ospedaliere supera il 50,0 per cento dell'ammontare complessivo riferito agli Ospedali Pubblici: Lombardia 87,4 per cento, Friuli Venezia Giulia 63,1 e Sicilia 61,7 per cento. Tale fenomeno può essere spiegato dalla conversione, in questi ultimi anni, di ospedali Aziende Usl in Aziende Ospedaliere.

Anche l'offerta di posti letto del Ssn che passa attraverso le strutture Private Accreditate mostra consistenti oscillazioni tra le regioni, il dato più alto si registra nella regione Lazio 215,9 di posti letto, seguita dall'Abruzzo (167,6), dalla Calabria (158,3) e dall'Emilia Romagna (131,7). La presenza minore di offerta Privata Accreditata si trova nella regione Basilicata con appena il 9,9 posti letto e in Liguria 14,5 posti letto per 100.000 abitanti.

Proseguendo l'analisi per area assistenziale (tav. 3.9.2.), nella medicina di base, dove afferiscono numerose specialità, appartengono la maggior parte dei letti (343,6) complessivamente disponibili. L'85,4 per cento (pari a 293,6 posti letto per 100.000 abitanti) si trova negli Ospedali Pubblici e la quota di posti letto nelle Aziende Ospedaliere è solo il 39,2 per cento; il restante 14,6 per cento del totale dei posti letto è situato negli Istituti Accreditati (50,0 ogni 100.000 abitanti). La realtà regionale, per l'offerta di posti letto per la medicina di base, presenta una certa omogeneità con alcuni picchi superiori o inferiori al valore medio nazionale; il Friuli Venezia Giulia si conferma al primo posto per il maggior numero di letti disponibili, ben 435,9 per 100.000 abitanti, la regione Campania, all'ultimo con 259,1 letti. La Lombardia è, invece, quella che possiede la maggior parte di letti di medicina di base nelle Aziende Ospedaliere (86,2 per cento).

Il numero di posti letto per la terapia intensiva è pari a 13,3 per 100.000 abitanti, a livello nazionale, e rappresenta appena il 2,6 per cento dell'offerta totale. Tale ammontare si concentra negli Ospedali Pubblici (12,8 posti letto per 100.000 abitanti) e la quota di posti letto contenuta nelle Aziende Ospedaliere rappresenta il 52,3 per cento. Nella maggior parte delle regioni italiane, non risultano posti

letto di terapia intensiva negli Istituti privati accreditati, le uniche dotate sono: la Lombardia (1,4), la Liguria (0,7), l'Emilia Romagna (0,3), il Lazio (1,8), la Campania (0,4), la Puglia (0,2) e la Sicilia (0,6).
Per quanto riguarda le specialità ad elevata assistenza la dotazione complessiva, a livello nazionale, è nettamente superiore (22,8 posti letto per 100.000 abitanti) rispetto ai posti letto per la terapia intensiva. Il 95,2 per cento dei posti letto di questa specialità si trova negli Ospedali Pubblici (21,7 per 100.000) concentrati maggiormente nelle Aziende Ospedaliere (68,2 per cento dei posti letto degli Ospedali Pubblici) e, anche in questo caso, solo in minima parte il Servizio sanitario nazionale si avvale degli ospedali degli Istituti privati accreditati: 1,1 posti letto per 100.000 abitanti, e non in tutte le regioni italiane. Tra le regioni maggiormente dotate di psoti letto per la specialità elevata assistenza, spiccano la Basilicata (34,1), la Valle d'Aosta (29,2) e la Puglia (28,0); il valore più basso nella p.a. di Bolzano: appena 12,6 posti letto per 100.000 abitanti.
Per la specialità a media assistenza sono dedicati un numero di posti letto a livello nazionale pari a 71,7 per 100.000 residenti. La suddivisione dell'offerta nelle due strutture erogatrici, Ospedali Pubblici e Istituti Privati Accreditati, mette in evidenza come nei primi confluiscano l'84,9 per cento dei posti letto: 60,9 per 100.000 residenti (il 57,8 per cento di posti letto è fornito dalle Aziende Ospedaliere), il rimanente 15,1 per cento è ubicato negli Istituti privati accreditati (10,8 per 100.000 residenti). A livello regionale la più dotata di posti letto è la Valle d'Aosta (90,1) concentrati nei soli Ospedali Pubblici; seguono la regione Puglia (87,8), la Lombardia con 86,0 posti letto. Valori di gran lunga inferiori al dato nazionale (71,7 posti letto per 100.000 abitanti) per questa specialità di trovano in Toscana (49,0), Basilicata (49,6) e Molise (51,0). Negli Ospedali Pubblici, poi, le variazioni dei posti letto rispetto alla media nazionale (60,9) mostrano un'Italia divisa in due, da una parte le regioni con valori superiori o in linea al dato medio nazionale come Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, p.a. Bolzano, Veneto, Liguria, Marche, Abruzzo, Puglia e Sicilia, le rimanenti regioni presentato valori, a volte significativamente, inferiori al dato nazionale.
L'analisi della situazione dei posti letto riferita alla riabilitazione e lungodegenza[4] la cui disponibilità complessiva è pari a 58,2 posti letto per 100.000 abitanti, mostra un panorama del tutto diverso da quello fin qui esposto. Infatti, i posti letto per questa area assistenziale appartengono per il 57,0 per cento agli Istituti privati accreditati (33,1), il restante 43,0 per cento, pari a 25,1 posti letto per 100.000, agli Ospedali Pubblici, in questo caso la quota di posti letto nelle Aziende Ospedaliere è solo del 37,5 per cento. La regione Lazio (158,2) è quella più dotata di posti letto, forniti principalmente dagli Istituti privati accreditati (135,1), segue la p.a. di Trento (153,5) i cui posti letto sono distribuiti piuttosto uniformemente tra gli Ospedali Pubblici (79,8) e gli Istituti privati accreditati (73,7). La regione, nella quale la dotazione complessiva di posti letto per la riabilitazione e lungodegenza risulta essere più bassa, è l'Umbria con appena 7,2 posti letto per 100.000 abitanti.
Il tasso di utilizzazione dei posti letto, detto anche indice di occupazione media, è uno degli indicatori che permettono di misurare l'attività dei servizi ospedalieri. Va subito evidenziato che tale tasso, riferito a tutte le aree assistenziali, ha registrato a livello nazionale un valore pari a 76,4 per cento, superiore a quello previsto dalla normativa nazionale, che è del 75,0 per cento. Diversificata appare la situazione in tutto il Paese, ben 5 regioni hanno valori superiori all'80 per cento:

4. Ricordiamo che il D.lgs 502/92 e successivi stabilisce 1 posto letto ogni 1.000 abitanti

Piemonte (81,7), Valle d'Aosta (84,5), Veneto (80,9); mentre il dato peggiore si registra nel Friuli Venezia Giulia (66,0) seguito dalla Basilicata (70,4) e dalla Sardegna (71,4).
Nell'analisi, relativa sempre alla totalità delle aree assistenziali, distinta per tipologia di struttura, la maggiore utilizzazione si riscontra nelle Aziende ospedaliere con il 79,1 per cento, seguono gli ospedali delle Asl 76,3 per cento e per ultimi gli ospedali degli Istituti privati accreditati 71,5 per cento. Tra questi ultimi, due sono le regioni con valori superiori al 90 per cento: rispettivamente la p.a. di Trento 93,3 per cento (il tasso più alto d'Italia) e il Piemonte con 91,2 per cento. Il valore più basso, negli Istituti privati accreditati, si registra in Liguria, 40,6 per cento.
Nelle Aziende Ospedaliere troviamo il dato eccezionale della regione Molise, il cui tasso di utilizzazione misura 99,3 per cento.
Considerando le diverse tipologie di assistenza, la specialità di base ha un tasso di utilizzazione medio nazionale del 74,7 per cento con valori di massimo e di minimo pari rispettivamente a 89,8 nella Valle d'Aosta e 64,4 nel Friuli Venezia Giulia. Tra le strutture, le Aziende Ospedaliere raggiungono il valore più alto 78,7 per cento, mentre gli ospedali delle Asl hanno un tasso di utilizzazione pari a 75,9 per cento, seguono gli Istituti privati accreditati che utilizzano le proprie strutture solo per il 60,7 per cento, valore che scende fino al 33,9 in Liguria (tav. 3.9.5.).
Per la terapia intensiva il tasso di utilizzazione totale ha un valore medio nazionale pari a 79,0 per cento, con un picco pari a 86,2 riferito alla regione Lazio. Anche per questa tipologia assistenziale le Aziende Ospedaliere risultano essere quelle che meglio utilizzano i propri posti letto, il valore del tasso a livello nazionale è 82,6 per cento; inferiore il dato di questo tasso registrato negli Ospedali delle Asl (75,7). In sole sette regioni gli Istituti privati accreditati hanno posti letto per la terapia il cui tasso di utilizzazione a livello medio nazionale è 71,0 per cento.
L'area specialità a elevata assistenza ha un tasso di utilizzazione totale del 75,0 per cento, che rispecchia la normativa vigente. Quello relativo agli ospedali delle Asl risulta, invece, inferiore rispetto a quello medio nazionale totale e misura 69,7 per cento; mentre le Aziende Ospedaliere hanno un tasso pari al 75,9 per cento; gli Istituti privati accreditati registrano un tasso pari a 96,2 per cento; in questo tipo di strutture sono emersi alcuni dati anomali relativi proprio al tasso di utilizzazione, in particolare alcune regioni hanno riportato i seguenti valori: Piemonte 210,9 per cento, la Sicilia 141,4 per cento e l'Emilia Romagna il 120,8 per cento.
Per la Specialità media assistenza il valore nazionale complessivo è 76,3 il valore più basso riscontrato, tra le regioni, misura 68,3 per cento che appartiene al Friuli Venezia Giulia; il più alto, insieme alla Valle d'Aosta (85,0 per cento) è quello del Veneto con 83,8 per cento.
In linea con il valore medio nazionale totale sono sia gli Ospedali delle Asl sia le Aziende Ospedaliere (rispettivamente 76,7 per cento e 79,3 per cento), solo gli Istituti privati accreditati evidenziano un valore nazionale inferiore, pari al 65,5 per cento.
Il tasso di utilizzazione dei posti letto per la riabilitazione e lungodegenza, risente, anche, del basso ammontare dei posti letto, e risulta essere il più alto rispetto a quelli delle altre aree assistenziali e tra le strutture solo gli Ospedali delle Asl (82,4 per cento) hanno un tasso inferiore al dato nazionale, le Aziende Ospedaliere sono in linea con il dato nazionale (86,1). Gli Istituti privati accreditati hanno un tasso di utilizzazione superiore al dato nazionale pari a 88,9 per cento, nella Liguria il valore si attesta, invece, a 33,6 per cento.

Importanti indicazioni scaturiscono anche dall'analisi dei dati sui ricoveri per differenti livelli di assistenza, in particolare sulla differente gravità delle patologie per cui si è reso necessario il ricovero in strutture ospedaliere. Anche in questo caso, però, si ritiene opportuno avvertire circa la mancanza di attendibilità di tali dati, i quali potrebbero rivelarsi una conseguenza della classificazione dei posti letto stilata a livello regionale, anziché un'esatta e preziosa fonte d'informazione circa la reale gravità delle malattie.
Come mostra la tavola 3.9.7., valutando il numero di ricoveri in terapia intensiva e specialità ad elevata assistenza, in rapporto a quelli in specialità a media assistenza e di base, si ricava un indice di complessità dei casi trattati pari, a livello nazionale, al 7,6 per cento (6,7 per cento nel 1997); il picco massimo si rileva in Campania (10,6 per cento), mentre quello minimo si registra nella provincia autonoma di Trento (3,8 per cento). In media, la divergenza tra il Nord ed il Sud del Paese è davvero molto limitata.
Per quanto concerne i ricoveri in riabilitazione, lungodegenza e psichiatria a livello nazionale essi rappresentano il 4,2 per cento dei ricoveri ospedalieri totali: A livello regionale, si oscilla tra il valore minimo dell'Umbria (1,0 per cento) e quello massimo rilevato nella provincia autonoma di Trento (14,2 per cento). Mediamente, nell'Italia meridionale le percentuali risultano leggermente inferiori rispetto al resto del Paese, sia pur con le dovute eccezioni (ad esempio, si è già visto come la percentuale più bassa si trovi in una regione del Centro), anche perché la variabilità tra le varie regioni, per i motivi di cui è già stato riferito, è molto accentuata.

3.10. Le risorse del Ssn: il personale

La risorsa personale ha carattere strategico nel settore sanitario, sia perché esso è contraddistinto dalla fornitura di servizi alla persona fortemente "*labour intensive*" sia per il contributo che fornisce all'occupazione nazionale: il numero totale di dipendenti del Ssn, senza considerare l'indotto, risulta pari a 108,9 per 10.000 abitanti. Le Regioni che contribuiscono maggiormente all'occupazione sanitaria sono la Valle d'Aosta (1,5 per cento), la p.a. di Bolzano (1,5 per cento) e il Friuli Venezia Giulia (1,4 per cento); di contro il numero di dipendenti del Lazio (0,9 per cento) e della Campania (0,9 per cento) non raggiungono neanche l'1,0 per cento della popolazione nazionale (tav. 3.10.1.).
In generale, quindi, risulta che le regioni del Centro Nord Italia mostrano un rapporto più elevato tra il numero totale di dipendenti il Ssn e la popolazione, con la sola eccezione del Lazio. A livello di dotazione complessiva di personale medico dipendente del Ssn, la situazione è tendenzialmente diversificata tra Nord e Sud del Paese. Le Regioni del Centro-Nord Italia presentano, in totale, una disponibilità di medici per 10.000 abitanti maggiore del dato medio nazionale (17,2), con le punte più alte in Umbria (22,1 medici per 10.000 abitanti), Emilia Romagna (19,3), Valle d'Aosta (19,1) e Piemonte (18,8). I valori minimi interessano, di contro, le Regioni del Sud: Puglia (14,5) e la Basilicata (15,3 medici per 10.000 abitanti); fanno eccezione il Molise e la Sardegna con 20,1 e 21,7 medici per 10.000 abitanti. Per quanto concerne la composizione dell'occupazione, intesa come distribuzione fra Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie Locali, del totale nazionale dei medici, 5,8 per 10.000 abitanti operano in presidi classificati come Aziende Ospedaliere, mentre 11,5 sono impiegati nelle Aziende Sanitarie Locali. A livello delle singole Regioni, si passa dal massimo di 20,1 medici impie-

gati nelle Asl del Molise al minimo di 3,3 della Lombardia; di contro i medici occupati nelle Aziende Ospedaliere, passano da 11,4 per 10.000 abitanti in Lombardia a 0,0 nelle p.a. di Trento e Bolzano, in Lombardia, Abruzzo e Molise[5] (tav. 3.10.1.). Per quanto concerne la dotazione complessiva della risorsa infermieristica (52,5 infermieri per 10.000 abitanti), si evidenzia una certa variabilità dei dati relativamente alle Regioni italiane del Nord e del Sud.

Al Nord, in particolare, si registra ancora una volta la più elevata disponibilità di personale sanitario, in questo caso infermieristico: 75,2 infermieri per 10.000 abitanti in Friuli Venezia Giulia e 71,7 nella p.a. di Bolzano, a fronte dei 38,6 in Sicilia e dei 40,8 in Campania.

Il settentrione è anche caratterizzato da una disponibilità totale di infermieri per medico superiore al dato medio nazionale (3,0), con le punte più consistenti che interessano il Friuli Venezia Giulia e la p.a. di Bolzano (4,2 infermieri per medico in totale). La statistica è confermata anche dai dati concernenti il numero di infermieri per medico nelle Aziende Ospedaliere: 4,5 infermieri per medico in Veneto e 4,2 in Friuli Venezia Giulia, a fronte dei 3,2 a livello nazionale. Anche con riferimento alle Aziende Sanitarie Locali, la p.a. di Bolzano ed il Friuli Venezia Giulia registrano un numero di infermieri per medico (4,2) maggiore della media nazionale (3,0). Viceversa, le Regioni del Sud Italia toccano i livelli minimi nazionali: la Calabria dispone in totale di 2,4 infermieri per medico, la Sardegna appena di 2,1 (tav. 3.10.1.).

L'altro personale, che comprende dirigenti sanitari non medici, dirigenti del ruolo tecnico, personale non dirigente del ruolo sanitario con l'esclusione degli infermieri, tutto il personale non dirigente del ruolo tecnico e ruolo professionale, è circa pari a 39,2 dipendenti per 10.000 abitanti nel Paese, con una leggera prevalenza al Nord. In generale, i valori minimi interessano il Lazio (32,2) e la Campania (33,2) mentre il massimo si registra in Valle d'Aosta (62,5 dipendenti per 10.000 abitanti).

Particolare attenzione merita l'analisi dei dati relativi alla remunerazione del personale dipendente del Ssn, che nonostante sia regolata dai contratti nazionali di categoria, risulta significativamente variabile tra le diverse Regioni, con la tendenza generale che vede i medici ed i dirigenti non medici meglio retribuiti nelle Regioni del Nord Italia.

La retribuzione lorda media mensile dei medici dipendenti del Ssn è pari a 8,8 milioni di lire a livello nazionale; i valore medi più alti si registrano nelle p.a. di Bolzano e di Trento (14,6 milioni e 10,6 milioni) e in Valle d'Aosta con 10,3 milioni, mentre quelli più bassi (8,1 milioni di lire) sono imputabili alla Sicilia, alla Sardegna e all'Abruzzo. Il differenziale regionale nella retribuzione lorda media è da imputare in maniera considerevole alla quota variabile del salario. Mentre in Abruzzo e in Liguria rappresenta solo l'1,1 per cento e l'1,2 per cento delle retribuzioni, in Piemonte sale al 7,2 per cento e nella p.a. di Bolzano arriva al 36,4 per cento, il che permette di spiegare la maggiore remunerazione media complessiva dei medici della Provincia.

Considerando la situazione retributiva lorda dei dirigenti non medici, il dato medio nazionale (6,8 milioni di lire) è superato da quasi tutte le Regioni del Centro Nord Italia, con l'eccezione della Liguria (6,7), Umbria (6,2) e Lazio (6,7). Per quanto riguarda la quota di salario variabile dei dirigenti non medici, essa risulta mediamente più elevata di quella percepita dai medici: 11,0 a fronte del 7,2 per cento in Piemonte, 6,8 a fronte del 4,7 per cento in Toscana e 6,4 a fron-

5. Ovviamente dipenderà dalle politiche regionali di classificazione dei presidi.

te del 5,2 per cento in Basilicata; fanno eccezione la Valle d'Aosta (0,3 per cento dei dirigenti non medici a fronte del 3,3 per cento dei medici) e p.a. di Bolzano (30,7 per cento a fronte del 36,4).
Il restante personale, che comprende gli infermieri, presenta una retribuzione media mensile di circa 3,2 milioni a livello nazionale, corrisposta in maniera piuttosto omogenea in tutte le Regioni. Si registrano i valori massimi in Valle d'Aosta (3,5), nella p.a. di Bolzano (3,7) e in Puglia (3,5), mentre la Sardegna (3,0), il Friuli (3,0) e la Liguria (3,1) scendono al disotto del dato medio nazionale. In questo caso la quota variabile della retribuzione infermieristica registra una notevole diversificazione regionale: si passa dal 12,4 per cento della p.a. di Bolzano al 2,6 per cento della Calabria, fino ad arrivare al minimo del 2,3 per cento in Abruzzo. Ancora una volta i dati più consistenti riguardano il Centro Nord (tav. 3.10.2.).
Passando ad esaminare la composizione della quota variabile della retribuzione del personale medico e dei dirigenti non medici, si osserva come gli straordinari abbiano sostanzialmente perso di importanza economica a favore di altre forme di incentivo. Infatti, relativamente al personale medico i dati del Piemonte (0,58 a fronte del 0,07) e della p.a. di Bolzano (4,62 a fronte del 0,71), ed in generale di tutte le regioni settentrionali, evidenziano una elevata incidenza degli incentivi rispetto agli straordinari; la statistica si inverte in alcune regioni meridionali quali l'Abruzzo (0,02 contro 0,07), la Puglia (0,07 contro 0,15) e la Sardegna (0,05 a fronte di 0,19).
La stessa situazione si verifica anche per i dirigenti non medici, con le punte massime registrate ancora una volta nella p.a. di Bolzano (3,06 contro 0,19) e in Piemonte (0,84 a fronte di 0,01).
Anche il personale infermieristico è sempre meno interessato dallo straordinario e sempre più ad altre forme di incentivo, come mostrano i dati regionali. I dati più rilevanti interessano: per il Nord la p.a. di Bolzano (0,43 a fronte di 0,03 di straordinari) e la Valle d'Aosta (0,24 contro 0,05); per il Sud, la Campania con 0,27 a fronte dello 0,08 (tav. 3.10.3.).
Soltanto l'Umbria, l'Abruzzo, la Puglia, la Calabria e la Sardegna presentano una tendenza inversa, seppur minima.

3.11. Le funzioni del Ssn: la medicina di base

La medicina di base è assicurata sul territorio dalla rete dei medici di medicina generale e dai pediatri di base con una copertura, a livello nazionale, di 1.035 adulti per medico di base e di 1.202 bambini (tra zero e 14 anni) per pediatra.
Relativamente ai medici di base, il carico minore per medico, risulta nella regione Umbria in cui il rapporto tra adulti per medico è appena di 879, la seguono il Lazio con 932 adulti per medico, la Basilicata (980) e la Calabria (983). Di contro, le province di Bolzano e Trento presentano valori molto superiori alla media italiana (tav. 3.11.1.). Per quanto riguarda i medici pediatri il servizio di medicina di base il carico minore di assistiti è, nuovamente, in Umbria (883 bambini per medico pediatra), in Liguria (946) e in Emilia Romagna (955). Una forte carenza di pediatri si registra nella provincia di Bolzano dove ci sono ben 2.164 bambini per medico pediatra e in Campania dove il rapporto risulta pari a 1.699.
Per quanto concerne l'attività prescrittiva, il numero medio di ricette per abitante, risulta, a livello nazionale, pari a 5,3, con un importo medio di 46.294 lire. A livello regionale si osserva una certa variabilità, è comunque possibile evidenziare che le regioni del Nord presentano, mediamente rispetto a quelle del Centro-sud, un

numero medio di ricette inferiore ma di maggiore importo (tab. 3.11.1.); tra le regioni con il numero medio di ricette prescritte minore vi sono la p.a di Bolzano (3,6), la p.a di Trento (4,0) e Lombardia (4,5); quelle in cui tale numero è più alto, invece: Umbria (6,3), Marche (5,9) e Campania (5,9).

3.12. La spesa farmaceutica convenzionata 2000

L'andamento della spesa farmaceutica pubblica evidenzia come nel 2000 essa sia aumentata in tutte le regioni con incrementi percentuali rispetto al 1999 che variano tra il 18,3 per cento registrato nel Lazio e il 10,8 per cento misurato in Umbria (tav. 3.12.1.).
Le Regioni con un minore incremento della spesa sono l'Umbria (10,8 per cento), le Marche (12,6 per cento) e la p.a. di Trento (13,4 per cento).
Complessivamente, si nota che i maggiori incrementi sul territorio nazionale della spesa farmaceutica pubblica si sono registrati nelle regioni meridionali; si segnalano in particolare, la Basilicata (18,2 per cento) e la Sardegna (17,8 per cento). Corrispondentemente anche l'incremento percentuale del numero di ricette è maggiore nel Mezzogiorno. Le ricette sono aumentate in percentuali non inferiori al 5,3 per cento (valore minimo registrato nella p.a. di Bolzano), e gli incrementi più elevati si registrano in Calabria (incremento percentuale pari a 10,6 per cento), Puglia (9,1 per cento) e Basilicata (8,8 per cento).
L'analisi della spesa farmaceutica a carico del Ssn conferma la tendenza, già registrata nel triennio precedente (vedi edizione 2000 di Prometeo), ad una profonda differenziazione fra le regioni. Complessivamente si evidenzia un volume di spesa farmaceutica pubblica al netto del ticket di oltre 16.000 miliardi di lire, pari a 293.428 lire pro-capite (tav. 3.12.2.).
La quota di spesa farmaceutica pro-capite al netto del ticket più elevata si registra nella Liguria dove è pari a 335.953 lire, immediatamente seguita dal Lazio (dove è pari a 335.000 lire circa). La spesa pro-capite effettiva meno elevata (214.000 lire circa) si registra, invece, nella p.a. di Trento. In generale, i valori riscontrati nelle regioni settentrionali, appaiono più bassi; infatti, in queste regioni, i livelli di spesa netta pro-capite si mantengono sempre inferiori al valore medio pro-capite nazionale (293.400 lire circa), ad eccezione del già ricordato picco della Liguria.
Considerando la spesa farmaceutica al lordo del ticket, la somma complessiva che fa capo al Ssn supera i 19.000 miliardi di lire.
I valori più elevati si registrano nuovamente in Liguria e nel Lazio (rispettivamente pari a 385.415 lire e a 385.184 lire), contro un valore medio nazionale di 336.481 lire; il più basso ammontare di spesa lorda pro-capite, inoltre, lo si registra ancora nella p.a. di Trento (244.858 lire).
Il confronto tra le diverse spese pro-capite regionali e lo scostamento dalla media nazionale può essere più correttamente effettuato utilizzando una popolazione pesata, tenendo quindi presente che il dato di spesa può essere distorto dalla diversa composizione per età della popolazione.
Considerando la spesa lorda pro-capite pesata, cambiano quasi tutte le posizioni regionali: la Campania diventa la regione con la spesa lorda pro-capite più elevata (424.200 lire circa), al posto della Liguria (prima nella classifica basata sulla spesa lorda effettiva), che va ad occupare il nono posto con 334.100 lire (quest'ultima regione è quella che vede con l'utilizzo della popolazione pesata, "rivoluzionare" maggiormente la propria posizione all'interno della classifica della

spesa lorda pro-capite). Si invertono, rispetto alla classifica basata sulla spesa lorda pro-capite effettiva, la Sicilia e il Lazio, occupando rispettivamente la seconda e la terza posizione. La regione che presenta il valore minore rimane la p.a. di Trento con 245.625 lire.

Utilizzando nella determinazione della spesa lorda pro-capite la popolazione pesata, le regioni dell'Italia centro-meridionali rimangono comunque quelle nelle quali si registrano i valori più elevati (fa eccezione la Liguria).

Il ticket presenta una incidenza nazionale in termini percentuali pari all'8,7 per cento, facendo registrare ancora una volta forti variazioni fra le regioni. In particolare, l'incidenza percentuale del ticket sulla spesa farmaceutica lorda presenta il suo valore più elevato in Emilia Romagna (dove è pari a 10,0 per cento). La Liguria, invece, prima nella graduatoria della spesa farmaceutica pro-capite effettiva, presenta un grado di incidenza del ticket (pari a 8,6 per cento) di poco al di sotto di quello medio nazionale. Le compartecipazioni minori sono il 7,8 per cento registrato sia in Puglia sia in Calabria e il 7,9 per cento della Campania, in corrispondenza, evidentemente, di un maggior numero di cittadini che sono esentati dal pagamento del ticket.

Andando ad analizzare il rapporto tra la spesa farmaceutica lorda a carico del Ssn e la spesa complessiva per farmaci in classe A e B (acquistati in farmacia), si riscontrano dei dati anomali in alcune regioni. A parte il caso della Basilicata dove, la spesa farmaceutica pubblica risulta addirittura maggiore di quella complessiva per farmaci di classe A e B, almeno in altre tre regioni (Campania, Calabria e Puglia) si riscontra un valore particolarmente elevato di tale rapporto, prossimo all'unità (tav. 3.12.3.).

L'anomalia dei dati si ravvisa nel fatto che il 30 per cento circa dei farmaci appartenenti alle classi A e B è soggetto a note prescrittive che ne limitano l'erogazione gratuita e che in tutte le regioni si riscontra comunque la presenza di una percentuale significativa di prescrizioni al di fuori del Ssn, per le quali, quindi, il cittadino paga direttamente il farmaco in farmacia.

TAVOLA 3.1.1. Contesto demografico

Regioni	Popolazione residente (a) Maschi	Femmine	Totale	Indice di vecchiaia (b)	Indice di dipendenza (c)	Tasso mortalità (d)	Tasso di natalità (e)
Piemonte	2.080.370	2.209.376	4.289.746	167,7	46,6	11,6	8,1
Valle d'Aosta	59.180	60.622	119.802	145,7	44,6	10,5	9,1
Lombardia	4.367.875	4.641.058	9.008.932	130,7	42,8	9,8	9,0
p.a. Bolzano	225.793	232.736	458.529	88,1	47,0	8,2	11,9
p.a. Trento	228.310	240.089	468.399	121,2	47,9	9,9	10,4
Veneto	2.180.668	2.297.691	4.478.358	131,7	44,1	9,6	9,3
Friuli Venezia Giulia	567.296	616.989	1.184.285	188,3	47,0	12,5	7,6
Liguria	775.987	861.199	1.637.186	235,7	52,8	13,6	6,8
Emilia Romagna	1.913.308	2.040.128	3.953.436	196,9	48,7	11,8	7,7
Toscana	1.699.532	1.828.402	3.527.933	187,8	49,5	11,9	7,6
Umbria	403.347	428.848	832.195	177,5	51,9	11,7	7,7
Marche	706.470	746.694	1.453.164	161,4	51,2	11,1	8,4
Lazio	2.532.307	2.716.562	5.248.868	115,9	44,6	9,4	8,8
Abruzzo	621.811	654.874	1.276.685	132,1	51,5	10,2	8,7
Molise	160.710	168.727	329.437	132,9	54,1	10,9	8,6
Campania	2.828.384	2.966.356	5.794.739	67,1	49,1	8,3	12,0
Puglia	1.991.576	2.096.669	4.088.245	82,5	47,7	8,3	10,6
Basilicata	300.195	308.897	609.092	101,6	51,3	9,3	9,4
Calabria	1.017.350	1.050.505	2.067.855	87,8	51,0	8,9	10,1
Sicilia	2.481.787	2.621.364	5.103.151	85,1	51,8	9,4	10,8
Sardegna	816.878	841.072	1.657.950	97,7	42,5	8,7	8,0
Italia	**27.959.131**	**29.628.854**	**57.587.984**	**120,6**	**47,3**	**10,0**	**9,3**

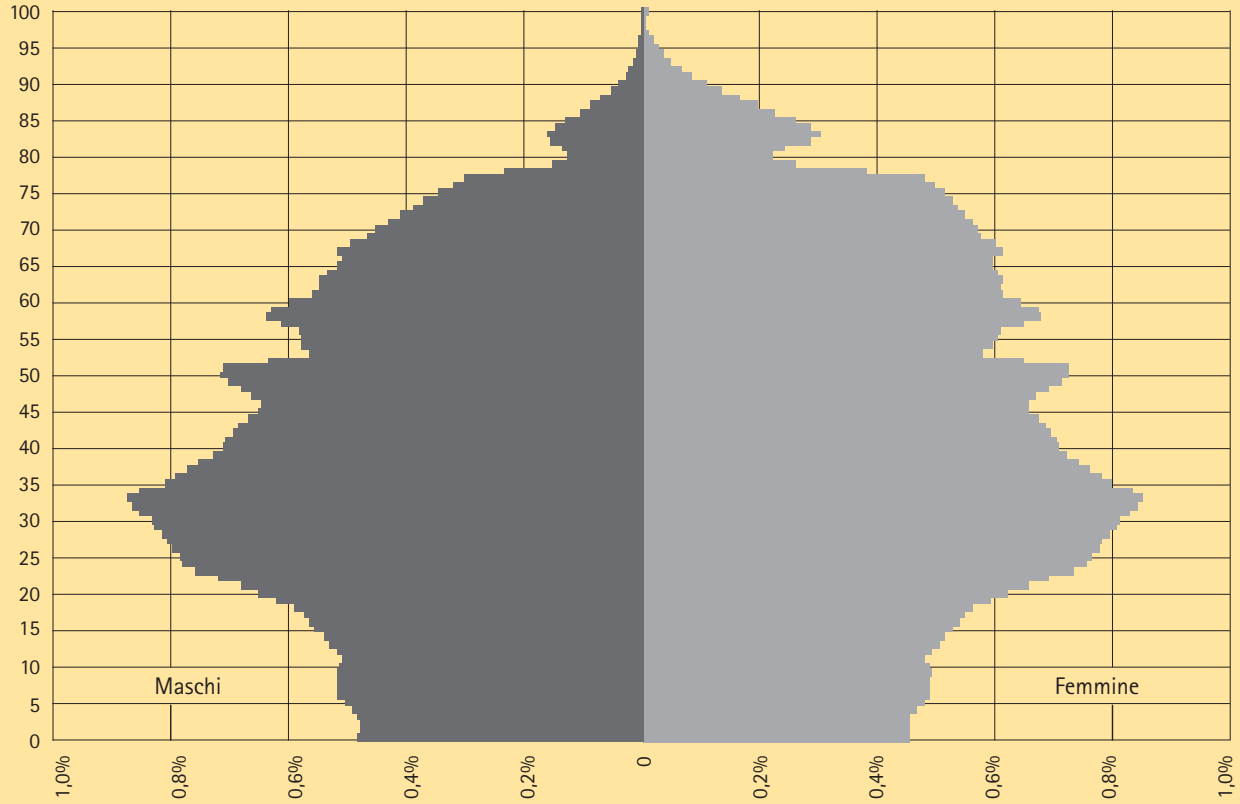
Regioni	Bimbi x donna feconda (f)	Numero medio di componenti la famiglia (g)	Tasso migratorio h)	Quota Popolazione giovane (i)	Quota Popolazione Adulta (l)	Quota Popolazione anziana (m)
Piemonte	19,6	2,4	2,7	11,9	68,2	19,9
Valle d'Aosta	20,6	2,3	4,7	12,6	69,1	18,3
Lombardia	20,5	2,5	5,3	13,0	70,0	17,0
p.a. Bolzano	26,6	2,7	1,4	17,0	68,0	15,0
p.a. Trento	24,0	2,5	5,8	14,6	67,6	17,7
Veneto	20,7	2,7	4,5	13,2	69,4	17,4
Friuli Venezia Giulia	18,5	2,4	4,3	11,1	68,0	20,9
Liguria	18,1	2,2	1,1	10,3	65,5	24,3
Emilia Romagna	18,8	2,4	7,3	11,0	67,2	21,7
Toscana	18,7	2,5	4,7	11,5	66,9	21,6
Umbria	19,5	2,7	5,1	12,3	65,8	21,8
Marche	20,4	2,7	5,8	13,0	66,1	20,9
Lazio	21,0	2,6	2,9	14,3	69,2	16,6
Abruzzo	21,3	2,8	2,5	14,6	66,0	19,4
Molise	21,5	2,7	-0,5	15,1	64,9	20,0
Campania	26,8	3,1	-4,5	19,7	67,1	13,2
Puglia	23,8	2,9	-3,2	17,7	67,7	14,6
Basilicata	22,7	2,8	-4,2	16,8	66,1	17,1
Calabria	23,8	2,9	-4,3	18,0	66,2	15,8
Sicilia	25,8	2,8	-3,4	18,4	65,9	15,7
Sardegna	18,9	2,9	-3,5	15,1	70,2	14,7
Italia	**21,8**	**2,6**	**1,6**	**14,6**	**67,9**	**17,6**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

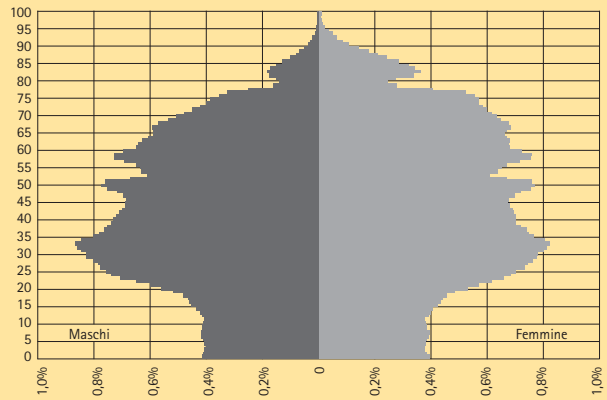
(a) Popolazione media residente 1998
(b) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Popolazione >64 anni più popolazione <15 anni diviso popolazione 15-64 anni (x 100)
(d) Morti nell'anno diviso popolazione (x1.000)
(e) Nati nell'anno diviso popolazione (x1.000)
(f) Bimbi residenti <5 anni diviso donne in età feconda (15-44 anni)(x 100)
(g) Popolazione diviso numero delle famiglie
(h) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione (x 1.000)
(i) Popolazione 0-14 anni su popolazione totale (x 100)
(l) Popolazione 15-64 anni su popolazione totale (x 100)
(m) Popolazione >64 anni su popolazione totale (x 100)

FIGURA 3.1 Piramidi della popolazione per età e sesso 1998 – Composizione percentuale

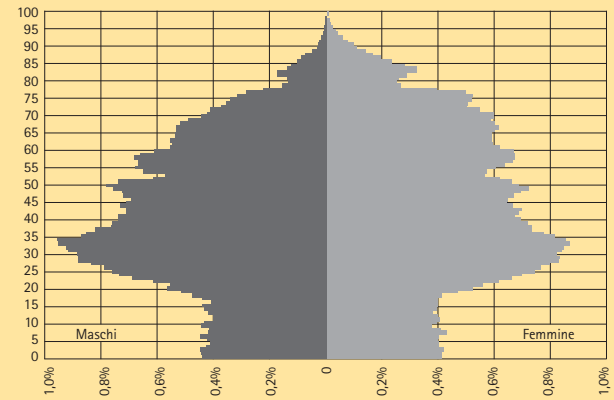
Italia



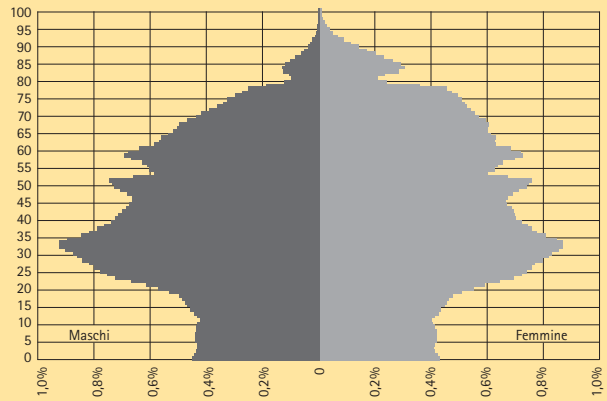
Piemonte



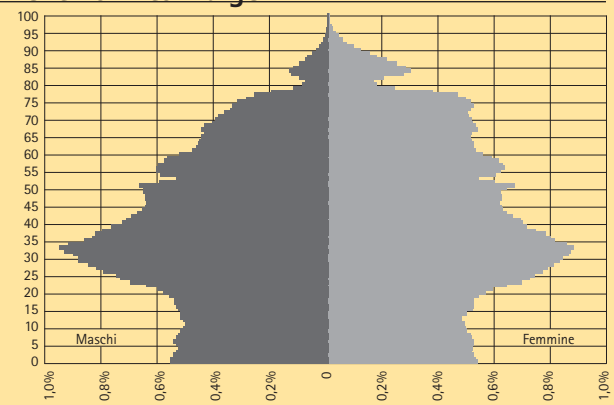
Valle d'Aosta



Lombardia



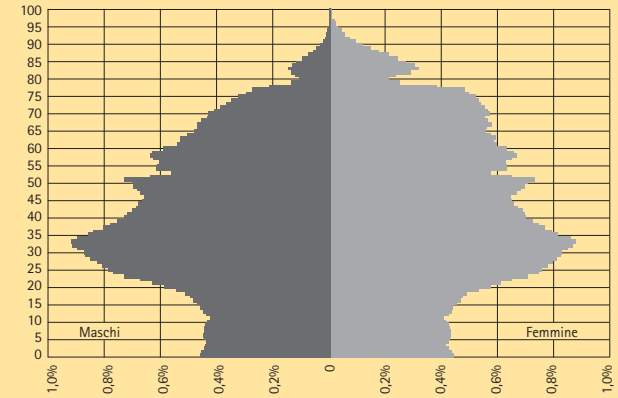
Trentino Alto Adige



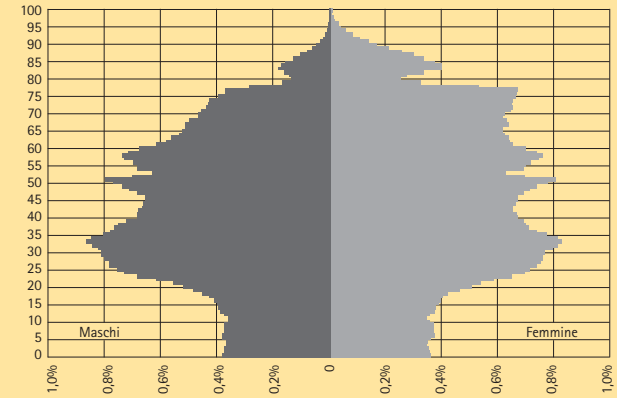
Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno1998

segue FIGURA 3.1 Piramidi della popolazione per età e sesso 1998

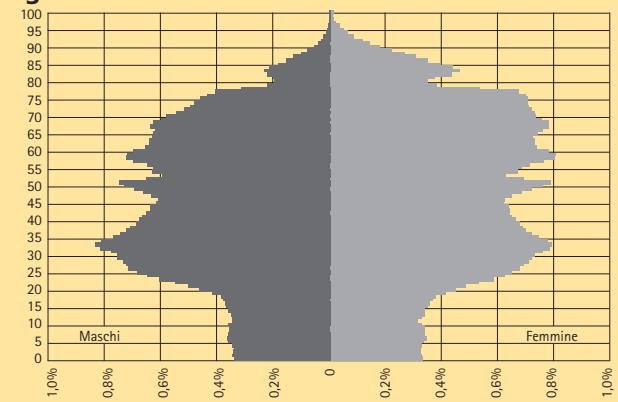
Veneto



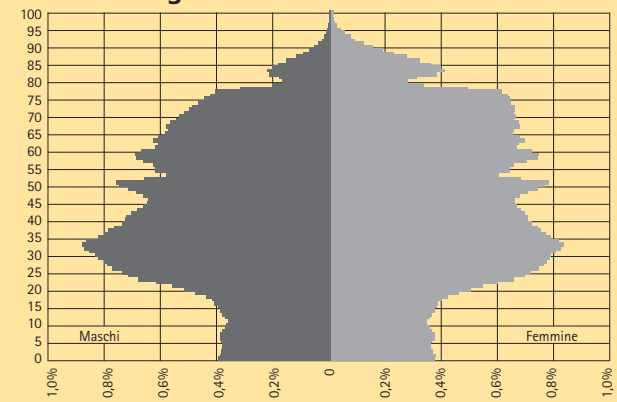
Friuli Venezia Giulia



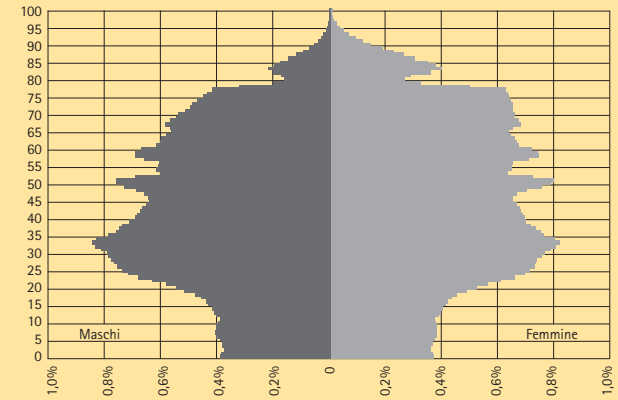
Liguria



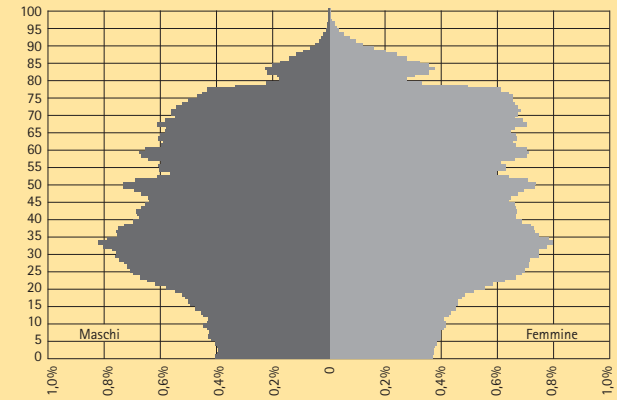
Emilia Romagna



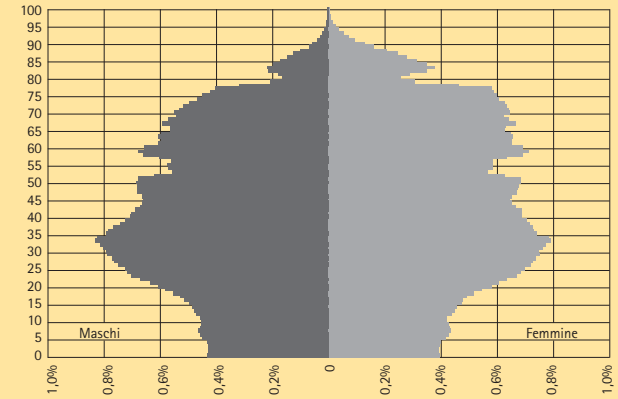
Toscana



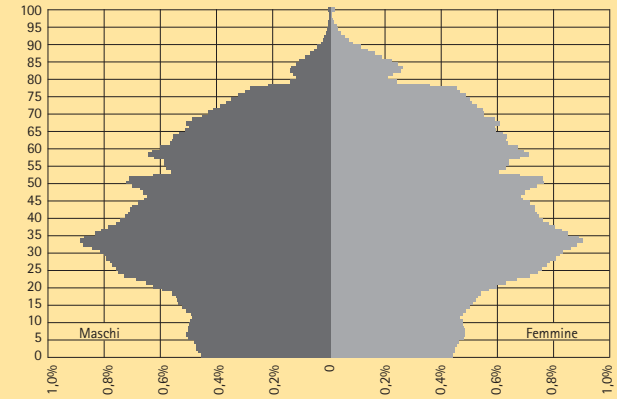
Umbria



Marche



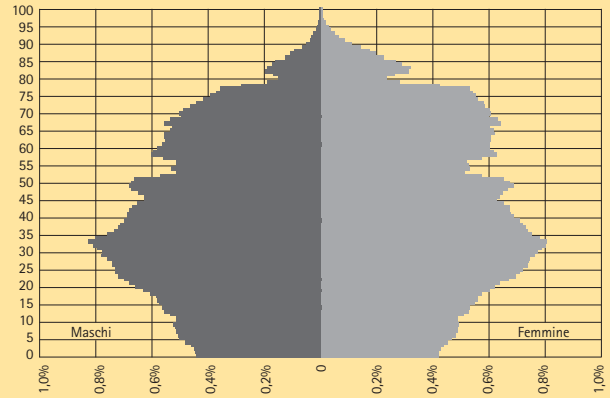
Lazio



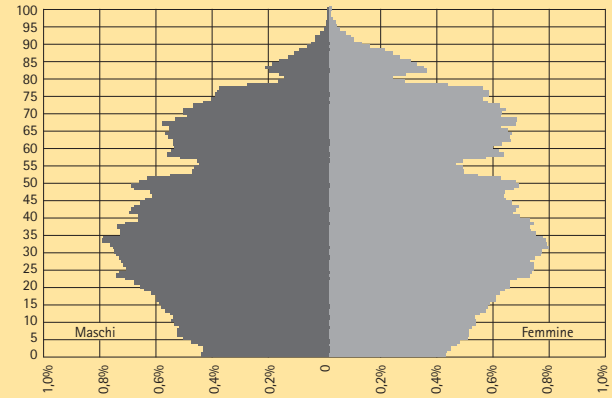
Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno1998

segue FIGURA 3.1 Piramidi della popolazione per età e sesso 1998

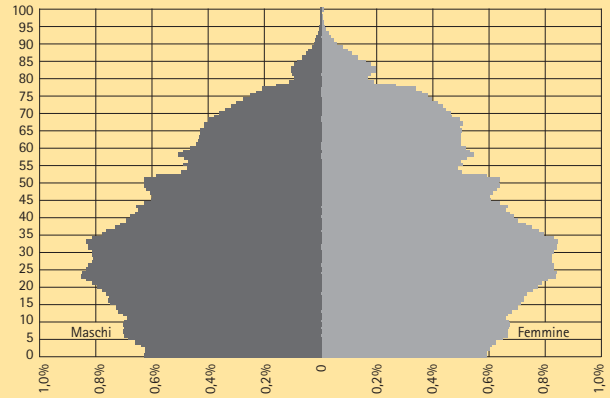
Abruzzo



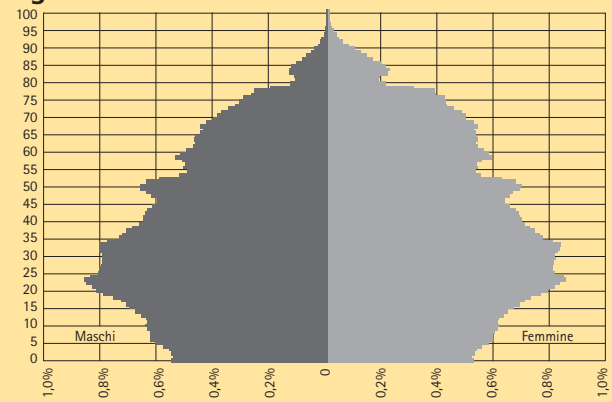
Molise



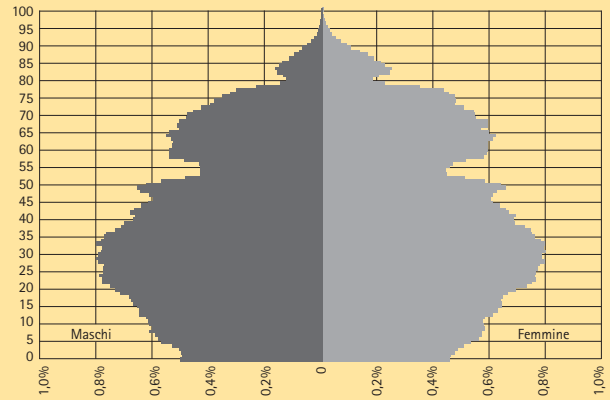
Campania



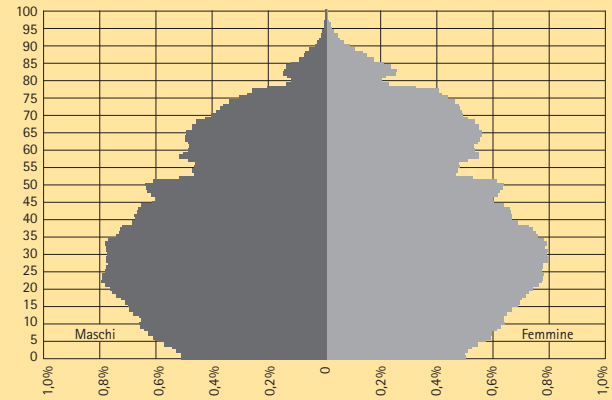
Puglia



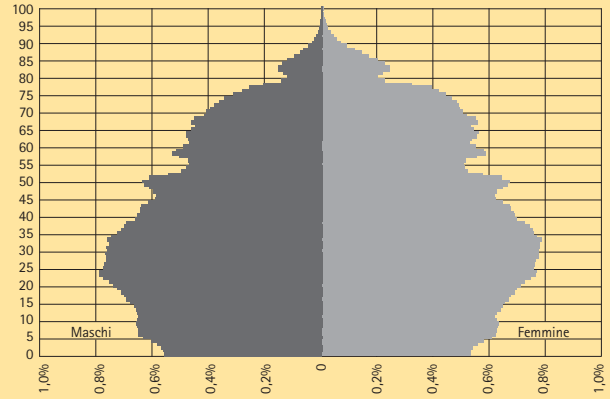
Basilicata



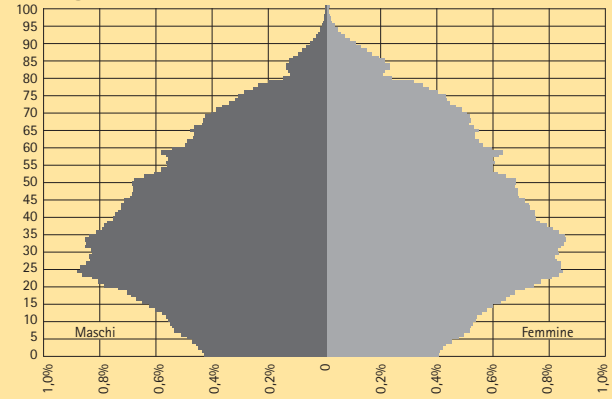
Calabria



Sicilia



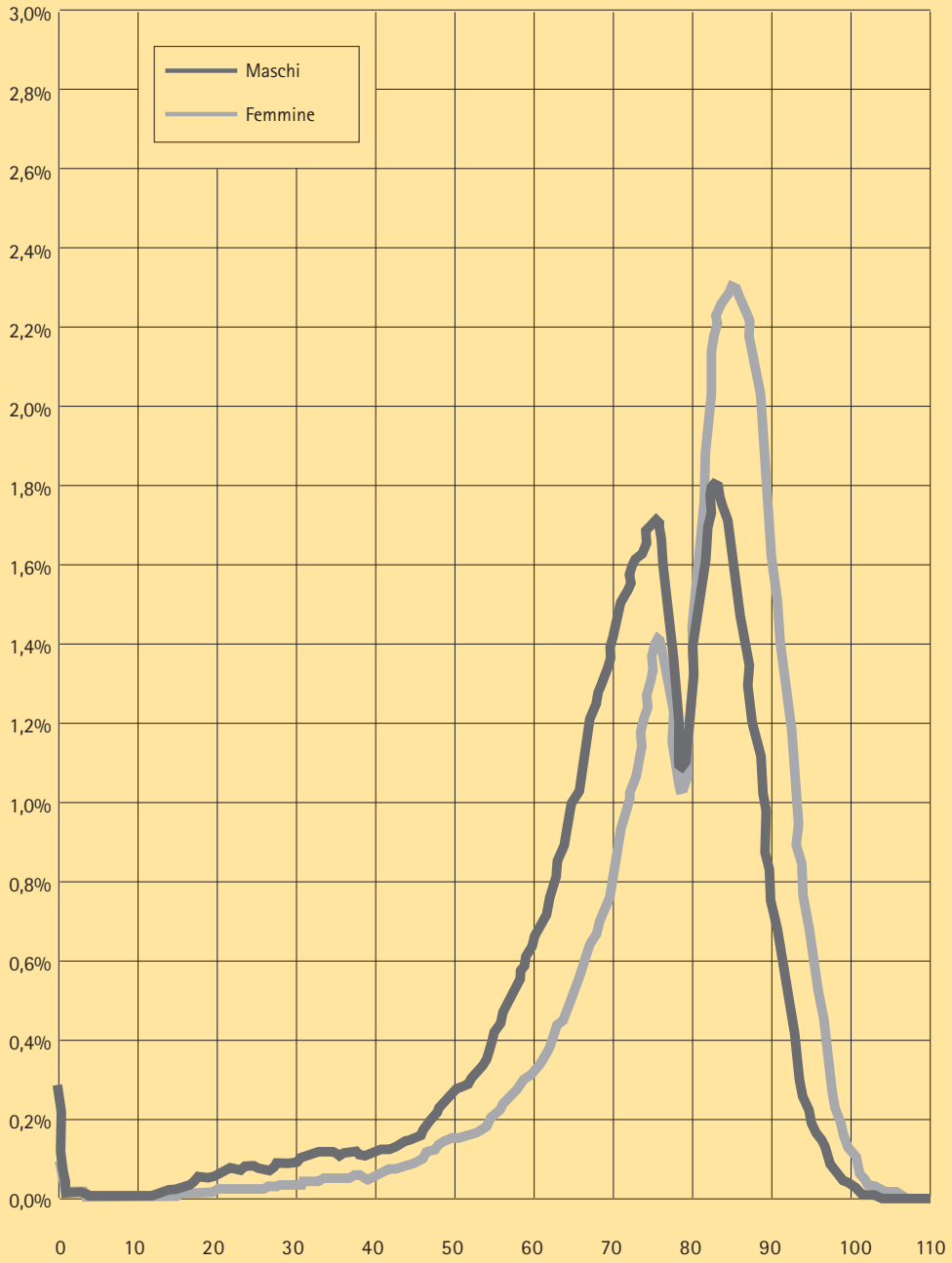
Sardegna



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno1998

FIGURA 3.2 Composizione percentuale dei decessi per età e sesso 1996-98

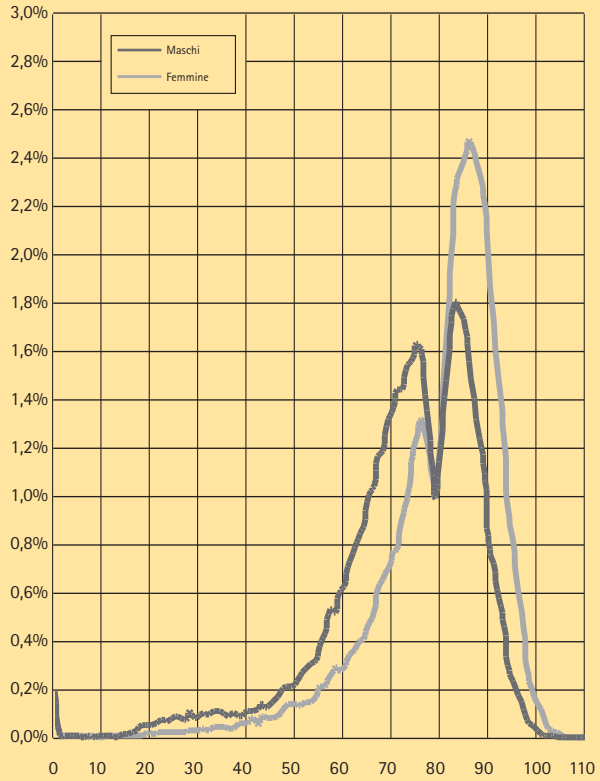
Italia



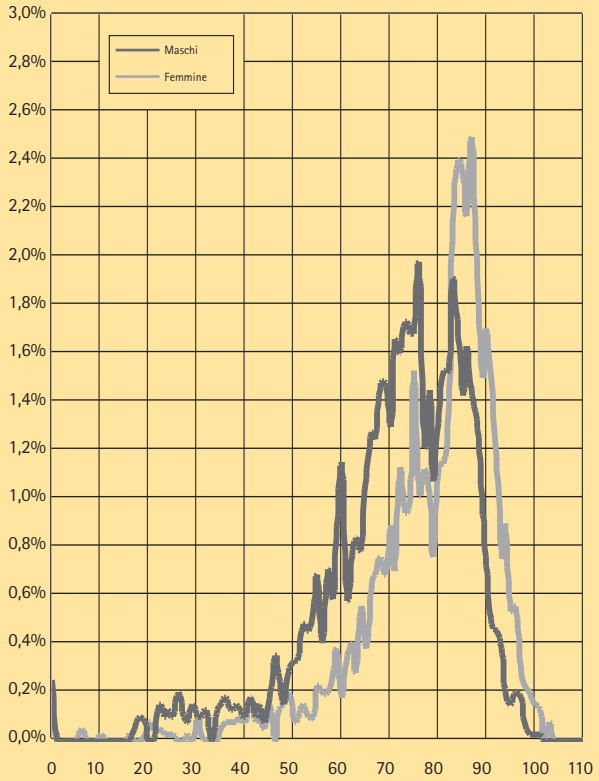
Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno1998

Segue FIGURA 3.2 Composizione percentuale dei decessi per età e sesso 1996-98

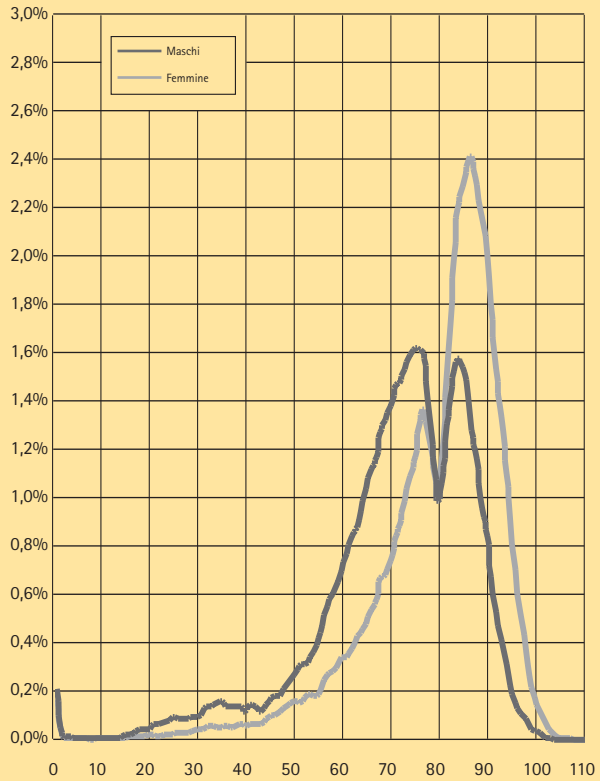
Piemonte



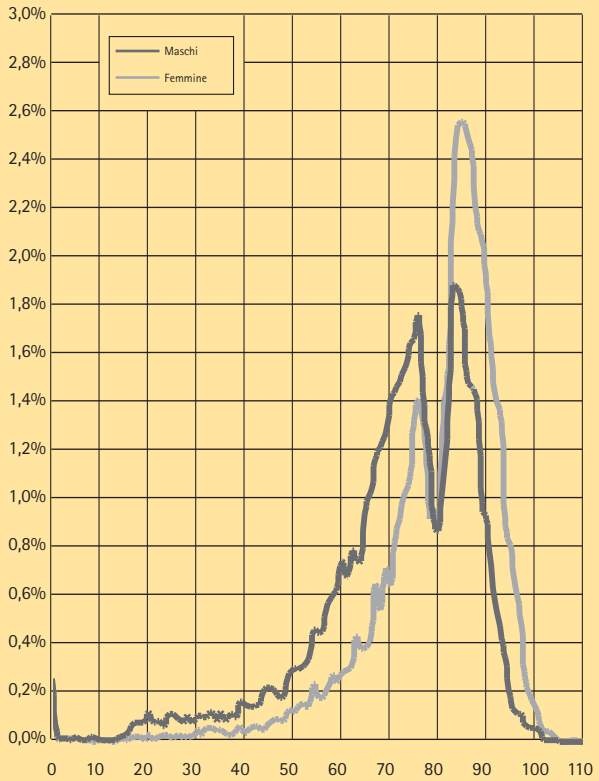
Valle d'Aosta



Lombardia



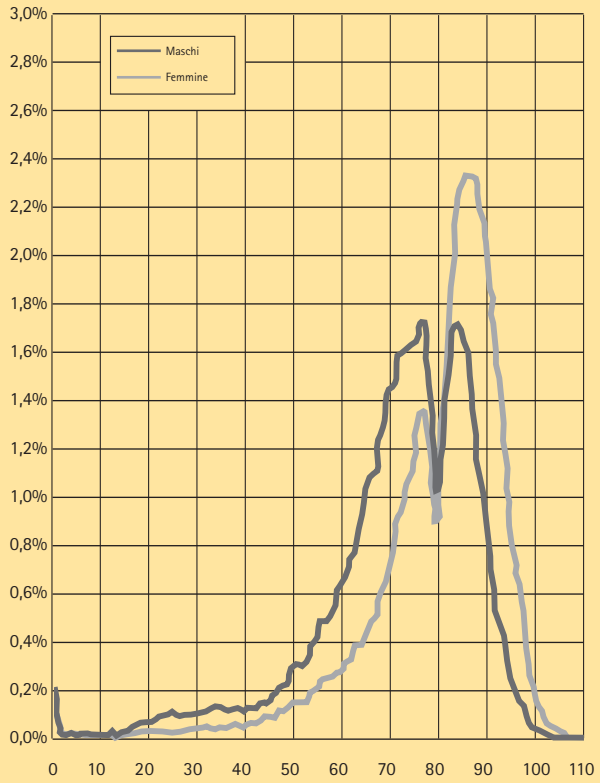
Trentino Alto Adige



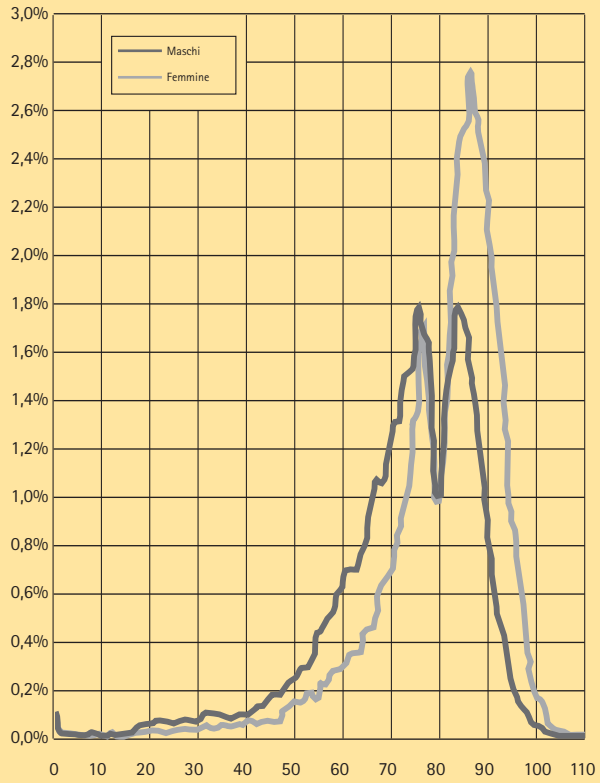
Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno1998

Segue FIGURA 3.2 Composizione percentuale dei decessi per età e sesso 1996-98

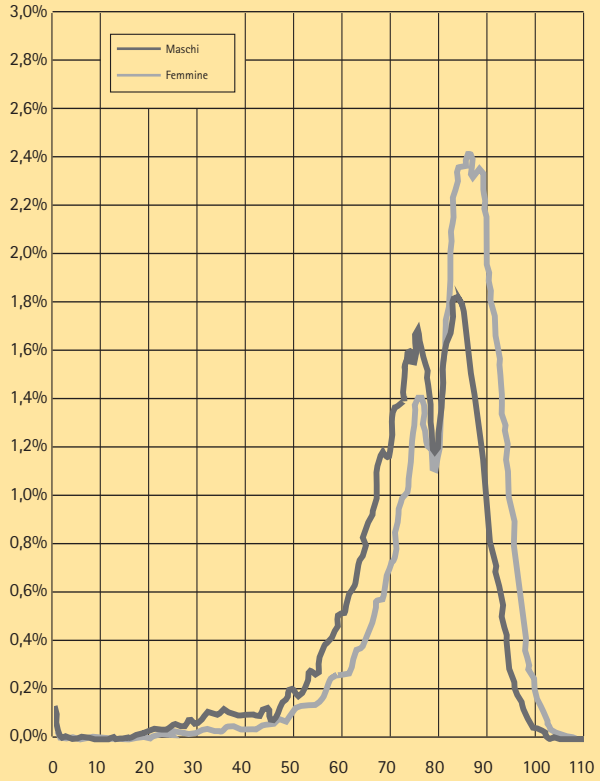
Veneto



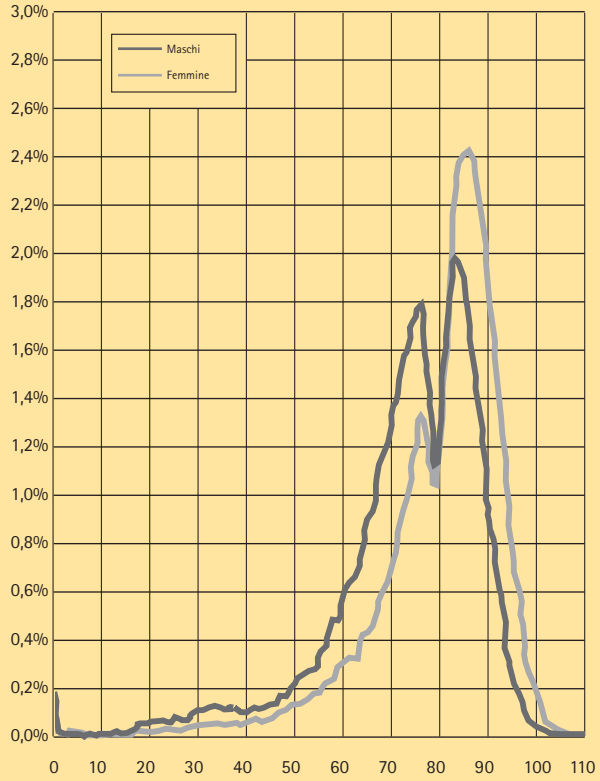
Friuli Venezia Giulia



Liguria



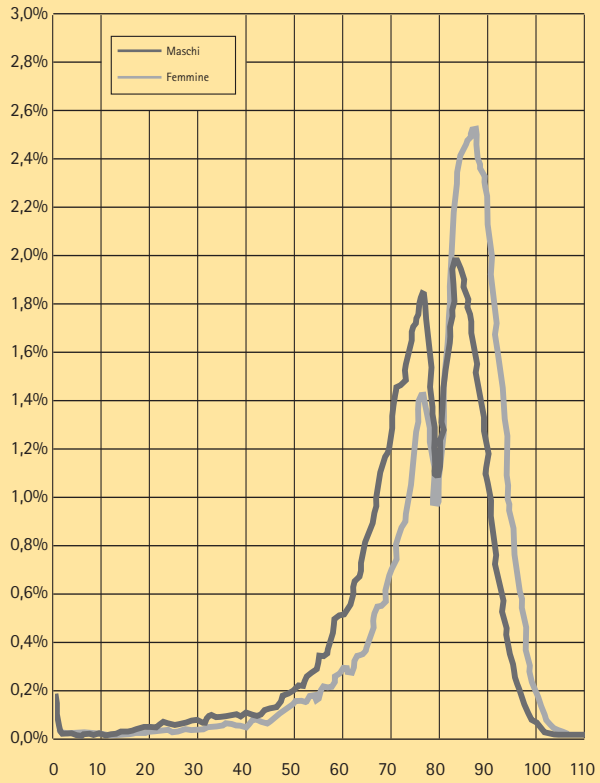
Emilia Romagna



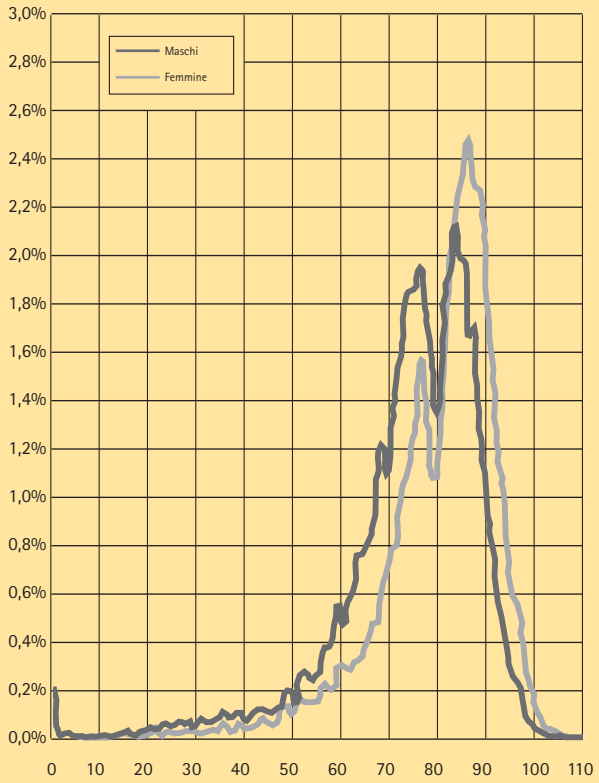
Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno1998

Segue FIGURA 3.2 Composizione percentuale dei decessi per età e sesso 1996-98

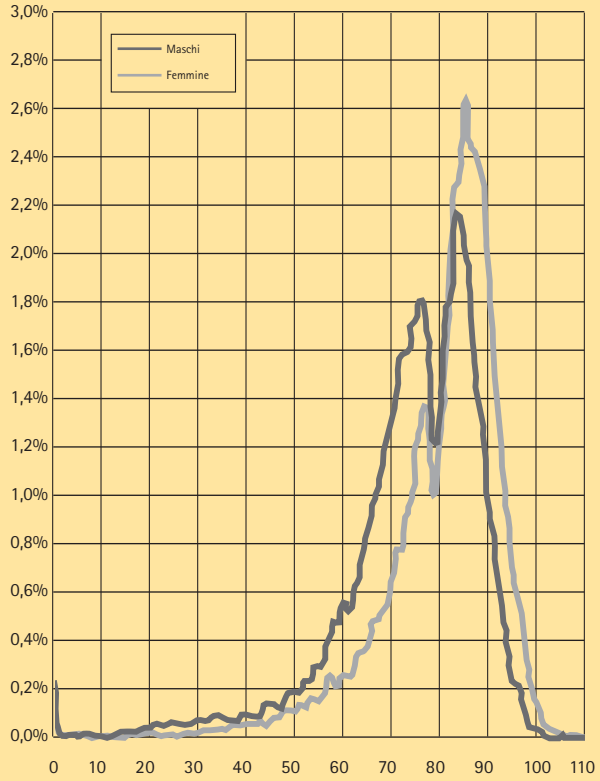
Toscana



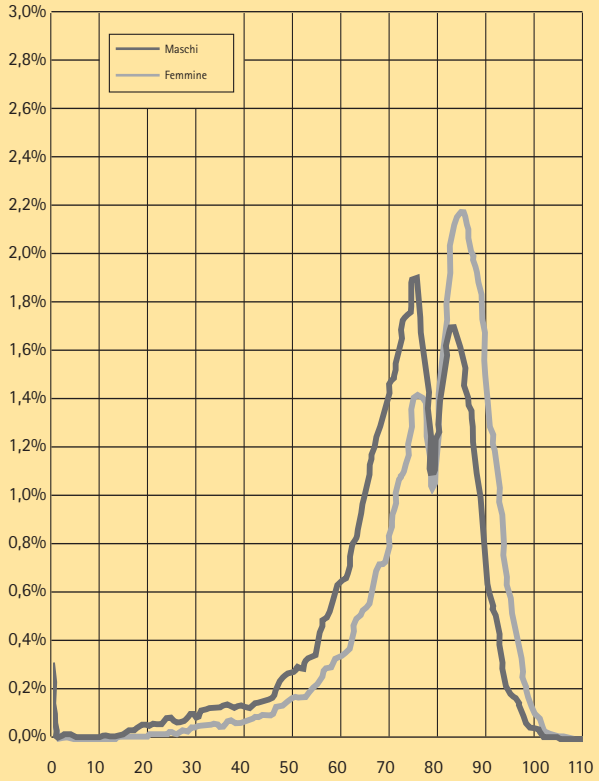
Umbria



Marche



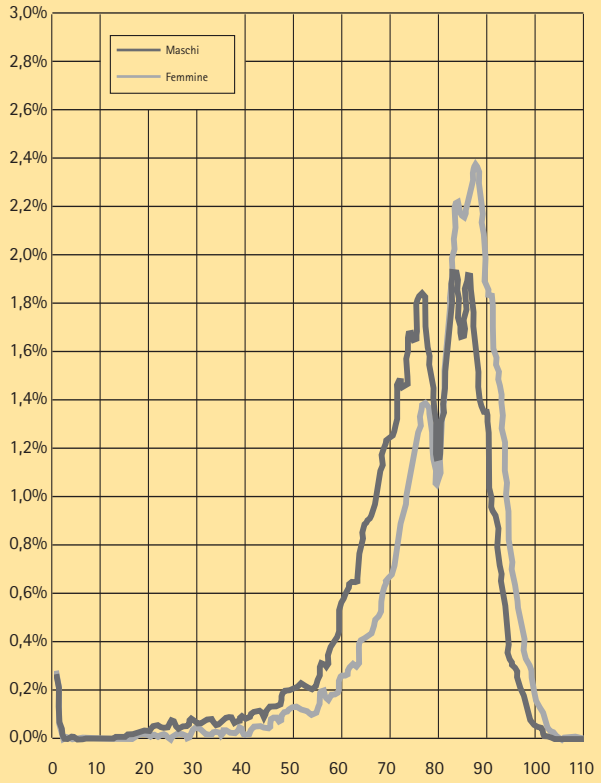
Lazio



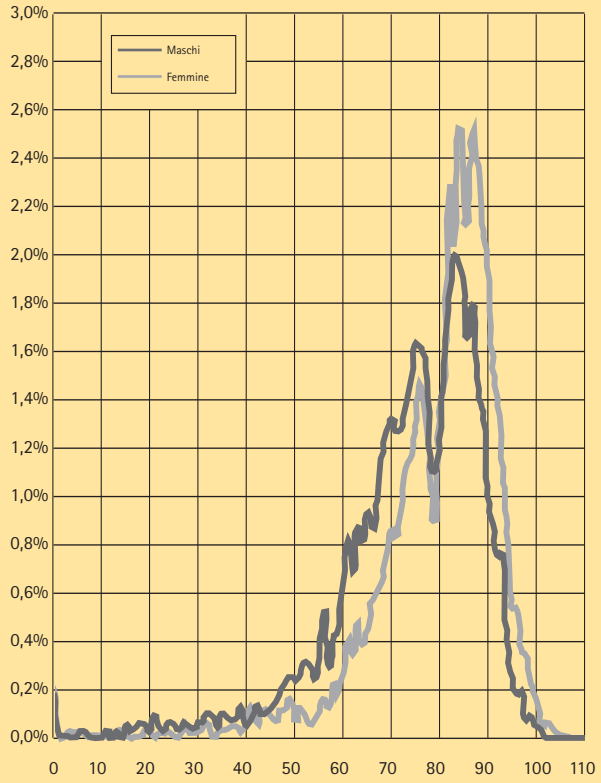
Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno1998

Segue FIGURA 3.2 Composizione percentuale dei decessi per età e sesso 1996-98

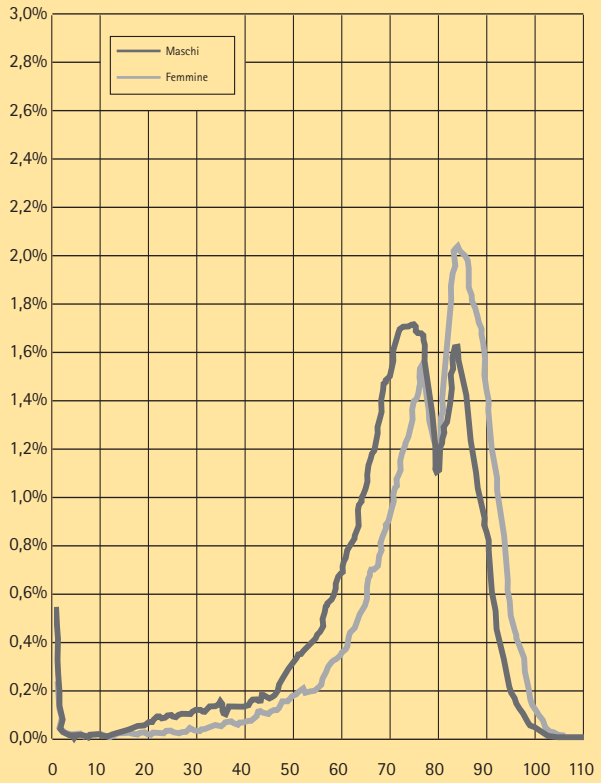
Abruzzo



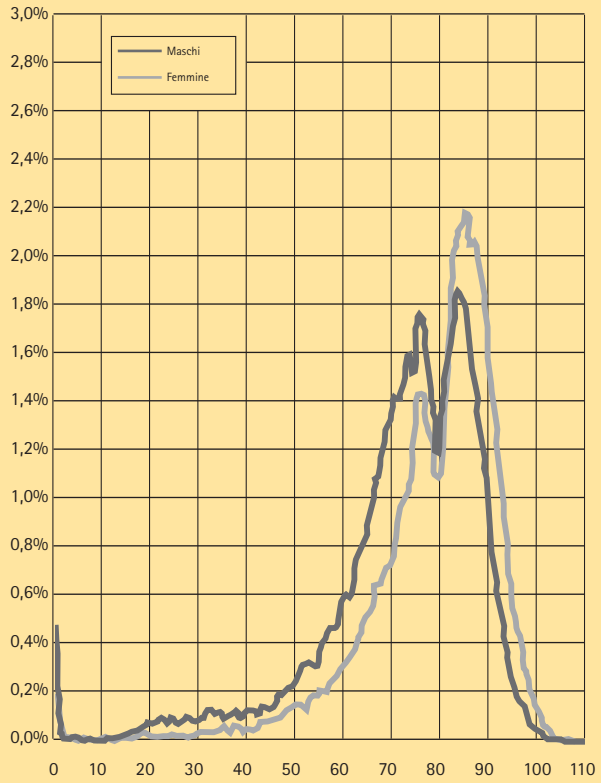
Molise



Campania



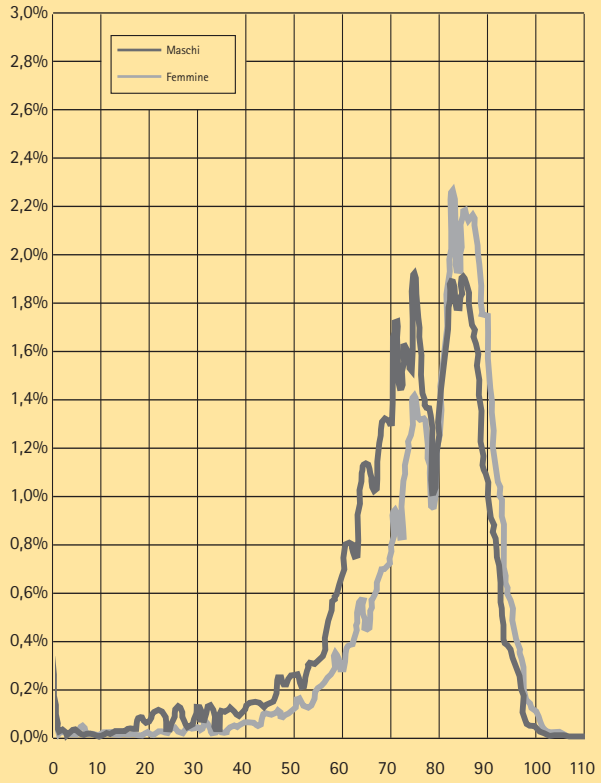
Puglia



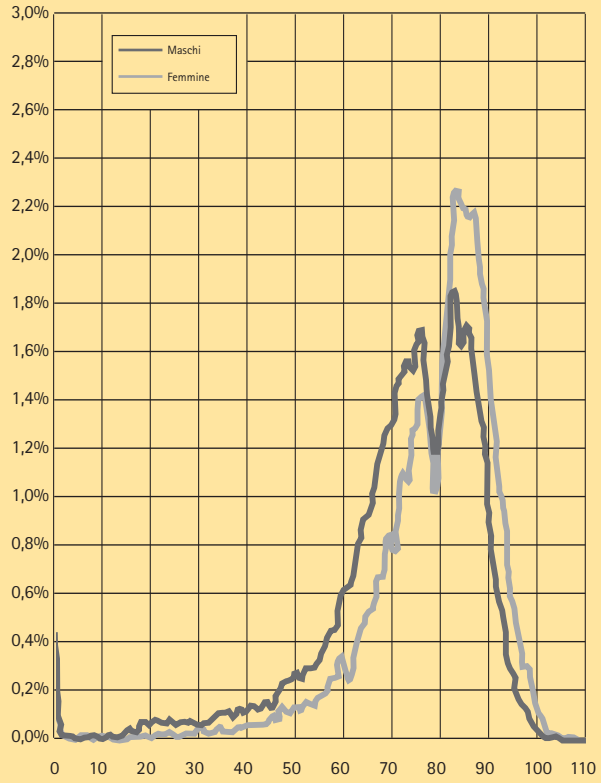
Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno1998

Segue FIGURA 3.2 Composizione percentuale dei decessi per età e sesso 1996-98

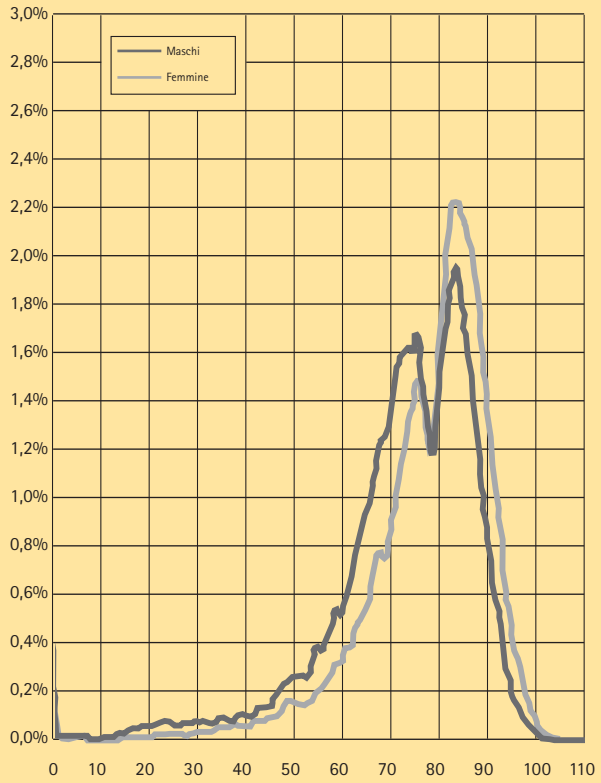
Basilicata



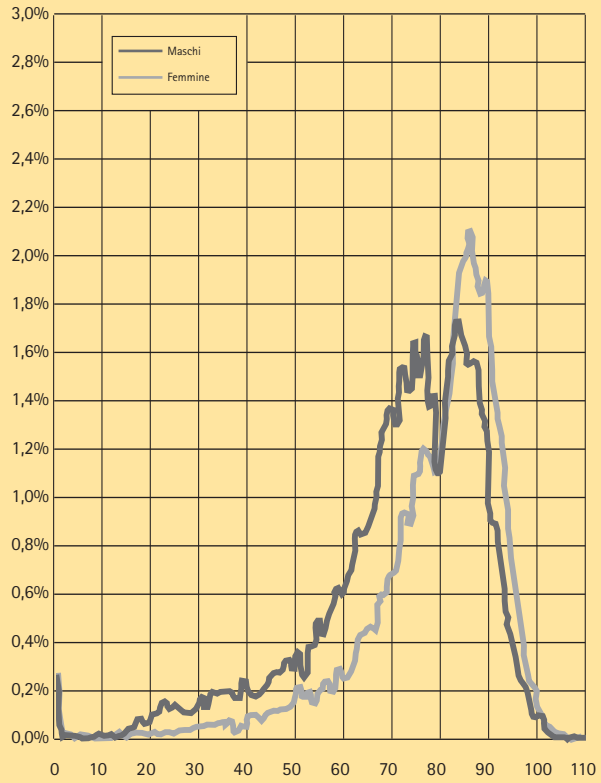
Calabria



Sicilia



Sardegna



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno1998

TAVOLA 3.2.1. Contesto economico

Regioni	Tasso di disoccupazione			Tasso di attività	Valore aggiunto pro-capite	Depositi bancari pro-capite
	Maschi (a)	Femmine (b)	Totale (c)	(d)	(e)	(e)
Piemonte	5,0	13,0	8,3	49,3	36,6	19,1
Valle d'Aosta	4,5	6,5	5,3	52,7	40,5	21,8
Lombardia	3,3	8,9	5,5	51,5	41,0	26,2
p.a. Bolzano	1,7	2,7	2,1	58,0	40,8	23,3
p.a. Trento	3,1	6,5	4,4	50,5	38,0	23,3
Veneto	3,0	8,1	5,0	51,1	38,4	17,9
Friuli Venezia Giulia	3,1	9,3	5,6	47,8	39,2	18,5
Liguria	7,6	14,3	10,2	44,8	37,3	17,4
Emilia Romagna	3,4	8,1	5,4	51,8	41,1	20,6
Toscana	4,7	12,3	7,8	47,8	34,1	19,1
Umbria	5,0	14,0	8,6	45,8	30,0	15,7
Marche	3,8	9,9	6,3	48,3	32,9	16,7
Lazio	9,5	15,7	11,8	47,3	35,3	20,8
Abruzzo	6,7	13,3	9,1	45,2	27,5	12,6
Molise	12,7	23,4	16,8	45,7	24,3	8,9
Campania	19,6	32,6	23,8	44,4	20,3	10,3
Puglia	16,1	29,1	20,3	43,5	21,4	10,8
Basilicata	13,0	27,4	18,1	43,1	21,2	9,6
Calabria	19,9	37,3	26,1	43,5	18,4	8,1
Sicilia	19,7	34,4	24,2	42,5	20,5	9,4
Sardegna	15,4	30,2	20,6	46,1	22,4	11,3
Italia	**9,1**	**16,3**	**11,8**	**47,6**	**31,8**	**17,0**

Regioni	Spesa media mensile per famiglia (f)			Energia elettr. uso domestico pro-capite (g)	Energia elettr. uso industriale pro-capite (g)
	Consumi alimentari	Consumi non alimentari	Totale consumi		
Piemonte	745.032	3.311.760	4.056.792	1.045,3	3.535,1
Valle d'Aosta	653.409	3.206.117	3.859.526	1.446,0	5.465,7
Lombardia	798.622	3.903.031	4.701.653	1.090,3	4.167,6
p.a. Bolzano	672.965	3.917.884	4.590.850	938,0	1.930,7
p.a. Trento	730.234	3.456.498	4.186.732	1.046,7	2.425,5
Veneto	749.778	3.741.158	4.490.937	1.012,7	3.819,5
Friuli Venezia Giulia	702.117	3.060.229	3.762.346	1.075,9	4.267,8
Liguria	793.158	2.967.940	3.761.098	1.076,0	2.176,5
Emilia Romagna	747.003	3.839.410	4.586.413	1.114,0	3.289,3
Toscana	778.286	3.251.289	4.029.575	1.087,7	3.298,3
Umbria	738.365	3.560.395	4.298.760	976,2	4.635,3
Marche	885.948	3.365.832	4.251.780	922,9	2.550,2
Lazio	817.545	3.298.428	4.115.973	1.168,9	1.605,5
Abruzzo	790.369	2.876.760	3.667.129	885,0	2.999,2
Molise	680.643	2.372.764	3.053.408	789,8	2.573,6
Campania	833.511	2.855.647	3.689.158	903,3	1.430,1
Puglia	777.046	2.687.333	3.464.379	899,1	1.433,9
Basilicata	729.367	2.287.148	3.016.515	743,3	2.430,2
Calabria	865.669	2.617.643	3.483.312	918,5	1.169,3
Sicilia	748.944	2.247.401	2.996.345	1.044,0	1.446,6
Sardegna	773.360	2.763.972	3.537.332	1.152,9	3.985,2
Italia	**781.536**	**3.239.423**	**4.020.959**	**1.031,3**	**2.751,5**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat, Anciteł e Istituto Tagliacarne - Anno 1998

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi (x100)
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine (x100)
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro (x100)
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni (x100)
(e) Valore espresso in milioni di lire
(f) Spesa mensile per famiglia diviso numero di famiglie (lire)
(fg) Valore espresso in kilowatt ora (kwh)

TAVOLA 3.3.1. Mortalità standardizzata maschile (0-74 anni) per grandi gruppi di cause (a)

Regioni	Mal. infett. e par.	Tumori	Dist. psich.	Malattie sistema cardiovascolare: infarto mioc. ac.	Malattie sistema cardiovascolare: dist. circ. encef.	Malattie sistema cardiovascolare: altre mal. sist. circ.	Mal. app. resp.	Mal. app. diger.	Altri stati morbosi	Sintomi, mal. defin.	Traum. avvelen.	Totale
Piemonte	2,3	133,6	13,7	26,5	19,5	49,4	14,6	18,1	30,7	2,9	44,4	355,7
Valle d'Aosta	2,6	143,7	13,5	34,9	21,9	51,3	20,9	28,2	26,5	12,3	61,9	417,7
Lombardia	3,1	154,0	11,2	29,8	16,7	48,2	11,9	18,9	31,7	3,0	37,8	366,3
p.a. Bolzano	3,2	124,3	7,6	25,0	14,3	49,8	14,4	20,4	19,7	2,8	57,1	338,6
p.a. Trento	2,6	138,2	8,8	33,2	13,7	47,8	12,7	23,3	17,9	1,8	49,8	349,8
Veneto	2,2	142,4	11,4	29,5	15,9	45,9	12,1	17,8	24,2	3,5	45,2	350,1
Friuli Venezia Giulia	2,9	150,3	11,5	25,5	16,0	51,4	16,0	24,8	22,1	2,0	49,4	371,9
Liguria	2,4	127,4	10,6	28,2	14,7	46,8	12,4	18,2	40,1	25,4	27,0	353,2
Emilia Romagna	2,1	129,7	10,7	28,4	15,4	44,2	11,0	12,7	30,9	4,6	43,1	332,8
Toscana	2,4	125,4	9,9	22,8	17,4	44,9	10,9	13,2	29,2	3,0	31,8	310,9
Umbria	1,7	114,2	11,0	29,3	17,9	41,8	10,3	13,6	26,9	2,2	36,5	305,4
Marche	2,2	116,6	10,7	23,7	16,9	38,4	11,3	12,0	27,4	1,6	38,1	298,9
Lazio	2,1	123,2	11,5	30,9	17,6	49,9	12,3	17,9	37,3	3,4	31,7	337,8
Abruzzo	2,1	107,0	11,6	27,1	17,9	44,7	16,1	19,7	29,0	2,3	32,6	310,1
Molise	2,9	105,0	9,2	31,2	18,0	47,3	13,5	28,0	27,5	3,3	36,8	322,7
Campania	3,4	133,6	9,0	34,5	25,2	61,2	18,8	27,6	39,2	13,7	27,8	394,0
Puglia	2,9	114,0	10,4	24,1	16,5	42,2	15,5	20,6	34,1	1,8	35,8	317,9
Basilicata	3,0	107,9	11,3	29,0	21,8	46,3	12,7	22,2	33,1	3,7	35,0	326,0
Calabria	3,2	98,5	9,2	25,8	21,4	53,3	15,8	23,8	33,7	3,9	36,8	325,4
Sicilia	2,3	108,6	10,1	28,9	23,4	47,6	17,3	18,7	39,9	4,6	32,9	334,3
Sardegna	4,2	127,4	12,0	31,5	17,6	42,0	17,2	24,0	35,1	2,5	48,3	361,8
Media nazionale	**2,6**	**129,5**	**10,8**	**28,5**	**18,3**	**47,9**	**13,8**	**18,9**	**32,9**	**4,9**	**37,0**	**345,1**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anni 1996, 1997 e 1998

(a) Tassi (per 100.000 ab.) standardizzati; popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

TAVOLA 3.3.2. Mortalità standardizzata femminile (0-74 anni) per grandi gruppi di cause (a)

Regioni	Mal. infett. e par.	Tumori	Dist. psich.	Malattie sistema cardiovascolare: infarto mioc. ac.	Malattie sistema cardiovascolare: dist. circ. encef.	Malattie sistema cardiovascolare: altre mal. sist. circ.	Mal. app. resp.	Mal. app. diger.	Altri stati morbosi	Sintomi, mal. defin.	Traum. avvelen.	Totale
Piemonte	1,4	72,9	6,8	7,0	12,5	20,5	4,9	8,1	22,5	1,6	14,2	172,4
Valle d'Aosta	1,5	78,0	5,5	11,1	14,6	20,7	4,4	10,1	19,5	1,8	12,9	180,1
Lombardia	1,6	78,6	5,7	7,6	10,4	19,6	4,7	8,0	19,7	1,6	11,4	168,9
p.a. Bolzano	2,5	63,8	5,4	6,1	8,8	18,7	6,7	6,4	17,9	1,5	12,0	149,8
p.a. Trento	0,7	69,3	4,6	7,9	7,3	21,0	2,7	7,8	14,9	1,4	11,5	149,1
Veneto	1,1	70,8	5,7	7,2	8,6	17,8	4,3	8,0	17,5	1,4	13,1	155,5
Friuli Venezia Giulia	1,7	84,5	5,6	6,6	9,3	20,0	5,4	10,6	14,8	1,3	15,7	175,5
Liguria	1,9	72,0	5,8	7,0	10,4	20,4	5,2	7,9	26,0	7,9	8,3	172,8
Emilia Romagna	1,6	73,8	6,1	7,0	9,6	18,0	4,3	6,6	20,4	2,2	13,8	163,4
Toscana	1,4	70,1	6,0	6,0	10,1	19,2	4,0	6,8	21,1	1,5	11,0	157,2
Umbria	1,7	68,1	5,9	8,6	10,9	19,6	4,1	6,7	16,2	1,3	11,4	154,5
Marche	1,5	66,4	5,6	6,1	8,8	15,3	3,7	5,4	17,7	1,2	11,7	143,4
Lazio	1,3	72,8	5,3	8,0	10,5	22,5	4,7	7,9	25,7	1,2	10,1	170,0
Abruzzo	1,6	59,5	6,3	6,5	10,9	20,6	4,2	7,7	26,5	0,8	10,6	155,2
Molise	2,8	63,2	7,6	10,0	12,2	25,5	5,6	8,9	23,9	0,6	9,4	169,7
Campania	1,9	71,3	5,6	9,6	16,4	32,0	5,8	15,2	32,6	3,9	7,8	202,1
Puglia	1,5	64,1	6,2	6,9	11,2	22,9	5,1	10,0	28,5	1,0	9,4	166,8
Basilicata	1,8	56,7	6,1	8,4	14,0	26,7	3,5	10,1	25,7	1,4	8,3	162,7
Calabria	1,3	58,0	5,7	8,1	14,3	29,3	5,4	9,4	27,5	2,4	8,8	170,2
Sicilia	1,7	65,5	6,6	8,8	16,9	26,0	6,1	9,8	35,0	2,3	8,4	187,1
Sardegna	1,9	64,6	6,5	7,4	9,7	18,7	6,0	9,3	25,6	1,1	10,8	161,6
Media nazionale	**1,6**	**71,0**	**6,0**	**7,6**	**11,5**	**21,7**	**4,9**	**8,7**	**24,3**	**2,0**	**10,8**	**170,1**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anni 1996, 1997 e 1998

(a) Tassi (per 100.000 ab.) standardizzati; popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

TAVOLA 3.3.3. Mortalità standardizzata maschile (75 anni e più) per grandi gruppi di cause (a)

Regioni	Mal. infett. e par.	Tumori	Dist. psich.	Malattie sistema cardiovascolare: infarto mioc. ac.	Malattie sistema cardiovascolare: dist. circ. encef.	Malattie sistema cardiovascolare: altre mal. sist. circ.	Mal. app. resp.	Mal. app. diger.	Altri stati morbosi	Sintomi, mal. defin.	Traum. avvelen.	Totale
Piemonte	42,6	2340,7	358,0	531,3	1572,5	2931,9	1100,0	389,4	524,5	203,6	382,5	10377,0
Valle d'Aosta	106,5	2537,2	397,2	904,5	1436,9	3010,8	1219,6	491,7	714,9	365,8	584,5	11769,6
Lombardia	45,4	2753,9	366,2	685,1	1294,6	2929,7	1075,0	362,0	519,6	122,1	331,7	10485,3
p.a. Bolzano	67,5	2612,7	205,1	570,8	972,5	3313,1	1195,5	239,3	240,0	251,1	137,2	9804,8
p.a. Trento	50,8	2552,3	206,5	611,7	912,7	3557,3	1182,3	419,4	444,2	185,6	208,7	10331,5
Veneto	53,7	2505,7	444,2	726,4	1088,3	3170,1	1117,7	406,4	502,8	125,5	320,9	10461,7
Friuli Venezia Giulia	80,8	2688,0	371,6	723,7	1000,2	3074,7	1116,2	449,5	489,6	121,0	430,4	10545,7
Liguria	52,7	2490,9	467,3	601,5	1193,4	3124,2	931,0	386,3	608,0	263,8	367,0	10486,1
Emilia Romagna	48,4	2371,2	470,1	684,7	1099,2	3021,4	925,2	351,6	469,5	113,3	353,7	9908,3
Toscana	45,3	2383,9	313,7	548,9	1586,9	3027,8	981,2	359,0	505,2	217,5	352,6	10322,0
Umbria	54,9	2303,7	326,7	634,2	1832,6	2813,9	1033,3	391,2	561,6	190,2	291,5	10433,8
Marche	49,2	2297,4	404,7	563,6	1542,7	2921,8	1011,2	308,2	499,6	120,0	370,2	10088,6
Lazio	35,7	2329,2	321,6	654,7	1222,2	3084,1	841,5	438,4	647,1	95,6	366,2	10036,3
Abruzzo	48,6	2003,6	359,8	488,3	1496,2	2803,2	1212,0	439,5	555,9	120,6	341,7	9869,4
Molise	61,4	1750,7	340,9	543,5	1659,9	2981,3	945,6	432,6	507,4	212,2	347,4	9782,9
Campania	29,2	2109,1	234,4	603,8	1889,8	3076,1	1286,0	471,1	651,2	139,3	252,1	10742,1
Puglia	35,2	2174,7	332,5	523,3	1358,3	3081,3	1366,1	494,9	657,5	183,3	330,0	10537,1
Basilicata	31,9	1758,6	261,2	550,1	1675,3	3300,5	1120,8	486,6	521,9	92,6	298,9	10098,4
Calabria	23,4	1682,1	247,5	471,0	1541,7	3120,0	1058,2	408,3	485,1	263,7	287,1	9588,1
Sicilia	20,6	1835,0	286,2	555,2	1954,3	3032,4	1172,6	365,6	686,8	351,7	297,8	10558,2
Sardegna	54,2	2136,2	270,2	556,3	1357,5	2527,8	1168,1	456,6	490,6	326,4	348,3	9692,2
Media nazionale	**42,5**	**2306,8**	**346,8**	**606,3**	**1425,2**	**3004,7**	**1072,4**	**397,2**	**551,7**	**179,7**	**333,3**	**10266,6**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anni 1996, 1997 e 1998

(a) Tassi (per 100.000 ab.) standardizzati; popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

TAVOLA 3.3.4. Mortalità standardizzata femminile (75 anni e più) per grandi gruppi di cause (a)

Regioni	Mal. infett. e par.	Tumori	Dist. psich.	Malattie sistema cardiovascolare: infarto mioc. ac.	Malattie sistema cardiovascolare: dist. circ. encef.	Malattie sistema cardiovascolare: altre mal. sist. circ.	Mal. app. resp.	Mal. app. diger.	Altri stati morbosi	Sintomi, mal. defin.	Traum. avvelen.	Totale
Piemonte	31,2	1188,0	329,4	340,2	1387,9	2361,6	454,0	289,2	457,5	200,6	297,7	7337,3
Valle d'Aosta	16,6	1256,1	358,0	329,8	1155,9	1834,6	556,2	326,3	381,6	418,7	297,3	6931,1
Lombardia	33,5	1344,2	351,5	422,5	1105,4	2363,0	456,1	275,5	448,4	124,5	234,1	7158,7
p.a. Bolzano	28,8	1255,2	124,4	335,1	993,7	2797,8	493,3	171,0	312,7	186,2	82,1	6780,3
p.a. Trento	17,7	1227,0	156,9	411,6	871,8	2580,9	464,5	290,0	358,4	121,8	115,9	6616,5
Veneto	32,2	1173,2	387,1	434,0	917,9	2403,6	482,9	296,7	422,4	107,8	213,1	6870,9
Friuli Venezia Giulia	53,8	1285,7	328,1	429,3	902,8	2411,3	488,7	341,3	436,5	100,7	270,9	7049,1
Liguria	28,3	1171,5	426,2	334,2	982,0	2444,4	352,6	286,1	510,3	186,9	288,0	7010,5
Emilia Romagna	31,3	1234,9	405,3	403,6	981,4	2347,2	401,3	268,2	404,7	119,2	207,5	6804,6
Toscana	32,5	1151,4	325,9	329,7	1372,3	2394,6	395,7	266,2	469,5	190,8	261,2	7189,8
Umbria	38,1	1131,5	297,9	420,8	1361,2	2308,9	420,9	265,0	525,0	172,0	253,4	7194,7
Marche	36,7	1121,6	336,5	333,2	1319,2	2405,5	425,0	218,4	453,9	127,4	292,8	7070,2
Lazio	22,6	1125,8	290,6	368,7	1060,3	2610,4	388,7	294,1	554,8	91,7	358,7	7166,4
Abruzzo	28,0	954,9	345,7	345,1	1343,0	2592,5	448,6	313,4	557,5	120,6	329,2	7378,5
Molise	19,8	881,1	304,3	412,4	1286,9	2703,1	469,6	298,9	588,6	133,7	294,2	7392,6
Campania	21,6	982,5	213,2	386,3	1826,6	2922,3	473,1	391,1	685,3	118,6	272,6	8293,2
Puglia	23,9	1012,3	293,0	355,9	1220,0	2845,5	517,4	320,8	688,1	144,0	296,2	7717,1
Basilicata	11,3	864,6	219,4	332,6	1467,0	2952,8	498,9	309,0	577,2	166,9	331,6	7731,3
Calabria	21,9	825,7	223,7	275,9	1526,5	2947,8	399,6	264,3	554,1	258,0	272,9	7570,4
Sicilia	14,0	955,9	287,2	340,9	1859,4	2887,4	491,8	271,9	691,7	358,2	274,4	8432,8
Sardegna	31,1	1121,3	325,2	335,2	1259,2	2251,2	522,9	313,5	562,3	350,4	314,3	7386,6
Media nazionale	**29,0**	**1146,9**	**326,8**	**375,0**	**1245,1**	**2517,6**	**444,0**	**290,6**	**511,9**	**161,0**	**265,3**	**7313,2**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anni 1996, 1997 e 1998

(a) Tassi (per 100.000 ab.) standardizzati; popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

TAVOLA 3.4.1. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause (a)

Regioni	Prevenz. primaria		Diagn. precoce e terapia		Igiene e assistenza sanitaria		Tutte le cause evitabili	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	124,7	34,4	2,7	23,6	53,7	17,9	181,1	75,9
Valle d'Aosta	161,2	38,2	1,8	25,1	57,1	21,2	220,1	84,5
Lombardia	126,9	32,0	2,6	22,8	56,6	17,5	186,1	72,3
p.a. Bolzano	129,4	30,4	1,8	19,8	52,7	15,4	183,9	65,6
p.a. Trento	140,9	28,0	2,5	21,7	56,2	18,0	199,6	67,7
Veneto	131,9	31,7	2,6	20,6	51,0	15,2	185,5	67,5
Friuli Venezia Giulia	140,2	38,7	2,9	24,6	50,9	17,7	194,0	81,0
Liguria	95,3	25,2	2,6	20,7	51,9	17,2	149,8	63,1
Emilia Romagna	114,0	33,4	2,2	21,4	52,2	16,7	168,4	71,5
Toscana	99,5	29,1	2,2	17,9	45,9	15,2	147,6	62,2
Umbria	97,5	28,9	2,4	18,7	52,1	19,7	152,0	67,3
Marche	97,0	26,6	1,9	19,7	45,7	12,9	144,6	59,2
Lazio	100,3	30,8	2,5	21,4	57,2	19,7	160,0	71,9
Abruzzo	93,6	23,3	1,8	18,2	53,6	17,1	149,0	58,6
Molise	104,2	27,6	1,2	17,7	60,3	25,0	165,7	70,3
Campania	115,8	31,6	2,7	21,1	70,6	26,8	189,1	79,5
Puglia	104,1	24,6	2,2	20,8	50,8	20,0	157,1	65,4
Basilicata	106,7	25,2	1,8	15,2	56,3	22,5	164,8	62,9
Calabria	99,4	25,7	1,6	17,6	53,0	21,4	154,0	64,7
Sicilia	102,6	29,1	2,0	20,9	57,5	22,9	162,1	72,9
Sardegna	131,1	25,3	2,2	21,5	60,1	18,3	193,4	65,1
Media nazionale	**113,5**	**30,0**	**2,4**	**21,1**	**55,0**	**18,9**	**170,9**	**70,0**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anni 1996, 1997 e 1998

(a) Tassi standardizzati (per 100.000 ab.); morti 5-69 anni; popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

TAVOLA 3.5.1. Mortalità nei primi anni di vita

Regioni	Mortalità infantile (a)				Mortalità standardizzata (b)			
	Malformazioni congenite	Condiz. morbose di orig. perin.	Altre cause	Totale cause	Malf. congen. e altre cause perin	Malattie sist. circolatorio	Traumatismi	Totale cause (c)
Piemonte	1,4	3,1	0,8	5,3	94,5	7,4	5,4	127,3
Valle d'Aosta	1,6	2,8	0,6	5,0	93,2	13,3	0,0	106,6
Lombardia	1,3	1,9	0,9	4,1	67,2	5,0	4,9	101,4
p.a. Bolzano	1,6	2,3	1,1	5,0	83,5	5,1	11,4	134,1
p.a. Trento	0,9	1,7	0,6	3,2	53,1	2,9	8,6	71,8
Veneto	1,4	1,8	0,8	4,0	68,5	5,6	4,4	101,8
Friuli Venezia Giulia	0,7	1,7	0,8	3,2	51,5	7,0	4,7	81,9
Liguria	1,2	3,4	0,7	5,3	92,3	10,2	6,6	131,9
Emilia Romagna	1,3	2,7	1,0	5,0	82,8	7,0	4,4	124,3
Toscana	1,3	3,0	0,7	5,0	90,4	6,9	3,6	120,7
Umbria	1,3	2,6	1,0	4,9	77,5	8,3	9,3	123,0
Marche	1,5	2,7	0,8	5,0	86,6	6,8	4,5	125,4
Lazio	1,6	3,3	0,7	5,6	97,5	5,1	4,3	126,3
Abruzzo	1,7	3,9	0,8	6,4	107,9	6,2	4,5	140,7
Molise	2,1	2,2	0,7	5,0	82,9	10,9	2,2	113,4
Campania	1,7	3,8	1,0	6,5	109,7	4,4	4,4	143,8
Puglia	1,9	3,6	1,0	6,5	108,2	3,9	7,4	147,6
Basilicata	1,6	3,6	0,6	5,8	102,8	7,4	4,2	136,7
Calabria	2,0	3,7	1,0	6,7	108,1	7,0	7,9	148,9
Sicilia	2,1	4,8	1,0	7,9	133,1	4,9	5,6	168,8
Sardegna	1,7	3,0	0,9	5,6	89,8	4,1	4,1	120,9
Media nazionale	**1,5**	**3,1**	**0,9**	**5,5**	**94,9**	**5,6**	**5,2**	**129,7**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anni 1996, 1997 e 1998

(a) Morti di età inferiore ad un anno diviso nati vivi (x1.000)
(b) Morti 0-4 anni diviso bambini residenti 0-4 anni (x100.000); Tassi standardizzati; popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale
(c) Il totale cause comprende ulteriori morti, le cui cause non sono riconducibili alle precedenti tre colonne

TAVOLA 3.6.1. Infortuni sul lavoro per classi di età e per esito

Regioni	Invalidità totali (a)				Invalidità permanenti (b)			
	anni <30	anni 30 - 49	anni 50 e più	Totale	anni <30	anni 30 - 49	anni 50 e più	Totale
Piemonte	759,4	913,6	328,8	2.001,7	11,5	33,8	27,0	72,4
Valle d'Aosta	524,0	1.004,5	334,4	1.863,0	6,0	39,8	20,5	66,4
Lombardia	793,0	894,1	242,8	1.929,8	13,7	33,0	19,8	66,5
p.a. Bolzano	964,1	1.159,0	501,3	2.624,4	17,3	34,3	48,4	100,0
p.a. Trento	943,3	1.234,3	382,0	2.559,5	18,0	52,4	34,7	105,1
Veneto	1.083,9	1.247,1	391,0	2.722,1	14,5	35,4	25,3	75,2
Friuli Venezia Giulia	916,6	1.158,1	366,5	2.441,3	16,0	47,7	35,3	99,0
Liguria	560,9	1.021,7	340,0	1.922,6	13,0	57,2	34,0	104,1
Emilia Romagna	1.157,1	1.458,2	542,5	3.157,8	21,7	57,4	48,6	127,7
Toscana	767,9	1.102,6	467,3	2.337,8	16,5	53,7	48,9	119,1
Umbria	960,5	1.344,0	662,4	2.966,9	23,2	82,7	80,1	186,0
Marche	962,8	1.278,4	712,9	2.954,2	22,0	69,7	79,8	171,5
Lazio	279,9	527,5	204,0	1.011,4	6,1	23,5	18,5	48,1
Abruzzo	538,2	993,5	494,7	2.026,4	13,9	53,4	44,3	111,6
Molise	429,3	925,0	483,1	1.837,3	8,9	57,5	46,8	113,2
Campania	191,5	400,3	157,2	748,9	8,3	28,7	18,5	55,6
Puglia	431,5	618,6	207,7	1.257,8	10,3	37,5	20,7	68,6
Basilicata	452,7	698,7	281,3	1.432,7	16,2	44,2	27,3	87,7
Calabria	216,5	421,3	162,4	800,2	8,7	29,9	16,8	55,3
Sicilia	220,1	391,3	155,6	767,0	7,4	25,4	16,4	49,2
Sardegna	367,5	642,7	206,7	1.216,9	9,0	35,2	20,4	64,6
Italia	**615,4**	**834,7**	**302,1**	**1.752,3**	**12,4**	**37,9**	**28,0**	**78,4**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Inail - Anno 1998

(a) Casi di invalidità temporanea e permanente (x 100.000 residenti)
(b) Casi di invalidità permanenti (x 100.000 residenti)

TAVOLA 3.7.1. Malattie infettive

Regioni	Bambini (a)	Adulti (b)
Piemonte	1.775	117
Valle d'Aosta	1.409	158
Lombardia	2.584	118
p.a. Bolzano	5.317	351
p.a. Trento	5.411	219
Veneto	2.814	158
Friuli Venezia Giulia	4.475	153
Liguria	200	21
Emilia Romagna	4.060	177
Toscana	2.707	140
Umbria	1.592	115
Marche	3.687	181
Lazio	943	108
Abruzzo	1.351	115
Molise	782	107
Campania	311	89
Puglia	749	105
Basilicata	516	82
Calabria	284	55
Sicilia	622	92
Sardegna	1.498	87
Media nazionale	**1.642**	**118**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero della Salute - Anno 1998

(a) Casi 0-14 anni x 100.000 residenti 0-14 anni
(b) Casi adulti (oltre 14 anni) x 100.000 residenti oltre14 anni

TAVOLA 3.8. Gestione finanziaria del Ssn

Regioni	
Piemonte	
Valle d'Aosta	
Lombardia	
p.a. Bolzano	
p.a. Trento	
Veneto	
Friuli Venezia Giulia	
Liguria	
Emilia Romagna	
Toscana	
Umbria	Dati non disponibili
Marche	
Lazio	
Abruzzo	
Molise	
Campania	
Puglia	
Basilicata	
Calabria	
Sicilia	
Sardegna	
Media nazionale	

TAVOLA 3.9.1. Dotazione posti letto per specialità e tipologia di presidio

Regioni	Terapia intensiva				Specialità ad elevata assistenza			
	Ospedali Pubblici (a)(b)	Quota Az. Osp. (c)	Istituti accreditati (a)	Totale ospedali (a)	Ospedali Pubblici (a)(b)	Quota Az. Osp. (c)	Istituti accreditati (a)	Totale ospedali (a)
Piemonte	13,0	46,2	-	13,0	17,2	66,3	0,7	17,9
Valle d'Aosta	8,3	-	-	8,3	29,2	-	-	29,2
Lombardia	11,1	91,9	1,4	12,5	23,1	97,8	2,6	25,7
p.a. Bolzano	19,2	-	-	19,2	12,6	-	-	12,6
p.a. Trento	9,2	-	-	9,2	16,2	-	-	16,2
Veneto	12,9	17,8	-	12,9	20,7	43,5	-	20,7
Friuli Venezia Giulia	8,7	75,9	-	8,7	-	-	-	21,4
Liguria	18,7	54,0	0,7	19,4	25,8	68,6	0,9	26,7
Emilia Romagna	14,5	46,2	0,3	14,8	16,5	57,6	1,5	18,0
Toscana	14,1	43,3	-	14,1	21,0	71,9	0,8	21,8
Umbria	12,7	56,7	-	12,7	20,6	85,0	-	20,6
Marche	15,9	42,1	-	15,9	19,4	46,9	-	19,4
Lazio	11,5	53,9	1,8	13,3	25,2	69,0	0,2	25,4
Abruzzo	17,1	-	-	17,1	22,3	-	-	22,3
Molise	15,5	5,8	-	15,5	23,4	28,6	-	23,4
Campania	11,3	40,7	0,4	11,7	23,8	66,0	1,6	25,4
Puglia	13,1	61,1	0,2	13,3	26,7	68,5	1,3	28,0
Basilicata	7,7	53,2	-	7,7	34,1	68,3	-	34,1
Calabria	11,0	51,8	-	11,0	19,5	58,5	1,0	20,5
Sicilia	14,0	86,4	0,6	14,6	20,9	78,9	1,3	22,2
Sardegna	13,6	10,3	-	13,6	14,8	32,4	1,2	16,0
Italia	**12,8**	**52,3**	**0,5**	**13,3**	**21,7**	**68,2**	**1,1**	**22,8**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 100.000 residenti
(b) Gli Ospedali pubblici comprendono: quelli delle Aziende Usl (ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl) e quelli delle Aziende Ospedaliere (includono i Policlinici universitari e gli IRCCS).
(c) Posti letto in Aziende Ospedaliere diviso posti letto in Ospedali pubblici (x 100)

TAVOLA 3.9.2. Dotazione posti letto per specialità e tipologia di presidio

Regioni	Specialità a media assistenza				Specialità di base			
	Ospedali Pubblici (a)(b)	Quota Az. Osp. (c)	Istituti accreditati (a)	Totale ospedali (a)	Ospedali Pubblici (a)(b)	Quota Az. Osp. (c)	Istituti accreditati (a)	Totale ospedali (a)
Piemonte	57,5	51,8	4,7	62,2	289,8	30,2	27,8	317,6
Valle d'Aosta	90,1	-	-	90,1	273,8	-	-	273,8
Lombardia	72,6	93,1	13,4	86,0	287,9	86,2	56,0	343,9
p.a. Bolzano	59,8	-	5,2	65,0	376,2	-	10,9	387,1
p.a. Trento	54,9	-	1,9	56,8	382,6	-	34,6	417,2
Veneto	63,7	25,0	7,9	71,6	350,6	16,2	16,1	366,7
Friuli Venezia Giulia	55,9	89,8	1,7	57,6	391,6	60,1	44,3	435,9
Liguria	81,7	61,0	1,6	83,3	357,2	37,9	5,5	362,7
Emilia Romagna	47,8	47,9	13,6	61,4	292,7	33,2	72,5	365,2
Toscana	47,2	43,4	1,8	49,0	333,1	26,3	38,6	371,7
Umbria	52,7	66,8	-	52,7	311,9	43,3	24,6	336,5
Marche	66,7	51,1	11,2	77,9	370,0	18,4	48,6	418,6
Lazio	55,1	61,0	12,8	67,9	291,6	36,2	66,0	357,6
Abruzzo	66,3	-	14,5	80,8	319,0	-	62,8	381,8
Molise	51,0	18,4	-	51,0	389,5	-	28,2	417,7
Campania	53,5	56,6	20,9	74,4	192,9	37,1	66,2	259,1
Puglia	81,9	50,9	5,9	87,8	327,5	31,8	41,8	369,3
Basilicata	49,6	52,0	-	49,6	323,0	29,6	9,9	332,9
Calabria	44,3	54,0	18,0	62,3	244,8	31,9	102,4	347,2
Sicilia	61,9	73,7	14,8	76,7	238,1	55,5	50,3	288,4
Sardegna	53,0	17,5	9,3	62,3	299,1	12,5	75,2	374,3
Italia	**60,9**	**57,8**	**10,8**	**71,7**	**293,6**	**39,2**	**50,0**	**343,6**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 100.000 residenti
(b) Gli Ospedali pubblici comprendono: quelli delle Aziende Usl (ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl) e quelli delle Aziende Ospedaliere (includono i Policlinici universitari e gli IRCCS).
(c) Posti letto in Aziende Ospedaliere diviso posti letto in Ospedali pubblici (x 100)

TAVOLA 3.9.3. Dotazione posti letto per specialità e tipologia di presidio

Regioni	Riabilitazione, lungodegenza, psichiatria				Totale aree			
	Ospedali Pubblici (a)(b)	Quota Az. Osp. (c)	Istituti accreditati (a)	Totale ospedali (a)	Ospedali Pubblici (a)(b)	Quota Az. Osp. (c)	Istituti accreditati (a)	Totale ospedali (a)
Piemonte	36,2	31,2	48,7	84,9	413,7	35,3	81,9	495,6
Valle d'Aosta	16,7	-	-	16,7	418,1	-	-	418,1
Lombardia	36,9	78,0	23,2	60,1	431,6	87,4	96,6	528,2
p.a. Bolzano	20,7	-	29,2	49,9	488,5	-	45,3	533,8
p.a. Trento	79,8	-	73,7	153,5	542,7	-	110,2	652,9
Veneto	52,3	6,3	4,6	56,9	500,2	17,5	28,6	528,8
Friuli Venezia Giulia	29,6	22,0	7,6	37,2	507,2	63,1	53,6	560,8
Liguria	24,2	48,3	5,8	30,0	507,6	44,3	14,5	522,1
Emilia Romagna	34,9	25,2	43,8	78,7	406,4	35,7	131,7	538,1
Toscana	15,0	28,7	21,9	36,9	430,4	31,0	63,1	493,5
Umbria	5,4	-	1,8	7,2	403,3	48,4	26,4	429,7
Marche	21,4	43,0	12,0	33,4	493,4	25,8	71,8	565,2
Lazio	23,1	37,2	135,1	158,2	406,5	42,1	215,9	622,4
Abruzzo	24,0	-	90,3	114,3	448,7	-	167,6	616,3
Molise	25,5	53,7	-	25,5	504,9	6,1	28,2	533,1
Campania	7,0	32,9	33,9	40,9	288,5	43,2	123,0	411,5
Puglia	11,0	28,2	2,0	13,0	460,2	38,1	51,2	511,4
Basilicata	16,9	14,8	-	16,9	431,3	35,1	9,9	441,2
Calabria	12,6	14,3	36,9	49,5	332,2	36,4	158,3	490,5
Sicilia	14,8	62,2	2,8	17,6	349,7	61,7	69,8	419,5
Sardegna	10,0	-	7,7	17,7	390,5	13,5	93,4	483,9
Italia	**25,1**	**37,5**	**33,1**	**58,2**	**414,1**	**43,7**	**95,5**	**509,6**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 100.000 residenti
(b) Gli Ospedali pubblici comprendono: quelli delle Aziende Usl (ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl) e quelli delle Aziende Ospedaliere (includono i Policlinici universitari e gli IRCCS).
(c) Posti letto in Aziende Ospedaliere diviso posti letto in Ospedali pubblici (x 100)

TAVOLA 3.9.4 Tasso di utilizzazione dei posti letto per specialità e tipologia di presidio

Regioni	Terapia intensiva (a)				Specialità ad elevata assistenza (a)			
	Osp. Usl (b)	Aziende Osp. (c)	Ist. accreditati	Totale	Osp. Usl (b)	Aziende Osp. (c)	Ist. accreditati	Totale
Piemonte	72,0	76,5	-	74,1	63,7	76,1	210,9	77,3
Valle d'Aosta	78,7	-	-	78,7	45,4	-	-	45,4
Lombardia	69,6	79,9	69,6	78,0	56,2	76,0	84,9	76,5
p.a. Bolzano	68,8	-	-	68,8	66,4	-	-	66,4
p.a. Trento	80,0	-	-	80,0	63,3	-	-	63,3
Veneto	76,6	89,8	-	79,0	79,9	72,6	-	76,8
Friuli Venezia Giulia	71,7	68,5	-	69,3	-	70,3	-	70,3
Liguria	77,6	76,8	80,2	77,3	66,9	81,4	74,3	76,7
Emilia Romagna	80,7	79,8	44,8	79,7	72,5	76,1	120,8	78,5
Toscana	74,9	86,9	-	80,1	80,5	73,5	69,8	75,3
Umbria	65,2	79,2	-	73,1	54,9	81,2	-	77,2
Marche	80,0	87,8	-	83,3	60,9	72,8	-	66,5
Lazio	80,0	93,9	77,9	86,2	76,0	81,8	95,2	80,1
Abruzzo	75,0	-	-	75,0	77,9	-	-	77,9
Molise	68,4	65,7	-	68,2	103,3	109,7	-	105,1
Campania	73,8	82,3	68,4	77,0	67,3	72,3	84,4	71,5
Puglia	79,6	83,4	54,6	81,6	65,5	68,3	78,4	68,0
Basilicata	66,7	94,8	-	81,6	49,0	65,0	-	59,9
Calabria	71,5	91,9	-	82,1	52,8	88,0	38,2	71,7
Sicilia	85,8	81,4	66,6	81,4	61,1	78,3	141,4	78,7
Sardegna	70,5	101,2	-	73,7	63,6	89,3	47,3	70,0
Italia	**75,7**	**82,6**	**71,0**	**79,0**	**69,7**	**75,9**	**96,2**	**75,0**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS.

TAVOLA 3.9.5 Tasso di utilizzazione dei posti letto per specialità e tipologia di presidio

Regioni	Specialità a media assistenza (a)				Specialità di base (a)			
	Osp. Usl (b)	Aziende Osp. (c)	Ist. accreditati	Totale	Osp. Usl (b)	Aziende Osp. (c)	Ist. accreditati	Totale
Piemonte	83,0	80,1	77,6	81,2	77,9	81,7	73,7	78,5
Valle d'Aosta	85,0	-	-	85,0	89,8	-	-	89,8
Lombardia	81,2	78,0	66,1	76,3	74,6	76,4	57,7	73,2
p.a. Bolzano	71,9	-	91,3	73,4	79,6	-	86,7	79,8
p.a. Trento	75,9	-	54,7	75,2	69,8	-	57,8	68,8
Veneto	82,2	84,7	91,6	83,8	79,9	78,3	78,5	79,6
Friuli Venezia Giulia	67,8	69,0	48,9	68,3	61,7	67,3	58,8	64,4
Liguria	84,8	81,9	52,2	82,4	80,3	80,9	33,9	79,8
Emilia Romagna	83,0	80,9	33,9	71,4	80,1	82,6	50,5	74,9
Toscana	76,2	72,6	32,4	73,1	71,8	75,1	46,2	69,9
Umbria	62,6	83,9	-	76,8	65,9	79,9	69,9	71,8
Marche	77,6	86,2	82,4	82,0	75,1	80,8	62,0	74,5
Lazio	73,1	83,6	66,2	77,0	79,8	85,3	62,0	78,1
Abruzzo	81,0	-	48,2	75,1	82,9	-	69,1	80,6
Molise	67,8	92,6	-	72,4	80,5	-	70,9	79,8
Campania	73,7	79,2	71,9	75,4	77,8	79,7	65,6	75,2
Puglia	66,4	80,2	71,7	73,3	69,1	80,9	59,7	71,4
Basilicata	70,9	70,4	-	70,7	73,3	66,5	53,9	70,8
Calabria	76,6	86,5	66,2	77,4	74,3	90,9	63,9	75,0
Sicilia	75,1	76,5	63,4	73,7	69,2	78,8	62,9	72,5
Sardegna	71,6	81,3	56,6	70,8	74,4	74,1	56,5	70,8
Italia	**76,7**	**79,3**	**65,5**	**76,3**	**75,9**	**78,7**	**60,7**	**74,7**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS.

TAVOLA 3.9.6. Tasso di utilizzazione dei posti letto per specialità e tipologia di presidio

Regioni	Riabilitazione, lungodegenza, psichiatria (a)				Totale aree (a)			
	Osp. Usl (b)	Aziende Osp. (c)	Ist. accreditati	Totale	Osp. Usl (b)	Aziende Osp. (c)	Ist. accreditati	Totale
Piemonte	86,4	97,9	100,8	96,2	78,7	82,0	91,2	81,7
Valle d'Aosta	65,6	-	-	65,6	84,5	-	-	84,5
Lombardia	85,7	84,6	84,4	84,7	76,6	77,4	66,2	75,3
p.a. Bolzano	104,8	-	87,9	94,9	78,9	-	88,0	79,7
p.a. Trento	76,3	-	111,0	92,9	71,4	-	93,3	75,1
Veneto	86,5	89,3	100,1	87,7	80,8	79,6	85,6	80,9
Friuli Venezia Giulia	67,6	93,2	93,0	77,2	62,7	68,3	63,4	66,0
Liguria	96,5	88,8	33,6	81,3	81,1	81,4	40,6	80,1
Emilia Romagna	82,9	89,2	74,7	79,0	80,5	82,2	57,6	75,3
Toscana	77,2	91,7	90,8	87,0	72,6	75,6	61,6	72,0
Umbria	93,6	-	79,1	90,0	66,2	80,7	70,5	73,0
Marche	81,6	94,3	95,3	90,0	75,3	83,0	70,7	76,4
Lazio	85,3	91,2	93,3	92,4	79,4	85,2	82,0	81,9
Abruzzo	68,5	-	82,2	79,3	81,3	-	74,4	79,4
Molise	84,4	101,0	-	93,3	79,9	99,3	70,9	80,5
Campania	71,4	79,1	79,2	78,3	76,4	78,7	70,7	75,4
Puglia	75,8	77,2	114,8	82,2	69,0	79,5	63,7	72,1
Basilicata	80,0	64,9	-	77,8	72,4	67,7	53,9	70,4
Calabria	75,7	85,5	78,7	78,3	73,7	89,7	67,5	75,6
Sicilia	77,4	71,6	102,0	78,3	70,2	78,1	66,1	73,6
Sardegna	69,1	-	104,6	84,6	73,4	77,5	60,4	71,4
Italia	**82,4**	**86,1**	**88,9**	**86,7**	**76,3**	**79,1**	**71,5**	**76,4**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS.

TAVOLA 3.9.7. Ricoveri ospedalieri per specialità e tipologia di presidio

Regioni	Ricoveri Terapia Intensiva e Elevata assistenza (a)				Ricoveri Riabilitazione, lungodegenza e psichiatria (b)			
	Osp. Usl	Az. Osp.	Ist. Accred.	Totale	Osp. Usl	Az. Osp.	Ist. Accred.	Totale
Piemonte	5,1	10,4	8,4	7,1	3,5	3,9	35,3	7,1
Valle d'Aosta	7,8	-	-	7,8	2,7	-	-	2,7
Lombardia	3,3	7,2	10,9	7,4	7,4	4,0	12,1	5,8
p.a. Bolzano	4,8	-	-	4,7	2,4	-	48,5	4,2
p.a. Trento	4,1	-	-	3,8	8,0	-	56,7	14,3
Veneto	5,5	9,2	-	5,9	6,4	2,1	10,4	5,8
Friuli Venezia Giulia	1,5	6,8	-	4,5	4,8	0,5	6,6	2,4
Liguria	6,4	11,0	83,4	8,8	3,6	2,3	18,6	3,2
Emilia Romagna	5,8	8,6	4,4	6,5	3,4	1,5	18,2	5,3
Toscana	5,0	14,4	3,1	7,3	2,2	1,8	18,2	3,4
Umbria	4,2	9,6	-	6,4	1,5	-	4,9	1,0
Marche	6,0	8,9	-	6,0	2,3	3,4	5,3	2,9
Lazio	5,6	12,0	4,5	7,5	2,4	1,8	19,9	5,3
Abruzzo	8,0	-	-	6,8	3,0	-	21,4	6,1
Molise	7,7	81,8	-	8,9	2,0	16,5	-	2,5
Campania	10,2	17,6	3,1	10,6	1,5	1,0	7,2	2,8
Puglia	5,9	13,9	3,2	8,5	1,7	0,8	1,8	1,4
Basilicata	5,2	15,1	-	8,2	3,1	1,2	-	2,4
Calabria	6,4	13,2	0,5	6,5	2,3	1,2	5,6	2,8
Sicilia	4,4	14,3	5,3	9,7	2,8	2,0	2,6	2,3
Sardegna	5,8	15,0	1,2	6,2	1,6	-	1,7	1,4
Italia	**5,9**	**10,8**	**4,8**	**7,6**	**3,2**	**2,4**	**12,2**	**4,2**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Ricoveri in terapia intensiva e specialità ad elevata assistenza per 100 ricoveri specialità a media assistenza e di base
(b) Ricoveri in riabilitazione, lungodegenza e psichiatria per 100 ricoveri in tutte le specialità

TAVOLA 3.10.1. Personale dipendente del Ssn (a)

Regioni	Medici			Infermieri			Infermieri
	Az. usl	Az.. Osp	Totale	Az. usl	Az.. Osp	Totale	x medico (b)
Piemonte	13,0	5,8	18,8	39,6	17,9	57,5	3,1
Valle d'Aosta	19,1	-	19,1	66,3	0,0	66,3	3,5
Lombardia	3,3	11,4	14,7	10,7	41,3	52,0	3,5
p.a. Bolzano	16,9	-	16,9	71,7	-	71,7	4,2
p.a. Trento	17,4	-	17,4	66,0	-	66,0	3,8
Veneto	14,4	2,7	17,0	54,0	12,0	66,0	3,9
Friuli Venezia Giulia	9,7	8,1	17,8	40,9	34,2	75,2	4,2
Liguria	12,2	6,2	18,4	41,8	20,3	62,1	3,4
Emilia Romagna	14,2	5,1	19,3	46,7	19,4	66,1	3,4
Toscana	14,4	4,6	19,0	50,5	16,3	66,8	3,5
Umbria	13,5	8,5	22,1	38,8	24,5	63,3	2,9
Marche	13,6	4,2	17,8	44,6	12,4	57,0	3,2
Lazio	12,6	3,5	16,1	32,2	9,2	41,4	2,6
Abruzzo	19,0	-	19,0	54,4	-	54,4	2,9
Molise	20,1	-	20,1	52,3	-	52,3	2,6
Campania	11,7	4,8	16,5	29,7	11,1	40,8	2,5
Puglia	9,9	4,7	14,5	29,6	12,9	42,6	2,9
Basilicata	11,0	4,3	15,3	29,8	13,0	42,9	2,8
Calabria	13,1	5,3	18,3	31,5	12,3	43,8	2,4
Sicilia	10,0	8,0	18,1	20,2	18,4	38,6	2,1
Sardegna	19,7	2,0	21,7	50,0	4,5	54,5	2,5
Italia	**11,5**	**5,8**	**17,2**	**34,3**	**18,2**	**52,5**	**3,0**

Regioni	Totale personale del Servizio sanitario nazionale		
	Aziende Usl	Aziende Ospedaliere	Totale
Piemonte	83,0	37,6	120,6
Valle d'Aosta	147,9	-	147,9
Lombardia	25,0	81,3	106,2
p.a. Bolzano	147,7	-	147,7
p.a. Trento	137,7	-	137,7
Veneto	100,4	20,6	121,0
Friuli Venezia Giulia	76,7	61,9	138,6
Liguria	83,1	41,1	124,2
Emilia Romagna	91,5	36,0	127,5
Toscana	98,7	30,6	129,3
Umbria	77,9	45,1	123,0
Marche	90,0	23,2	113,2
Lazio	70,2	19,5	89,7
Abruzzo	113,5	-	113,5
Molise	113,3	-	113,3
Campania	67,5	23,0	90,5
Puglia	65,5	26,0	91,5
Basilicata	71,1	23,7	94,8
Calabria	81,7	27,0	108,7
Sicilia	52,2	39,8	92,0
Sardegna	113,9	10,0	123,9
Italia	**72,8**	**36,1**	**108,9**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Unità di personale diviso abitanti (x 10.000)
(b) Numero infermieri diviso numero medici

TAVOLA 3.10.2. Retribuzione del personale dipendente del Ssn

Regioni	Medici		Altri dirigenti		Altro personale		Totale personale	
	Retribuzione Media (a)	Quota salario variabile (b)	Retribuzione Media (a)	Quota salario variabile (b)	Retribuzione Media (a)	Quota salario variabile (b)	Retribuzione Media (a)	Quota salario variabile (b)
Piemonte	9.191,8	7,2	7.746,0	11,0	3.235,2	7,8	4.347,9	7,7
Valle d'Aosta	10.348,7	3,3	7.281,5	0,3	3.498,4	8,4	4.543,0	6,6
Lombardia	7.981,6	2,1	6.941,6	2,9	3.076,4	6,4	4.012,4	4,8
p.a. Bolzano	14.627,4	36,4	10.609,4	30,7	3.741,9	12,4	5.246,8	21,6
p.a. Trento	10.645,6	3,2	8.307,3	3,3	3.328,6	11,2	4.422,4	8,3
Veneto	9.338,3	4,7	6.940,3	6,3	3.212,5	7,4	4.226,4	6,5
Friuli Venezia Giulia	8.981,4	5,9	6.820,2	7,7	3.052,0	3,6	3.924,4	4,4
Liguria	8.146,8	1,2	6.679,0	4,0	3.063,6	2,6	3.903,7	2,2
Emilia Romagna	9.276,6	4,5	7.004,7	3,8	3.293,7	8,2	4.400,8	6,7
Toscana	8.879,9	4,7	7.253,4	6,8	3.384,9	8,4	4.315,6	7,1
Umbria	8.643,2	2,0	6.204,5	1,8	3.298,9	3,5	4.408,3	2,9
Marche	9.263,3	4,6	6.912,0	5,0	3.259,4	5,9	4.345,5	5,4
Lazio	8.334,2	3,8	6.744,5	5,0	3.261,5	7,1	4.277,7	5,8
Abruzzo	8.104,0	1,1	5.975,3	1,1	3.318,2	2,3	4.249,4	1,8
Molise	8.586,1	3,0	6.376,7	3,9	3.132,0	4,7	4.313,1	4,0
Campania	8.825,5	4,7	6.766,8	5,1	3.477,3	10,2	4.553,0	8,0
Puglia	8.712,3	2,5	6.959,6	2,0	3.113,5	3,5	4.095,2	3,1
Basilicata	8.353,5	5,2	6.054,3	6,4	3.191,3	3,4	4.187,9	4,1
Calabria	8.840,2	2,8	6.728,4	1,8	3.124,4	2,6	4.225,0	2,6
Sicilia	8.094,4	2,0	6.345,2	2,7	3.113,1	4,3	4.233,8	3,4
Sardegna	8.181,4	2,9	6.063,8	1,4	3.053,9	3,9	4.120,7	3,4
Italia	**8.806,4**	**4,5**	**6.859,2**	**4,9**	**3.242,1**	**6,6**	**4.279,5**	**5,8**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Retribuzioni totali diviso numero dipendenti (x 1.000 lire)
(b) Salario variabile (incentivi e straordinari) diviso totale retribuzione (x 100)

TAVOLA 3.10.3. Incentivi e straordinari del personale dipendente del Ssn (a)

Regioni	Medici		Altri dirigenti		Altro personale		Totale personale	
	Incentivi medi	Straordinari medi	Incentivi medi	Straordinari medi	Incentivi medi	Straordinari medi	Incentivi medi	Straordinari medi
Piemonte	586,4	73,8	837,4	15,5	211,8	40,4	287,4	45,8
Valle d'Aosta	-	339,3	-	18,8	243,9	51,1	205,3	92,5
Lombardia	111,9	54,8	181,5	18,7	152,5	44,5	146,5	45,4
p.a. Bolzano	4617,4	707,5	3058,4	194,8	430,8	33,6	1009,4	123,0
p.a. Trento	59,7	282,5	40,2	236,7	268,7	103,1	236,2	130,1
Veneto	292,5	147,7	407,8	31,5	193,8	45,1	212,8	60,7
Friuli Venezia Giulia	470,2	58,0	479,5	42,7	90,3	18,2	149,1	24,0
Liguria	46,8	53,5	219,0	46,5	41,3	38,4	45,3	40,8
Emilia Romagna	252,9	160,6	229,0	39,6	226,2	45,2	230,9	64,9
Toscana	293,7	121,6	456,4	33,6	231,8	51,8	246,4	62,2
Umbria	42,0	128,7	80,9	28,9	42,9	73,3	43,7	82,7
Marche	274,3	150,2	282,8	60,4	136,5	55,8	163,3	71,3
Lazio	206,3	112,2	302,3	35,6	112,2	117,7	133,7	115,0
Abruzzo	16,7	70,1	17,6	47,8	32,8	43,8	29,5	48,7
Molise	128,0	126,9	178,3	68,0	92,8	52,9	102,3	68,1
Campania	273,1	137,6	303,5	38,3	274,3	79,6	274,9	89,2
Puglia	70,7	146,5	102,8	37,1	48,2	59,8	53,1	73,1
Basilicata	268,1	162,8	337,7	46,8	42,6	64,4	91,9	81,0
Calabria	135,9	107,9	73,2	49,7	19,8	60,1	41,6	68,1
Sicilia	93,7	69,5	139,6	29,9	79,3	56,1	83,8	58,2
Sardegna	46,0	193,0	46,1	36,6	52,4	66,0	51,0	89,9
Italia	**266,8**	**126,7**	**298,9**	**39,5**	**154,9**	**59,0**	**177,4**	**70,2**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Incentivi o straordinari totali diviso numero dipendenti (x 1.000 lire)

TAVOLA 3.11.1. Medicina di base

Regione	Scelte per medico (a)	Scelte per pediatra (b)	Prescriz. Farmaceutiche del Ssn per residente (c)	Importo medio per ricetta (d)
Piemonte	1.041	1.199	4,9	48.204
Valle d'Aosta	1.017	1.158	4,6	43.200
Lombardia	1.064	1.288	4,5	50.747
p.a. Bolzano	1.770	2.164	3,6	45.759
p.a. Trento	1.133	1.071	4,0	50.100
Veneto	1.086	1.187	4,7	44.339
Friuli Venezia Giulia	1.006	1.355	4,9	43.763
Liguria	1.009	946	5,9	50.951
Emilia Romagna	1.073	955	5,5	38.898
Toscana	1.014	1.040	5,8	42.510
Umbria	879	883	6,3	42.118
Marche	1.041	1.114	5,9	45.626
Lazio	932	1.023	5,3	49.457
Abruzzo	1.062	1.120	5,4	46.485
Molise	1.007	1.378	5,0	47.293
Campania	1.044	1.699	5,9	47.471
Puglia	1.032	1.225	5,4	45.269
Basilicata	980	1.486	5,3	44.257
Calabria	983	1.281	5,7	47.396
Sicilia	1.041	1.103	5,8	44.608
Sardegna	1.090	1.203	4,6	43.992
Italia	**1.035**	**1.202**	**5,3**	**46.294**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero della Salute e Istat - Anno 1998

(a) Residenti >14 anni diviso numero dei medici
(b) Residenti < 15 anni diviso numero dei pediatri
(c) Numero di ricette
(d) Spesa farmaceutica lorda diviso numero ricette (lire)

TAVOLA 3.12.1. Spesa farmaceutica convenzionata

Regioni	Ricette (a)		Spesa Lorda (b)		Spesa Netta (b)	
		var.%		var.%		var.%
Piemonte	23.726.040	5,4	1.405,9	15,1	1.227,1	15,9
Valle d'Aosta	621.923	6,1	35,0	14,1	30,9	15,1
Lombardia	46.003.061	6,6	2.768,0	14,1	2.403,2	14,9
Bolzano	1.903.670	5,3	115,5	14,4	101,3	15,2
Trento	2.079.997	6,1	116,5	12,9	101,9	13,4
Veneto	23.843.995	6,7	1.315,8	15,7	1.140,8	16,8
Friuli Venezia Giulia	6.425.483	6,0	348,1	12,8	303,1	13,7
Liguria	10.869.835	6,2	625,7	13,2	545,4	13,9
Emilia Romagna	24.530.622	6,1	1.217,7	12,6	1.051,1	13,5
Toscana	23.106.053	6,6	1.132,8	13,2	977,4	13,9
Umbria	5.834.888	5,5	297,8	10,1	262,4	10,8
Marche	9.501.455	5,9	492,4	12,0	429,7	12,6
Lazio	34.753.319	8,5	2.035,0	17,5	1.770,1	18,3
Abruzzo*	8.515.510	5,6	466,3	15,4	411,5	16,0
Molise	1.911.682	7,0	106,5	13,6	94,1	14,5
Campania*	39.056.029	7,0	2.172,1	13,6	1.906,1	14,2
Puglia*	25.454.388	9,1	1.418,2	15,1	1.241,8	15,6
Basilicata	3.812.579	8,8	204,1	17,3	180,5	18,2
Calabria	14.188.549	10,6	711,1	14,8	630,4	15,5
Sicilia	35.227.877	7,9	1.914,6	15,5	1.671,3	16,4
Sardegna	9.465.953	6,4	536,7	16,6	468,9	17,8
Totale	**350.832.908**	**6,8**	**19.435,8**	**15,0**	**16.949,00**	**15,1**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Federfarma- Anno 2001

(*) Dati parzialmente stimati
(a) Numero ricette e variazioni anno 2000 rispetto 1999
(b) Spesa in miliardi di lire e variazioni anno 2000 rispetto 1999

TAVOLA 3.12.2. Spesa farmaceutica convenzionata del Ssn pro-capite pesata e effettiva (a)

Regioni	Spesa Lorda		Ticket		Spesa Netta	
	pesata	effettiva	pesata	effettiva	pesata	effettiva
Piemonte	307.522	327.823	26.883	28.657	268.412	286.131
Valle d'Aosta	283.329	290.538	25.095	25.733	250.139	256.504
Lombardia	304.010	304.391	27.150	27.184	263.944	264.274
Bolzano	267.603	248.974	23.169	21.556	234.703	218.365
Trento	245.625	244.858	22.349	22.279	214.842	214.172
Veneto	290.847	290.702	27.431	27.418	252.165	252.039
Friuli Venezia Giulia	271.161	293.289	24.771	26.793	236.107	255.375
Liguria	334.100	385.415	28.567	32.955	291.223	335.953
Emilia Romagna	279.216	304.813	27.928	30.489	241.015	263.110
Toscana	293.029	319.819	28.713	31.338	252.831	275.946
Umbria	325.461	355.376	27.759	30.311	286.773	313.132
Marche	314.417	336.088	28.287	30.237	274.380	293.292
Lazio	390.101	385.184	32.991	32.575	339.321	335.044
Abruzzo*	354.194	364.254	28.788	29.606	312.568	321.447
Molise	312.316	325.109	25.806	26.864	275.952	287.256
Campania*	424.254	375.692	33.478	29.646	372.299	329.684
Puglia*	374.487	347.094	29.152	27.020	327.907	303.922
Basilicata	344.981	337.080	27.720	27.085	305.091	298.103
Calabria	367.156	347.406	28.553	27.017	325.489	307.980
Sicilia	398.815	376.723	32.995	31.167	348.136	328.851
Sardegna	344.673	325.279	29.285	27.637	301.131	284.188
Totale	**336.481**	**336.481**	**29.120**	**29.120**	**293.428**	**293.428**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Federfarma - Anno 1998

(*) Dati parzialmente stimati
(a) Valore espresso in migliaia di lire

TAVOLA 3.12.3. Spesa farmaceutica convenzionata del Ssn e vendite per classe di concedibilità

Regioni	Fatturato vendite farmaci di classe "A" e "B" (a) (1)	spesa farmaceutica lorda Ssn (b) (2)	(2)/(1) %
Piemonte	1.546	1.406	90,9
Valle d'Aosta	39	35	89,7
Lombardia	3.186	2.768	86,9
Trentino AA	262	232	88,5
Veneto	1.476	1.316	89,1
Friuli VG	398	348	87,5
Liguria	707	626	88,5
Emilia Romagna	1.428	1.218	85,3
Toscana	1.319	1.133	85,9
Umbria	320	298	93,1
Marche	542	492	90,8
Lazio	2.164	2.035	94,0
Abruzzo	519	466	89,8
Molise	111	107	95,9
Campania	2.184	2.172	99,5
Puglia	1.466	1.418	96,7
Basilicata	203	204	100,5
Calabria	729	711	97,5
Sicilia	2.057	1.915	93,1
Sardegna	598	537	89,7
Italia	**21.254**	**19.436**	**91,4**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Federfarma e Ministero della Salute - Anno 2000

(a) Valori in prezzo al pubblico (mld. lire)
(b) Valore miliardi di lire

4. Atlante sanitario delle regioni italiane

4.1. Piemonte

4.1.1. Contesto demografico

Il Piemonte ha una popolazione complessiva di 4.289.746 abitanti, pari al 7,4 per cento della popolazione italiana, ripartita per l'assistenza sanitaria in 22 Aziende Usl, la maggior parte delle quali presenta una dimensione inferiore a quella media nazionale di 293.816 cittadini. La Azienda Usl più popolosa è Collegno con 344.731 assistiti, la meno numerosa è Mondovì che ne comprende soltanto 86.305 (tav. 4.1.1.).
La popolazione presenta una struttura per età che evidenzia una quota di giovani fino a 14 anni pari all'11,9 per cento, valore inferiore a quello nazionale (14,6 per cento); al contrario, la quota di persone con più di 64 anni, pari al 19,9 per cento della popolazione, presenta un valore superiore rispetto alla media nazionale (17,6). Gli adulti (classe di età 15-64), invece, sono presenti in una quota simile a quella media nazionale (67,9 per cento), rappresentando il 68,2 per cento della popolazione.
Tra le Asl della regione, Collegno, Ciriè, Chivasso e Chieri sono quelle che presentano contemporaneamente la percentuale più alta sia di giovani (presentando tutte valori superiori o pari al 13,0 per cento), che di popolazione adulta (oltre il 70,0 per cento) e più bassa di anziani (con un massimo del 16,0 per cento nella Asl di Chivasso).
L'Asl di Cuneo spicca perché presenta la percentuale di popolazione al di sotto dei 14 anni più elevata nella regione (pari al 13,5); quella di Novi Ligure presenta la maggiore quota di anziani (26,1 per cento). La minore percentuale di adulti nella regione, invece, si registra nell'Asl di Mondovì (63,4).
I valori degli indici demografici che seguono, hanno una stretta correlazione con la struttura per età della popolazione descritta, che evidenzia una realtà in rapido invecchiamento. La media regionale dell'indice di vecchiaia (167,7 per cento), infatti, è di molto superiore alla media nazionale (120,6 per cento); tra le Aziende Sanitarie Locali, le percentuali più basse nella regione sono quelle di Chivasso (122,0), Ciriè (117,5), Collegno (116,1) e Chieri (115,1). Queste ultime, inoltre, sono le sole fra le Asl del Piemonte ad avvicinarsi alla media nazionale. La Azienda Sanitaria Locale di Novi Ligure con un valore pari a 265,3 (più del doppio di quello nazionale), presenta l'indice di vecchiaia più elevato della regione.
In conseguenza della elevata quota di anziani, anche il tasso di mortalità a livello regionale risulta essere superiore a quello medio nazionale (11,6 contro 10,0 per 1.000) con valori che variano dall'8,7 per 1.000 rilevato nell'Azienda Sanitaria Locale di Collegno al 15,3 per 1.000 di Novi Ligure.
Il Piemonte, specularmente, presenta un tasso di natalità inferiore a quello italiano (8,1 contro 9,3 per 1.000); il valore massimo si registra nella Asl di Cuneo (9,6 per 1.000), seguita da Chieri (9,0 per 1.000) e Ciriè (8,9 per 1.000); il tasso più basso si trova a Novi Ligure (6,4 per 1.000), seguito da Alessandria e Casale Monferrato (entrambi con un valore pari al 6,7 per 1.000).

Il numero di figli di età compresa tra i 0 e 4 anni per cento donne in età feconda, conferma la bassa fecondità della regione se confrontata con quella nazionale (19,6 per cento contro 21,8): solo le Asl di Cuneo (22,3), Savigliano (22,1), Alba (22,0) e Mondovì (21,8) presentano un tasso che è pari o di poco superiore a quello medio nazionale; le restanti Aziende Sanitarie Locali presentano tutte valori inferiori alla media nazionale.
Anche relativamente alla dimensione del nucleo familiare, costituito in media da 2,4 componenti, la regione presenta un valore più basso di quello nazionale (2,6), confermato in tutte le 22 Aziende Sanitarie Locali (ad eccezione di Chieri, dove risulta essere pari a 2,6).
La composizione della popolazione residente (in termini di classi di età), accompagnata da una crescita economica superiore ai livelli medi nazionali (vedi il contesto economico), contribuisce a rendere la regione un polo di attrazione; il Piemonte presenta, infatti, un tasso migratorio pari al 2,7 per 1.000, superiore a quello medio nazionale (pari all'1,6 per 1.000). All'interno della regione, il saldo migratorio è negativo solo nelle quattro Asl di Torino (dove il tasso è pari a –2,7 per 1000). Quest'ultimo valore, indica come si stia manifestando una tendenza all'abbandono della grande città, a favore di centri di minore dimensione. Il tasso più elevato in entrata, si conferma (vedi edizioni precedenti di Prometeo) quello di Novi Ligure (7,1 per 1.000).

4.1.2. Contesto economico (provinciale)

La regione presenta una situazione economica positiva rispetto al resto del Paese. Il tasso di attività, infatti, risulta pari al 49,3 per cento (considerando fra i potenzialmente attivi anche la popolazione anziana), superiore alla media nazionale (47,6 per cento), con la percentuale più bassa nella provincia di Alessandria dove la forza lavoro risulta pari al 41,7 per cento e quella più alta nella provincia di Biella con il 51,7 per cento (tav. 4.1.2.).
In Piemonte, a fronte di una elevata offerta nel mercato del lavoro, si registra un tasso di disoccupazione inferiore al dato medio del Paese: 8,3 per cento rispetto ad una media nazionale dell'11,8 per cento. Nello specifico, la disoccupazione media regionale femminile è del 13,0 per cento contro il 16,3 per cento a livello nazionale; anche quella maschile risulta inferiore rispetto alla media italiana: 5,0 a fronte del 9,1 per cento medio nazionale. La provincia con la situazione occupazionale migliore è Biella che presenta un tasso di disoccupazione complessivo pari a 4,3 per cento, notevolmente inferiore alla media regionale (8,3). Il più elevato livello di disoccupazione sia maschile che femminile si riscontra a Torino, dove il tasso corrispondente è rispettivamente di 6,8 (che rimane comunque inferiore alla media nazionale) e di 16,0 (unico valore nella regione che si avvicina al valore medio italiano femminile).
Sul versante della produzione, il valore aggiunto pro-capite risulta notevolmente più alto della media nazionale; esso, infatti, è pari a 36,6 milioni di lire contro i 31,8 medi del Paese. Le province più produttive risultano Biella e Torino, rispettivamente con 40,1 e 38,2 milioni, dati che nel caso di Torino, sembrano dipendere da una più elevata produttività, presentando quest'ultima il più elevato tasso di disoccupazione. La provincia di Asti, con un valore aggiunto pro-capite di 30,5 milioni, risulta essere, invece, la meno produttiva, pur presentando una disoccupazione non particolarmente elevata; i livelli di produttività per occupato, quindi, sono particolarmente bassi.
I depositi bancari pro-capite sono in media pari a 19,1 milioni, risultando supe-

riori al dato nazionale di 17,0 milioni: Torino e Cuneo sono le province più "ricche" con 19,9 milioni di depositi pro-capite. Assumendo i depositi come un indicatore approssimato di reddito disponibile, la provincia con meno disponibilità appare essere Verbania con 14,0 milioni.

4.1.3. Mortalità evitabile

La mortalità evitabile in Piemonte presenta valori mediamente superiori a quelli italiani: a fronte di un valore medio nazionale per uomini e donne rispettivamente pari a 170,9 e a 70,0 per 100.000 abitanti (classe di età 5-69 anni), a livello regionale ci si attesta su 181,1 per 100.000 morti evitabili maschili e 75,9 femminili (tav. 4.1.3.).
La situazione fra le diverse Aziende Sanitarie Locali appare, peraltro, piuttosto diversificata. Con riferimento alla popolazione maschile, il numero di morti evitabili più elevato si registra nell'Asl di Vercelli (213,4 morti per 100.000), mentre a Chieri sono solo 158,2. Per quanto riguarda la popolazione femminile, invece, il valore più elevato lo si registra nell'Asl di Omegna (84,6 per 100.000), e il minore ad Alba (63,1 per 100.000).
Nello specifico della composizione (seppure convenzionale) delle morti evitabili, si evidenzia che i decessi che si sarebbero potuti evitare con adeguati interventi di prevenzione primaria sono 124,7 per 100.000 per gli uomini e 34,4 per le donne (rispettivamente 113,5 e 30,0 valori medi nazionali); le morti evitabili con diagnosi precoci e/o diversi approcci terapeutici sono pari a 2,7 per 100.000 per gli uomini e a 23,6 per le donne (rispettivamente 2,4 e 21,1 valori medi nazionali); ed infine sono da attribuirsi ad una non adeguata igiene ed assistenza sanitaria 53,7 per 100.000 morti maschili e 17,9 morti femminili (rispettivamente 55,0 e 18,9 valori medi nazionali).
Si rileva una generale riduzione della mortalità evitabile nella Regione Piemonte rispetto a quella registrata negli anni precedenti (vd. edizioni precedenti di Prometeo), anche se in alcune Aziende Sanitarie Locali si continuano ad evidenziare dei picchi di mortalità evitabile, attribuibili a carenze di prevenzione primaria nella popolazione di sesso maschile: in particolare le morti evitabili sarebbero state rispettivamente 149,9 e 149,7 per 100.000 nelle Aziende Sanitarie Locali di Savignano e Biella, a fronte di una media nazionale di 113,5.

4.1.4. Rete ospedaliera

L'offerta complessiva di posti letto della regione Piemonte è di 5,0 per 1.000 abitanti, valore quasi in linea con la media nazionale (5,1).
In particolare, nei presidi ospedalieri delle Aziende Usl si registra un numero medio di letti per abitante elevato (2,7) e superiore al dato nazionale di 2,3 posti letto per 1.000 abitanti. Tale dotazione appare notevolmente diversificata tra le diverse Asl e presenta il suo valore minimo nella Asl di Cuneo con 0,6 posti letto per 1.000 abitanti e quello massimo nella Asl di Vercelli, con un numero di posti letto pari a 5,4, valore che risulta essere più del doppio di quello nazionale (tav.4.1.4.).
I posti letto che sono ubicati nelle Aziende Ospedaliere, invece, sono pari a 1,5 per 1.000 abitanti, con una dotazione regionale lievemente inferiore a quella media nazionale (pari a 1,8 posti letto per 1.000 abitanti) e che è comune a tutte le Asl del territorio piemontese. Le strutture private accreditate presentano inve-

ce, con valori che variano dallo 0,1 per 1.000 abitanti di Novara al 2,1 della Asl Torino/4, un'offerta di posti letto (0,8 per 1.000 abitanti) di poco inferiore alla media del Paese.
Analizzando l'offerta di posti letto in funzione dell'intensità assistenziale, si evidenzia una dotazione inferiore alla media nazionale per le specialità di base con 317,6 contro i 343,6 posti letto per 100.000 abitanti: diverse sono le Asl che presentano valori maggiori di quello medio del Paese, con picchi che arrivano a toccare i 536,4 posti letto per 100.000 abitanti nella Asl Vercelli. Diverse, però, sono le Asl che presentano un'offerta molto minore rispetto alla media nazionale: il valore più basso si registra nella Asl di Chivasso che presenta un numero di posti letto per le specialità di base pari a 159,0 per 100.000 abitanti.
Anche per le specialità a media ed elevata assistenza, la dotazione di posti letto è inferiore alla media italiana: rispettivamente 62,2 contro i 71,7 posti letto per 100.000 abitanti a livello nazionale per la prima e 17,9 contro i 22,8 medi del Paese per la seconda. La Asl che presenta la maggiore offerta di posti letto per le specialità a media assistenza con 94,8 è quella di Torino/1; quella che presenta maggior offerta di posti letto a specialità elevata con un valore pari a 66,2, invece, è quella di Torino/3.
Per le terapie intensive e sub intensive (ricordando che il dato non sempre è confrontabile sul territorio), il valore regionale pari a 13,0 per 100.000 abitanti è di poco inferiore agli standard nazionali (13,3), raggiungendo un picco a Novi Ligure di 30,6 posti letto per 100.000 abitanti.
Si evidenzia, inoltre, una abbondanza di posti letto per la riabilitazione e lungodegenza, che risultano ben 84,9 per 100.000 abitanti a fronte di una media italiana di 58,2. Il conseguimento di un tale dato, è dovuto soprattutto alla presenza di un picco di 557,7 posti letto per 100.000 abitanti per la riabilitazione e lungo degenza nella Asl di Ciriè.
Il tasso di utilizzazione dei posti letto a livello regionale risulta superiore a quello medio del Paese: 81,7 per cento a fronte del 76,4 per cento nazionale; tale andamento è piuttosto disomogeneo sul territorio regionale: esso varia tra il 93,2 per cento registrato a Ciriè ed il 70,7 di Casale Monferrato.

4.1.5. Medici ed infermieri dipendenti del Ssn

Nella regione Piemonte i dipendenti delle Aziende Usl sono 120,6 per 10.000 abitanti, superiore al dato medio nazionale (108,9 per 10.000 abitanti). Quest'ultimo valore non è raggiunto in diverse Asl della regione; in particolare, il tasso più basso, si registra a Cuneo che presenta il minor numero di dipendenti per 10.000 abitanti del Piemonte (81,2) (tav. 4.1.5.).
Il numero di medici dipendenti del Ssn per abitante è superiore al valore medio nazionale (18,8 medici per 10.000 abitanti contro 17,2 a livello nazionale). La dotazione di medici nella regione varia tra un massimo di 26,1 medici per 10.000 abitanti nella Asl di Vercelli e un minimo di 10,9 nella Asl di Cuneo.
I medici che operano nelle Aziende Ospedaliere, presentano una media regionale di 5,8 per 10.000, allineata con gli standard nazionali; quelli impiegati nelle Aziende Sanitarie Locali, invece, con una media regionale pari a 13,0 per 10.000 abitanti risultano superiori al valore nazionale di 11,5 per 10.000 abitanti.
Anche per il personale infermieristico, il dato è superiore (57,5 per 10.000 abitanti) alla media nazionale di 52,5 infermieri per 10.000 abitanti: in particolare, il numero di infermieri in rapporto agli abitanti che si registra nelle diverse Asl varia tra i 35,3 della Asl di Cuneo e gli 89,4 della Asl di Savigliano. Mentre la dota-

zione di personale infermieristico operante nelle Aziende Usl supera il dato nazionale (34,3) con 39,6 infermieri per 10.000 abitanti, quello impiegato nelle Aziende Ospedaliere risulta di poco inferiore alla media nazionale (18,2) con 17,9 infermieri per 10.000 abitanti.
Il numero di infermieri per medico a livello regionale è pari a 3,1 allineandosi al dato nazionale; il valore di questo indice è pari (o si discosta di poco) alla media del Paese nella maggior parte delle Asl piemontesi; più precisamente, varia tra il minimo di 2,6 infermieri per medico della Asl di Torino/4 e il valore massimo di 3,6 della Asl di Savigliano.

4.1.6. Medicina di base

In Piemonte gli abitanti residenti adulti per medico di base sono in media 1.041 valore di poco superiore a quello medio nazionale (1.035).
Con riferimento alla pediatria di base, invece, il valore medio regionale pari a 1.199, risulta di poco inferiore a quello riscontrato mediamente in Italia di 1.202 bambini di età compresa tra i 0 e i 14 anni per pediatra. (tav. 4.1.6.).
I dati misurati nelle singole Aziende Usl presenti sul territorio evidenziano un numero di residenti per medico abbastanza omogeneo, passando dalla Asl di Torino/2 con 927 adulti per medico a quella di Torino/4 con 1.167.
Considerando il numero di bambini per pediatra, invece, la disomogeneità sul territorio è elevata, con un dato che varia dai 2.129 bambini per pediatra nella Asl di Savignano ai 923 presenti nella Asl di Torino/2.
Per quanto riguarda l'attività prescrittiva, il numero di ricette per assistito è, nella maggior parte delle Aziende Usl, inferiore alla media registrata a livello nazionale (4,9 ricette per assistito nella regione, contro 5,3 nel Paese). Nelle Asl di Torino/1 e Alessandria, tale valore arriva ad essere pari a 6,0; il numero più basso di prescrizioni, invece, si riscontra nella Asl di Cuneo (4,0).
A fronte di tale dato, però, si registra una spesa media per ricetta prescritta di lire 48.204, superiore alla media nazionale (lire 46.294). In particolare, si passa da un importo medio di lire 39.600 nella Asl di Collegno a quello di 56.300 lire nella Asl Torino/1, nella quale si registra anche un elevato numero di ricette per assistito (come ricordato sopra 6,0).

TAVOLA 4.1.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Torino/1	261.344	196,4	|	|
Torino/2	236.310	209,3	10,7	7,9
Torino/3	220.995	173,6	|	|
Torino/4	193.619	172,6	|	|
Collegno	344.731	116,1	8,7	8,5
Ciriè	192.358	117,5	9,9	8,9
Chivasso	190.336	122,0	9,6	8,7
Chieri	285.032	115,1	8,8	9,0
Ivrea	186.235	178,7	12,3	7,6
Pinerolo	128.395	176,4	12,8	8,0
Vercelli	182.426	203,6	13,6	7,3
Biella	182.283	191,5	12,9	7,7
Novara	306.497	154,4	11,1	8,3
Omegna	179.793	168,2	11,7	8,3
Cuneo	152.278	145,6	11,9	9,6
Mondovì	86.305	209,3	15,1	8,5
Savigliano	159.628	147,0	12,6	8,6
Alba	156.830	156,4	12,4	8,6
Asti	198.442	207,3	13,7	7,8
Alessandria	186.280	238,4	14,7	6,7
Casale Monferrato	117.275	227,5	15,2	6,7
Novi Ligure	142.357	265,3	15,3	6,4
Media regionale	194.988	167,7	11,6	8,1
Media nazionale	293.816	120,6	10,0	9,3

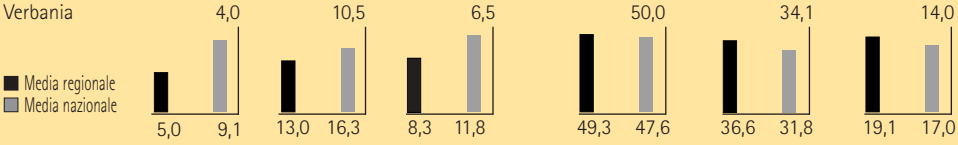
Usl	Bimbi x donna feconda (e)	Numero medio di componenti la famiglia (f)	Tasso migratorio (x 1000) (g)	Popolazione 0-14 anni % su totale	Popolazione 15-64 anni % su totale	Popolazione > 64 anni % su totale
Torino/1	18,5	|	|	10,5	68,9	20,6
Torino/2	17,9	2,2	-2,7	10,2	68,6	21,3
Torino/3	18,5	|	|	11,3	69,1	19,6
Torino/4	19,3	|	|	11,4	69,0	19,6
Collegno	20,0	2,5	2,2	13,0	71,8	15,1
Ciriè	20,2	2,5	5,9	13,4	70,9	15,7
Chivasso	20,4	2,5	0,0	13,2	70,8	16,0
Chieri	20,1	2,6	2,4	13,4	71,3	15,4
Ivrea	19,2	2,3	2,8	11,7	67,3	21,0
Pinerolo	20,1	2,3	4,3	12,0	66,9	21,1
Vercelli	18,8	2,4	3,4	11,2	66,1	22,7
Biella	19,4	2,3	3,4	11,4	66,8	21,8
Novara	19,6	2,4	5,4	12,4	68,5	19,1
Omegna	19,6	2,4	3,8	11,8	68,4	19,8
Cuneo	22,3	2,4	4,7	13,5	66,7	19,7
Mondovì	21,8	2,3	5,7	11,8	63,4	24,7
Savigliano	22,1	2,5	6,0	13,3	67,1	19,6
Alba	22,0	2,5	6,9	13,1	66,5	20,4
Asti	19,6	2,4	7,0	11,3	65,3	23,4
Alessandria	17,0	2,3	4,8	10,0	66,2	23,8
Casale Monferrato	18,3	2,3	4,1	10,5	65,5	23,9
Novi Ligure	17,3	2,2	7,1	9,8	64,1	26,1
Media regionale	19,6	2,4	2,7	11,9	68,2	19,9
Media nazionale	21,8	2,6	1,6	14,6	67,9	17,6

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Popolazione media residente 1998
(b) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione (x1.000)
(d) Nati nell'anno diviso popolazione totale residente (x1.000)
(e) Bimbi residenti <5 anni diviso donne in età feconda (15-44 anni)(x 100)
(f) Popolazione diviso numero delle famiglie
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 4.1.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività (d)	Valore aggiunto pro-capite (e)	Depositi bancari pro-capite (e)
Torino	6,8	16,0	10,7	50,3	38,2	19,9
Vercelli	3,1	8,0	5,1	49,5	34,9	19,2
Novara	2,6	8,7	5,0	50,4	37,3	18,7
Cuneo	2,4	10,3	5,4	49,8	34,4	19,9
Asti	3,6	8,7	5,6	49,7	30,5	17,2
Alessandria	4,1	12,2	7,4	41,7	33,5	17,5
Biella	3,2	5,7	4,3	51,7	40,1	18,4
Verbania	4,0	10,5	6,5	50,0	34,1	14,0

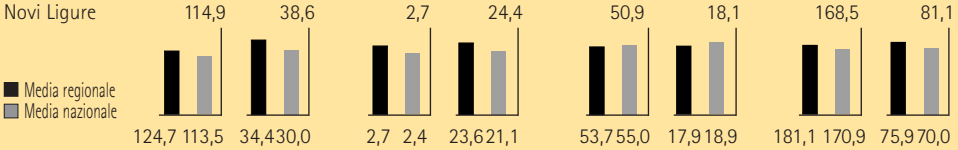


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat, Ancitel e Istituto Tagliacarne - Anno 1998

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi (x100)
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine (x100)
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro (x100)
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore espresso in milioni di lire

TAVOLA 4.1.3. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause (a)

Usl	Prevenz. Primaria Maschi	Prevenz. Primaria Femmine	Diagn. Precoce e Terapia Maschi	Diagn. Precoce e Terapia Femmine	Igiene e Ass. Sanit. Maschi	Igiene e Ass. Sanit. Femmine	Tutte le Cause Maschi	Tutte le Cause Femmine
Torino/1								
Torino/2	105,3	31,9	1,8	25,2	54,7	18,6	161,8	75,7
Torino/3								
Torino/4								
Collegno	108,5	32,6	3,4	25,0	50,6	18,6	162,5	76,2
Ciriè	126,0	33,6	2,4	25,9	55,7	19,0	184,1	78,5
Chivasso	120,2	34,3	3,1	22,4	47,9	17,5	171,2	74,2
Chieri	103,7	31,4	2,7	20,1	51,8	14,4	158,2	65,9
Ivrea	136,6	37,7	2,2	18,1	49,9	17,8	188,7	73,6
Pinerolo	140,9	40,7	3,4	22,6	54,3	17,9	198,6	81,2
Vercelli	147,9	36,1	3,7	22,5	61,8	19,4	213,4	78,0
Biella	149,7	33,8	1,1	25,3	55,2	24,6	206,0	83,7
Novara	135,1	32,8	3,2	24,2	58,7	15,9	197,0	72,9
Omegna	146,9	42,1	1,6	22,6	70,0	19,9	218,5	84,6
Cuneo	147,9	39,1	4,1	24,8	46,3	17,7	198,3	81,6
Mondovì	141,2	36,6	4,2	21,7	44,9	13,1	190,3	71,4
Savigliano	149,9	43,3	2,0	24,3	56,8	21,4	208,7	89,0
Alba	131,9	30,8	2,9	21,5	51,2	10,8	186,0	63,1
Asti	127,4	31,4	3,8	25,0	49,0	19,4	180,2	75,8
Alessandria	122,3	35,0	3,1	22,4	54,9	18,4	180,3	75,8
Casale Monferrato	146,7	32,8	3,1	23,3	47,1	13,8	196,9	69,9
Novi Ligure	114,9	38,6	2,7	24,4	50,9	18,1	168,5	81,1



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1996,1997 e 1998

(a) Tassi standardizzati (x 100.000 ab.); morti 5-69 anni; popolazione tipo = popolazione mondiale

TAVOLA 4.1.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Torino/1	3,5		-	5,0
Torino/2	1,5		0,9	3,9
Torino/3	2,2		0,9	4,5
Torino/4	2,9		2,1	6,5
Collegno	1,3		0,6	3,4
Ciriè	3,7		3,7	8,9
Chivasso	0,9		-	2,3
Chieri	1,7		1,0	4,2
Ivrea	3,3		0,3	5,1
Pinerolo	3,9	1,5	-	5,3
Vercelli	5,4		0,5	7,4
Biella	3,6		0,2	5,2
Novara	1,7		0,1	3,2
Omegna	3,5		1,5	6,4
Cuneo	0,6		1,6	3,6
Mondovì	3,3		-	4,8
Savigliano	4,5		-	6,0
Alba	2,7		1,8	6,0
Asti	3,5		1,0	6,0
Alessandria	1,5		1,1	4,0
Casale Monferrato	4,1		0,5	6,0
Novi Ligure	3,3		0,3	5,1
Media regionale	2,7	1,5	0,8	5,0
Media nazionale	2,3	1,8	1,0	5,1

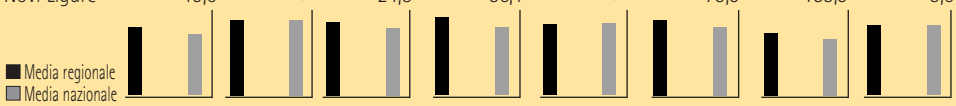
Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. (d)
	Specialità di base	Specialità a media assistenza	Specialità a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez.	
Torino/1	317,5	94,8	15,2	16,7	54,9	80,2
Torino/2	239,4	69,2	11,4	13,6	57,0	87,7
Torino/3	201,5	57,4	66,2	14,1	115,4	82,7
Torino/4	484,6	87,2	21,7	12,7	44,8	79,5
Collegno	200,1	37,6	11,4	8,9	81,2	84,1
Ciriè	272,6	41,8	11,4	6,0	557,7	93,2
Chivasso	159,0	40,8	11,4	10,2	11,3	86,9
Chieri	238,3	75,4	11,4	10,9	79,7	88,7
Ivrea	366,2	59,3	20,0	13,0	48,4	76,9
Pinerolo	357,0	84,3	11,4	18,5	60,4	80,7
Vercelli	536,4	90,7	24,0	20,8	66,7	73,1
Biella	362,9	73,1	20,7	20,8	42,1	74,1
Novara	217,0	48,1	11,4	10,9	33,2	78,1
Omegna	496,9	68,2	19,7	13,8	43,0	83,0
Cuneo	225,4	29,8	11,4	6,0	88,1	87,3
Mondovì	354,0	53,0	13,7	17,6	37,9	84,9
Savigliano	472,1	59,2	11,4	11,0	42,6	72,9
Alba	357,2	49,6	11,4	11,1	166,9	84,5
Asti	393,4	69,6	27,5	9,5	98,0	84,9
Alessandria	261,5	52,9	16,8	6,0	65,0	81,2
Casale Monferrato	456,8	75,8	22,5	17,1	29,2	70,7
Novi Ligure	383,3	58,6	11,4	30,6	21,8	79,1
Media regionale	317,6	62,2	17,9	13,0	84,9	81,7
Media nazionale	343,6	71,7	22,8	13,3	58,2	76,4

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 1.000 residenti
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS. Inoltre per il complesso delle Aziende ospedaliere si è tenuto conto dell'indice medio regionale di posti letto attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Azienda Usl della regione di appartenenza.
(d) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)

TAVOLA 4.1.5. Medici e Infermieri dipendenti del Ssn (a)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (b)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Torino/1	10,3		16,1	25,9		43,8	103,5	2,7
Torino/2	9,5		15,3	29,2		47,1	99,7	3,1
Torino/3	13,9		19,7	36,4		54,3	118,7	2,8
Torino/4	14,7		20,5	35,7		53,6	116,1	2,6
Collegno	9,2		15,0	30,2		48,1	104,9	3,2
Ciriè	9,3		15,1	28,7		46,6	100,1	3,1
Chivasso	8,3		14,1	25,1		42,9	89,4	3,0
Chieri	11,9		17,7	35,8		53,7	112,5	3,0
Ivrea	16,9		22,6	52,1		70,0	148,0	3,1
Pinerolo	14,7		20,5	49,2		67,1	138,9	3,3
Vercelli	20,3		26,1	61,7		79,6	165,3	3,1
Biella	15,4	5,8	21,2	46,4	17,9	64,3	134,3	3,0
Novara	9,6		15,3	30,5		48,4	95,0	3,2
Omegna	16,8		22,6	54,9		72,8	144,8	3,2
Cuneo	5,1		10,9	17,4		35,3	81,2	3,2
Mondovì	19,1		24,9	56,3		74,2	151,8	3,0
Savigliano	18,8		24,6	71,5		89,4	175,4	3,6
Alba	15,4		21,2	47,2		65,1	131,0	3,1
Asti	16,2		22,0	50,5		68,4	143,8	3,1
Alessandria	8,3		14,1	27,3		45,1	97,7	3,2
Casale Monferrato	17,1		22,9	50,0		67,8	133,0	3,0
Novi Ligure	19,0		24,8	56,1		73,9	153,9	3,0



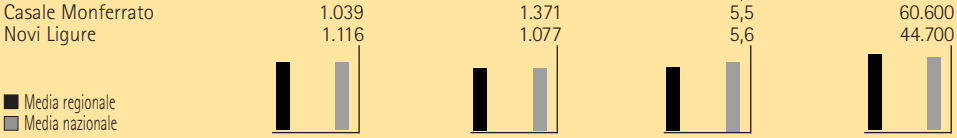
13,0 11,5 5,8 5,8 18,8 17,2 39,6 34,3 17,9 18,2 57,5 52,5 120,6 108,9 3,1 3,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Valori x 10.000 abitanti
(b) Media regionale del personale delle Aziende ospedaliere. Al personale delle Aziende ospedaliere è stato associato un bacino di utenza regionale. Per questo motivo tale personale è stato convenzionalmente attribuito pro-quota a ciascuna delle Aziende Usl della regione.

TAVOLA 4.1.6. Medicina di base

Usl	Scelte per medico (a)	Scelte per pediatra (b)	Prescriz. Farmaceutiche del Ssn per residente (c)	Importo Medio per ricetta (d)
Torino/1	987	980	6,0	56.300
Torino/2	927	923	4,7	45.200
Torino/3	1.060	997	4,2	44.200
Torino/4	1.167	1.049	4,5	53.900
Collegno	1.090	1.124	5,2	39.600
Ciriè	1.048	991	4,2	47.200
Chivasso	1.088	927	4,5	45.100
Chieri	1.046	976	4,7	55.500
Ivrea	1.047	1.041	4,5	45.900
Pinerolo	1.028	1.396	4,5	48.700
Vercelli	1.026	1.696	5,5	47.400
Biella	1.049	1.729	4,7	47.100
Novara	1.021	1.407	5,3	51.500
Omegna	1.043	1.514	4,4	48.600
Cuneo	1.070	1.213	4,0	47.300
Mondovì	1.028	2.041	4,9	41.700
Savigliano	1.056	2.129	4,5	49.500
Alba	1.065	1.576	4,9	43.100
Asti	967	1.723	5,3	50.100
Alessandria	1.023	1.161	6,0	44.700
Casale Monferrato	1.039	1.371	5,5	60.600
Novi Ligure	1.116	1.077	5,6	44.700



1.041 1.035 1.199 1.202 4,9 5,3 48.204 46.294

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat e Ministero della Salute - Anno 1998

(a) Residenti >14 anni diviso numero dei medici
(b) residenti < 15 anni diviso numero dei pediatri
(c) Numero di ricette
(d) Spesa farmaceutica lorda diviso numero di ricette (lire)

4.2. Valle d'Aosta

4.2.1. Contesto demografico

La Valle d'Aosta ha 119.802 abitanti, pari allo 0,21 per cento della popolazione italiana, che per l'assistenza sanitaria sono a carico di un'unica Azienda, con una numerosità molto minore rispetto a quella media nazionale, pari a 293.816 cittadini (tav. 4.2.1.).

La popolazione presenta una struttura per età che evidenzia una quota di giovani fino a 14 anni inferiore del 2,0 per cento rispetto a quella nazionale (pari al 14,6 per cento); la quota di persone con più di 64 anni, invece, è pari al 18,3 per cento della popolazione della regione, ed è superiore dello 0,7 per cento al dato nazionale. Anche la quota della popolazione appartenente alla classe d'età 15-64 anni, mostrando un valore pari al 69,1 per cento, si presenta superiore a quella registrata a livello nazionale (67,9 per cento).

Per quanto concerne la struttura per età della popolazione e le sue determinanti possiamo vedere che la media regionale dell'indice di vecchiaia (145,7 per cento) è sensibilmente più alta della media nazionale (120,6 per cento). In conseguenza della più elevata quota di anziani, anche il tasso di mortalità a livello regionale è superiore a quello medio nazionale (10,5 contro 10,0 per 1.000 abitanti). Il tasso di natalità, di contro, pari a 9,1 per 1.000 abitanti, è di poco inferiore a quello nazionale (9,3).

Il numero di figli in età 0-4 anni per cento donne in età feconda, inoltre, conferma una percentuale di fecondità nella regione più bassa di quella nazionale (20,6 contro 21,8 per cento).

Anche la dimensione del nucleo familiare, che vede in media 2,3 componenti, è inferiore alla media nazionale, che è pari a 2,6.

La elevata crescita economica della regione unita al quadro demografico appena descritto, fa della Valle d'Aosta uno dei maggiori poli di attrazione (sotto il profilo migratorio) presenti sul territorio nazionale: il valore del tasso migratorio, infatti, è pari al 4,7 per 1.000 contro un valore medio italiano dell'1,6 per 1.000.

4.2.2. Contesto economico (provinciale)

L'economia della Valle d'Aosta presenta indicatori positivi rispetto a quelli delle altre regioni italiane.

Il tasso di attività, infatti, risulta pari al 52,7 per cento (considerando fra i potenzialmente attivi anche la popolazione anziana), ed è significativamente superiore alla media nazionale (47,6 per cento).

A fronte di una elevata propensione ad offrirsi sul mercato del lavoro dei valdostani, si rileva un tasso di disoccupazione che è pari a meno della metà di quello nazionale (5,3 per cento rispetto ad una media nazionale pari all'11,8 per cento). Nello specifico, la situazione occupazionale femminile si presenta parti-

colarmente positiva con una disoccupazione media regionale solo del 6,5 per cento (16,3 per cento a livello nazionale); anche la disoccupazione maschile è comunque bassa: 4,5 per cento rispetto al 9,1 per cento medio nazionale (tav.4.2.2.).
Sul versante della produzione, in Valle d'Aosta il valore aggiunto pro-capite risulta più elevato della media nazionale (31,8 milioni di lire), essendo pari a 40,5 milioni di lire.
I depositi bancari pro-capite sono in media pari a 21,8 milioni, risultando notevolmente superiori al valore nazionale di 17 milioni, e potrebbero indicare elevata disponibilità di reddito.

4.2.3. Mortalità evitabile

L'unica Azienda Usl presente in Valle d'Aosta registra in termini di mortalità evitabile valori mediamente superiori a quelli nazionali: a fronte di un valore medio nazionale per uomini e donne (di età compresa tra 5 e 69 anni) rispettivamente pari a 170,9 e a 70,0 per 100.000 abitanti, a livello regionale ci si attesta su 220,1 per 100.000 morti evitabili maschili e 84,5 femminili (tav. 4.2.3.).
Nello specifico della composizione delle morti evitabili, si evidenzia che i decessi che si sarebbero potuti evitare con adeguati interventi di prevenzione primaria sono 161,2 per 100.000 per gli uomini e 38,2 per le donne (contro dati nazionali rispettivamente pari a 113,5 e a 30,0); le morti evitabili con diagnosi precoci e/o diversi approcci terapeutici sono pari a 1,8 per gli uomini e a 25,1 per le donne (dati nazionali rispettivamente pari a 2,4 e a 21,1); infine, sono da attribuirsi ad una non adeguata igiene ed assistenza sanitaria 57,1 su 100.000 morti maschili e 21,2 su 100.000 morti femminili (valori medi nazionali rispettivamente pari a 55,0 e a 18,9).
Nella regione Valle d'Aosta si è riscontrata nel 1998 una generale riduzione della mortalità evitabile sia maschile che femminile, rispetto a quella registrata nel periodo 1995-1997 (vd. edizioni precedenti di Prometeo).

4.2.4. Rete ospedaliera

La dotazione complessiva di posti letto di cui dispone la Valle d'Aosta ammonta a 4,2 per 1.000 abitanti; valore notevolmente inferiore alla media nazionale che è pari a 5,1 posti letto per 1.000 abitanti (tav. 4.2.4.).
L'intera dotazione di posti letto (4,2 per 1.000 abitanti) è ubicata nel presidio ospedaliero dell'unica Azienda Sanitaria Locale (tale quota è quasi il doppio della media italiana di 2,3 letti per 1.000 abitanti, fenomeno in parte spiegato dall'assenza nella regione di Aziende Ospedaliere).
Ne consegue, quindi, che non vi è offerta di posti letto né da parte di presidi classificati come Aziende Ospedaliere, né da parte di strutture private accreditate.
Per quanto concerne la struttura dell'offerta, e quindi l'intensità assistenziale, si evidenzia una disponibilità di letti per le specialità di base che a livello regionale risulta essere di molto inferiore alla disponibilità media nazionale (273,8 posti letto per 100.000 abitanti contro i 343,6 medi in Italia).
Anche per le terapie intensive e sub intensive la disponibilità di letti pari a 8,3 ogni 100.000 abitanti risulta essere inferiore ai valori medi italiani, pari invece a 13,3. Di contro, per le specialità a media ed elevata assistenza, i valori sembrano di molto superiori rispetto alla media italiana (a livello regionale rispettivamente

pari a 90,1 e a 29,2 posti letto per 100.000 abitanti contro i 71,7 e i 22,8 in Italia). Si evidenzia inoltre il permanere di una forte carenza di posti letto per la riabilitazione e lungodegenza che risultano, infatti, appena 16,7 per 100.000 abitanti a fronte di una media italiana di 58,2.
Il tasso di utilizzazione dei posti letto risulta a livello regionale superiore a quello medio italiano: 84,5 per cento a fronte del 76,4 per cento nazionale.

4.2.5. Medici ed infermieri dipendenti del Ssn

Il numero di medici e infermieri dipendenti del Ssn nella regione Valle d'Aosta (147,9 per 10.000 abitanti), si colloca al disopra del dato medio nazionale (108,9 per 10.000 abitanti) (tav. 4.2.5.).
Sempre a livello regionale, l'intero ammontare dei medici opera nell'unica Azienda Sanitaria Locale; il valore corrispondente, quindi, pari a 19,1 per 10.000 abitanti, risulta molto superiore alla quota media nazionale di 11,5 per 10.000 abitanti. Più nel dettaglio, il numero di medici dipendenti del Ssn per abitante risulta superiore al dato medio nazionale (19,1 medici per 10.000 abitanti contro 17,2 a livello nazionale).
Per quanto concerne il personale infermieristico, anche questo dato si presenta significativamente superiore a quello nazionale; il dato appare particolarmente elevato, infatti, con 66,3 contro 52,5 per 10.000 abitanti. La disponibilità di infermieri, operanti nell'Azienda sanitaria locale, in rapporto agli abitanti, in particolare, è notevolmente superiore al dato nazionale: abbiamo infatti 66,3 infermieri per 10.000 abitanti a fronte dei 34,3 nazionali (un valore così elevato rispetto alla media del Paese è anche dovuto all'assenza nella regione di Aziende Ospedaliere).
L'indicatore relativo al numero di infermieri per medico si attesta, ad un livello pari a 3,5 infermieri per medico, contro una disponibilità nazionale per medico di 3,0 infermieri.

4.2.6. Medicina di base

La Val d'Aosta con riferimento alla medicina di base, si presenta sostanzialmente in linea con la realtà nazionale. Nella regione, infatti, vi sono mediamente 1.017 abitanti (adulti residenti) per medico di base, valore leggermente inferiore ai 1.035 che si registrano a livello nazionale (tav. 4.2.6.).
La medesima tendenza si conferma se si considera la pediatria di base: in questa regione si hanno, infatti, in media 1.158 bambini (0-14 anni) residenti per medico pediatra, a fronte dei 1.202 rilevati mediamente in Italia.
L'attività prescrittiva risulta essere in Val d'Aosta inferiore rispetto alla media registrata a livello nazionale (4,6 ricette per assistito contro 5,3).
Dal punto di vista dell'onere economico, inoltre, a livello regionale si evidenzia un importo medio per ricetta prescritta di lire 43.200, che è leggermente inferiore alla media nazionale (lire 46.294).

TAVOLA 4.2.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Aosta	119.802	145,7	10,5	9,1
Media regionale	119.802	145,7	10,5	9,1
Media nazionale	293.816	120,6	10,0	9,3

Usl	Bimbi x donna feconda (e)	Numero medio di componenti la famiglia (f)	Tasso migratorio (x 1000) (g)	Popolazione 0-14 anni % su totale	Popolazione 15-64 anni % su totale	Popolazione > 64 anni % su totale
Aosta	20,6	2,3	4,7	12,6	69,1	18,3
Media regionale	20,6	2,3	4,7	12,6	69,1	18,3
Media nazionale	21,8	2,6	1,6	14,6	67,9	17,6

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Popolazione media residente 1998
(b) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione (x1.000)
(d) Nati nell'anno diviso popolazione totale residente (x1.000)
(e) Bimbi residenti <5 anni diviso donne in età feconda (15-44 anni)(x 100)
(f) Popolazione diviso numero delle famiglie
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 4.2.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività (d)	Valore aggiunto pro-capite (e)	Depositi bancari pro-capite (e)
Aosta	4,5	6,5	5,3	52,7	40,5	21,8
Media regionale	4,5	6,5	5,3	52,7	40,5	21,8
Media nazionale	9,1	16,3	11,8	47,6	31,8	17,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat, Ancitel e Istituto Tagliacarne - Anno 1998

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi (x100)
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine (x100)
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro (x100)
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore espresso in milioni di lire

TAVOLA 4.2.3. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause (a)

Usl	Prevenz. Primaria Maschi	Prevenz. Primaria Femmine	Diagn. Precoce e Terapia Maschi	Diagn. Precoce e Terapia Femmine	Igiene e Ass. Sanit. Maschi	Igiene e Ass. Sanit. Femmine	Tutte le Cause Maschi	Tutte le Cause Femmine
Aosta	161,2	38,2	1,8	25,1	57,1	21,2	220,1	84,5
Media regionale	161,2	38,2	1,8	25,1	57,1	21,2	220,1	84,5
Media nazionale	113,5	30,0	2,4	21,1	55,0	18,9	170,9	70,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1996,1997 e 1998

(a) Tassi standardizzati (x 100.000 ab.); morti 5-69 anni; popolazione tipo = popolazione mondiale

TAVOLA 4.2.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Aosta	4,2 / 2,3	- / 1,8	- / 1,0	4,2 / 5,1

■ Media regionale
■ Media nazionale

Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. (d)
	Specialità di base	Specialità a media assistenza	Specialità a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez.	
Aosta	273,8 / 343,6	90,1 / 71,7	29,2 / 22,8	8,3 / 13,3	16,7 / 58,2	84,5 / 76,4

■ Media regionale
■ Media nazionale

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 1.000 residenti
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS. Inoltre per il complesso delle Aziende ospedaliere si è tenuto conto dell'indice medio regionale di posti letto attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Azienda Usl della regione di appartenenza.
(d) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)

TAVOLA 4.2.5. Medici e Infermieri dipendenti del Ssn (a)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (b)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Aosta	19,1 / 11,5	- / 5,8	19,1 / 17,2	66,3 / 34,3	- / 18,2	66,3 / 52,5	147,9 / 108,9	3,5 / 3,0

■ Media regionale
■ Media nazionale

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Valori x 10.000 abitanti
(b) Media regionale del personale delle Aziende ospedaliere. Al personale delle Aziende ospedaliere è stato associato un bacino di utenza regionale. Per questo motivo tale personale è stato convenzionalmente attribuito pro-quota a ciascuna delle Aziende Usl della regione.

TAVOLA 4.2.6. Medicina di base

Usl	Scelte per medico (a)	Scelte per pediatra (b)	Prescriz. Farmaceutiche del Ssn per residente (c)	Importo Medio per ricetta (d)
Aosta	1.017 / 1.035	1.158 / 1.202	4,6 / 5,3	43.200 / 46.294

■ Media regionale
■ Media nazionale

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat e Ministero della Salute - Anno 1998

(a) Residenti >14 anni diviso numero dei medici
(b) residenti < 15 anni diviso numero dei pediatri
(c) Numero di ricette
(d) Spesa farmaceutica lorda diviso numero di ricette (lire)

4.3. Lombardia

4.3.1. Contesto demografico

La regione Lombardia consta di una popolazione di oltre 9.000.000 di abitanti suddivisi, per l'assistenza sanitaria, in 14 Aziende Usl la cui numerosità si attesta, mediamente, al di sopra della dimensione media italiana (293.816), ad eccezione di due Asl: Lodi e Sondrio, che assistono, rispettivamente, 200.813 e 177.382 abitanti; mentre le Asl più popolose sono quella di Milano (1.305.296 abitanti), Milano/3 (1.003.313) e quella di Brescia (1.084.279).
Relativamente alle caratteristiche della struttura per età della popolazione lombarda, si evidenzia la prevalenza di popolazione anziana (con più di 64 anni di età) rispetto a quella giovane (fino ai 14 anni), la prima rappresenta, infatti, il 17,0 per cento della popolazione contro il 13,0 per cento dei giovani; mentre, la popolazione appartenente alla classe di età 15-64 anni, rappresenta il 70,0 per cento.
A livello di singole Asl, quella di Mantova, Milano e Pavia si distinguono dalle altre, per l'elevata percentuale di popolazione anziana che si attesta su valori superiori al 20,0 per cento, presentando al tempo stesso la minor quota di popolazione giovane: 11,6 per cento a Mantova, 10,3 a Milano e 11,1 nella Asl di Pavia. Le Asl con la popolazione più giovane sono quella di Milano /2, con il 14,2 per cento di popolazione giovane a fronte del 12,5 per cento di popolazione anziana; e quella di Bergamo, in cui vi è una sostanziale parità tra le due classi di età, (14,6 per cento di giovani contro i 14,9 per cento di anziani).
Tale struttura per età della popolazione si riflette negli indici demografici della regione. L'indice di vecchiaia medio regionale è pari a 130,7, con picchi di 204,2 e 196,2 nelle Aziende Usl di Milano e Pavia, e valori minimi (al di sotto della media nazionale) in quella di Milano/2 (87,9) e Bergamo (102,0).
Relativamente all'indice di mortalità, a livello regionale si presenta, di poco inferiore a quello medio nazionale (9,8 contro 10,0 per 1.000 abitanti), con valore minimo di 7,3 per 1.000 abitanti nella Asl di Milano /2, e valore massimo pari a 13,6 in quella di Pavia.
L'indice di natalità, che a livello regionale è inferiore a quello nazionale, risulta ovviamente, più elevato laddove è presente la quota maggiore di giovani, la Asl di Bergamo registra un valore pari a 10,1 per 1.000 abitanti e quella di Milano /2 pari a 9,9; i valori più bassi si rilevano nelle Asl di Pavia (7,5), di Milano e Cremona (8,0 per entrambe). Infine, i dati relativi al numero di bimbi tra gli zero e i 4 anni per donna feconda, risultano ovunque minori rispetto alla media nazionale pari a 21,8, solo Bergamo e Brescia presentano valori almeno pari a questa, rispettivamente: 22,1 bimbi per donna feconda nella prima Asl, e 21,8 nella seconda. Con riferimento al numero medio di componenti la famiglia, la regione presenta un valore medio praticamente analogo a quello medio nazionale: 2,5 componenti a fronte della media nazionale di 2,6.
Infine relativamente al tasso migratorio, le Asl sperimentano tutte tassi positivi e

superiori alla media nazionale, con punte massime di 8,5 per 1.000 abitanti nella Asl di Lodi e punte minime di 1,7 in quella di Sondrio (tav. 4.3.1.).

4.3.2. Contesto economico (provinciale)

I dati economici della regione ne confermano lo sviluppo e la ricchezza rispetto alla media nazionale. Analizzando i dati ad essa relativi, si osserva che il tasso di attività regionale risulta pari al 51,5 per cento (contro il 47,6 nazionale), con la percentuale più bassa nella provincia di Cremona, 48,5 per cento, e con la percentuale più alta nella provincia di Como dove, il tasso di attività, è pari al 54,0 per cento. Anche i dati sulla disoccupazione forniscono un quadro positivo dell'economia regionale: la disoccupazione totale in Lombardia è del 5,5 per cento contro l'11,8 per cento a livello nazionale, particolarmente basso risulta il dato relativo alla disoccupazione maschile: appena il 3,3 per cento, mentre quella femminile ammonta all'8,9 per cento. La provincia che gode di una situazione migliore dal punto di vista occupazionale, è quella di Lecco con appena il 2,5 per cento di disoccupazione totale, di cui solo lo 0,8 per cento maschile e 5,2 per cento femminile; il valore più elevato di disoccupazione totale si registra, invece, a Varese con il 6,8 per cento (tav. 4.3.2.).
Il dato relativo al valore aggiunto pro-capite, conferma la ricchezza regionale: esso è, infatti, superiore a quello nazionale, 41 milioni di lire pro-capite, a livello regionale contro i 32 medi nazionali, con un valore minimo nelle province di Sondrio (28) e Pavia (29), ed un massimo di 50 milioni pro-capite, in quella di Milano. Parallelamente, anche i depositi bancari, sono superiori al valore medio nazionale, 26 milioni a fronte di 17; ancora una volta è Milano la provincia più ricca con 35 milioni pro-capite.

4.3.3. Mortalità evitabile

La mortalità evitabile in Lombardia, presenta valori mediamente superiori a quelli medi nazionali: con riferimento a tutte le cause di morte, per uomini e donne è pari, a livello regionale, a 186,1 e a 72,3 per 100.000 abitanti a fronte della media nazionale di 170,9 per gli uomini e di 70,0 per le donne. A livello di singole Asl, la situazione appare abbastanza diversificata, in riferimento alla mortalità evitabile maschile si distinguono, per gli elevati valori presentati, la Asl di Sondrio (247,6 decessi per 100.000 abitanti), Lodi (227,9), Brescia (215,5) e Cremona (213,4); mentre relativamente ai decessi per tutte le cause femminili, si evidenziano quelle di Pavia (82,1), Bergamo (79,0), Milano (76,4) e Brescia (75,8).
In merito alle diverse cause, si rileva che i decessi evitabili con misure di prevenzione primaria sono 126,9 per 100.000 abitanti, per gli uomini e 32,0 per le donne, con tassi di 180,9 per i maschi e 44,4 per le femmine nella Asl di Sondrio; mentre i decessi evitabili con diagnosi precoce e/o diversi approcci terapeutici sono pari a 2,6, per 100.000 abitanti, per gli uomini e 22,8 per le donne, con punte, rispettivamente, di 3,5 e 24,6 decessi per 100.000 abitanti nella Asl di Como; infine, sono da attribuire ad un'inadeguata igiene e assistenza sanitaria 56,6 morti maschili e 17,5 morti femminili, ogni 100.000 abitanti (tav. 4.3.3.).

(1) Ricordiamo che l'Azienda Usl di Milano comprende le 6 Aziende Usl dell'area metropolitana.

4.3.4. Rete ospedaliera

Il numero complessivo di posti letto, di cui dispone la Lombardia ammonta a 5,3 per 1.000 abitanti; valore sostanzialmente in linea alla media nazionale che è pari a 5,1 posti letto per 1.000 abitanti.
I dati evidenziano come la quota maggiore di posti letto sia situata presso le Aziende Ospedaliere, a livello regionale vi sono infatti, 3,7 posti letto per 1.000 abitanti, offerti da queste strutture. Per quanto concerne i posti letto offerti dagli ospedali delle Aziende Usl, rileviamo un numero medio di posti letto per abitante, notevolmente inferiore alla media nazionale: 0,5 per 1000 abitanti contro gli 1,8 a livello nazionale (tav. 4.11.4.).
L'offerta di posti letto da parte delle strutture private accreditate è pari a quella nazionale, con 1,0 posti letto per 1.000 abitanti. A livello di singole Asl è possibile rilevare significative variazioni; complessivamente, la disponibilità di posti letto è maggiore nella Asl di Lodi (8,3 posti letto per 1.000 abitanti) e minore in quella di Milano /1 (4,2). L'offerta di posti letto degli ospedali delle Aziende Usl, è maggiore a Lodi (4,5) e risulta assente in cinque Asl su quattordici (tav. 4.3.4.), mentre l'offerta di posti letto da parte delle strutture private accreditate risulta assente nelle Asl di Lodi e Sondrio.
Per quanto concerne la struttura dell'offerta, e quindi l'intensità assistenziale, si evidenzia un allineamento regionale della disponibilità di letti per le specialità di base (a livello regionale è pari a 343,9 posti letto per 100.000 abitanti contro i 343,6 medi in Italia), con punte massime nelle Asl di Lodi (562,4), Pavia (542,2) e Sondrio (526,7).
Per le specialità a media ed elevata assistenza e per la riabilitazione e lungodegenza, i valori regionali sono tutti superiori alla media italiana, rispettivamente: 86,0 per 100.000 abitanti, 25,7 e 60,1 per la riabilitazione. I posti letto destinati alla terapia intensiva e subintensiva sono invece inferiori alla media italiana, 12,5 a fronte di 13,3, anche se si deve tener conto delle diverse modalità regionali amministrative di classificazione dei posti letto.
Per quel che concerne il tasso di utilizzazione dei posti letto, questo risulta a livello regionale inferiore a quello medio italiano: 75,3 per cento a fronte del 76,4 per cento nazionale; a livello di singola Asl, solo Como, Mantova, Milano/1 e 2, superano il dato nazionale (tav. 4.3.4.).

4.3.5. Medici ed infermieri dipendenti del Ssn

Il numero complessivo di dipendenti delle Aziende Usl della Regione è di 106,2 per 10.000 abitanti, risulta dunque inferiore rispetto a quello medio nazionale pari a 108,9, con punte di oltre 150,0 dipendenti per 10.000 abitanti, nelle Asl di Lodi (202,6), Pavia (158,2) e Sondrio (217,4).
Per quanto concerne, il numero di medici dipendenti del Ssn per 10.000 abitanti, questo risulta inferiore rispetto al dato nazionale: 14,7, il dato regionale, contro 17,2 medici per 10.000 abitanti a livello nazionale. A livello di Asl si distinguono ancora una volta, quelle di Lodi e di Sondrio, per l'elevato numero di medici: pari a 27,7 per 10.000 abitanti, per entrambe. Del totale medici, 11,4 per 10.000 abitanti operano in presidi classificati come Aziende Ospedaliere, mentre quelli impiegati nelle Aziende Sanitarie Locali sono appena, 3,3 per 10.000 abitanti, con un picco di 16,3 medici nelle Aziende Usl di Lodi e Sondrio.
Per quanto riguarda il personale infermieristico si rileva un allineamento dei dati

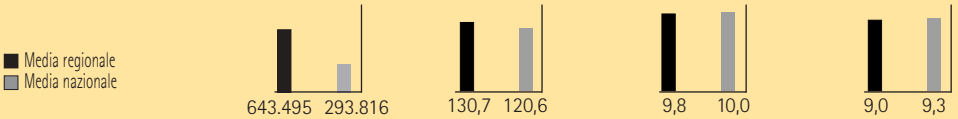
regionali rispetto a quelli medi nazionali. Vi sono infatti, 52,0 infermieri per 10.000 abitanti contro i 52,5 a livello nazionale; Sondrio è l'Azienda Sanitaria con il più elevato numero di infermieri (111,3) mentre la Asl di Milano/3 presenta il valore minimo (92,5). Gli infermieri impiegati nelle Aziende Ospedaliere sono 41,3 per 10.000 abitanti, mentre quelli appartenenti alle Aziende Sanitarie Locali sono 10,7 per 10.000 abitanti. Il numero di infermieri per medico a livello regionale è superiore alla media nazionale, e varia da un minimo di 3,3 infermieri nella Asl di Pavia, ad un massimo di 4,0 in quella di Sondrio, (tav. 4.3.5.).

4.3.6. Medicina di base

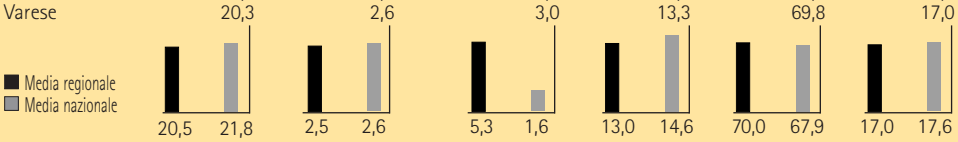
Nella regione il numero di adulti in carico ad ogni medico di base è superiore a quello che si registra a livello nazionale: 1.063 adulti per medico di base contro 1.035. La stessa situazione si verifica nella pediatria di base: vi sono infatti, mediamente, 1.287 bambini (tra 0 e 14 anni) residenti per medico pediatra a fronte di una media nazionale di 1.202. Le Asl con il maggior numero di adulti per medico di base sono Brescia (1.107) e Lecco (1.104), mentre quelle con il maggior numero di bambini per pediatra sono Sondrio, Bergamo e Como, (tav. 4.3.6.).
Riguardo all'attività prescrittiva il dato regionale (4,5 ricette per assistito) è inferiore a quello medio nazionale (5,3), con un minimo di 3,7 ricette nella Asl di Sondrio. L'importo medio delle ricette è, a livello regionale, invece, superiore alla media nazionale ed è pari a 50.747 lire, il valore medio più alto si registra nella Asl di Varese (44.300 lire) mentre quello minimo in quella di Mantova (44.600 lire).

TAVOLA 4.3.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Bergamo	953.022	102,0	8,7	10,1
Brescia	1.084.279	115,1	9,3	9,8
Como	536.281	121,8	9,6	9,0
Cremona	332.560	160,9	11,9	8,0
Lecco	306.736	117,9	9,6	9,4
Lodi	200.813	131,4	10,4	8,4
Mantova	371.330	179,0	11,5	8,2
Milano	1.305.296	204,2	12,3	8,0
Milano/1	917.294	103,6	8,2	9,2
Milano/2	512.038	87,9	7,3	9,9
Milano/3	1.003.313	115,8	8,3	9,1
Pavia	495.908	196,2	13,6	7,5
Sondrio	177.382	112,7	10,3	9,5
Varese	812.682	127,9	9,5	8,7



Usl	Bimbi x donna feconda (e)	Numero medio di componenti la famiglia (f)	Tasso migratorio (x 1000) (g)	Popolazione 0-14 anni % su totale	Popolazione 15-64 anni % su totale	Popolazione > 64 anni % su totale
Bergamo	22,1	2,6	5,3	14,6	70,5	14,9
Brescia	21,8	2,5	7,0	13,9	70,2	16,0
Como	21,4	2,6	3,5	13,7	69,6	16,7
Cremona	19,7	2,5	7,0	12,1	68,3	19,5
Lecco	21,7	2,6	5,3	13,9	69,7	16,4
Lodi	20,2	2,6	8,5	13,1	69,7	17,2
Mantova	18,9	2,6	7,0	11,6	67,8	20,7
Milano	18,7	2,0	8,0	10,3	68,5	21,1
Milano/1	20,5	2,7	4,4	13,7	72,1	14,2
Milano/2	21,4	2,6	3,4	14,2	73,2	12,5
Milano/3	20,3	2,6	1,9	13,1	71,7	15,2
Pavia	18,4	2,4	8,1	11,1	67,2	21,7
Sondrio	21,8	2,6	1,7	14,6	69,0	16,4
Varese	20,3	2,6	3,0	13,3	69,8	17,0

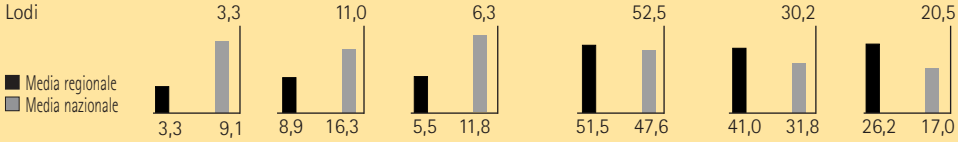


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Popolazione media residente 1998
(b) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione (x1.000)
(d) Nati nell'anno diviso popolazione totale residente (x1.000)
(e) Bimbi residenti <5 anni diviso donne in età feconda (15-44 anni)(x 100)
(f) Popolazione diviso numero delle famiglie
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 4.3.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività (d)	Valore aggiunto pro-capite (e)	Depositi bancari pro-capite (e)
Varese	3,0	12,1	6,8	52,1	35,5	19,0
Como	2,8	9,5	5,4	54,0	35,4	18,5
Sondrio	3,4	10,8	6,1	51,7	27,8	19,3
Milano	4,7	9,2	6,6	51,9	50,1	35,0
Bergamo	1,8	7,0	3,8	51,7	35,4	20,3
Brescia	2,2	7,6	4,2	49,2	35,4	20,3
Pavia	3,0	9,1	5,5	49,2	28,7	20,7
Cremona	2,3	6,2	3,8	48,5	31,3	19,8
Mantova	1,8	7,3	4,1	53,0	38,2	21,8
Lecco	0,8	5,2	2,5	53,3	39,1	18,6
Lodi	3,3	11,0	6,3	52,5	30,2	20,5

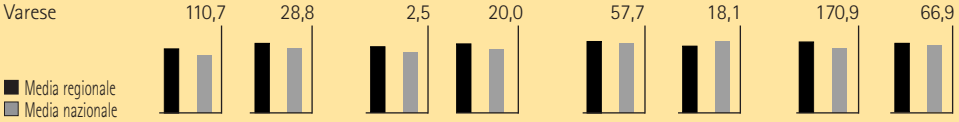


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat, Ancitel e Istituto Tagliacarne - Anno 1998

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi (x100)
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine (x100)
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro (x100)
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore espresso in milioni di lire

TAVOLA 4.3.3. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause (a)

Usl	Prevenz. Primaria Maschi	Prevenz. Primaria Femmine	Diagn. Precoce e Terapia Maschi	Diagn. Precoce e Terapia Femmine	Igiene e Ass. Sanit. Maschi	Igiene e Ass. Sanit. Femmine	Tutte le Cause Maschi	Tutte le Cause Femmine
Bergamo	139,8	36,6	2,6	22,6	56,9	19,8	199,3	79,0
Brescia	152,2	34,9	2,2	22,5	61,1	18,4	215,5	75,8
Como	119,4	25,3	3,5	24,6	54,0	15,9	176,9	65,8
Cremona	148,9	32,2	3,1	22,8	61,4	17,7	213,4	72,7
Lecco	117,3	27,8	2,4	20,6	61,0	18,0	180,7	66,4
Lodi	163,9	32,8	1,5	21,0	62,5	17,5	227,9	71,3
Mantova	122,6	27,9	2,4	18,2	52,4	17,3	177,4	63,4
Milano	109,3	34,9	3,0	25,7	52,1	15,8	164,4	76,4
Milano/1	118,3	29,3	2,8	24,1	56,6	18,3	177,7	71,7
Milano/2	124,5	31,4	3,1	21,7	53,4	17,5	181,0	70,6
Milano/3	115,4	27,7	2,0	24,2	51,5	16,5	168,9	68,4
Pavia	139,8	38,1	2,3	23,7	65,2	20,3	207,3	82,1
Sondrio	180,9	44,4	1,3	13,6	65,4	11,6	247,6	69,6
Varese	110,7	28,8	2,5	20,0	57,7	18,1	170,9	66,9



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1996,1997 e 1998

(a) Tassi standardizzati (x 100.000 ab.); morti 5-69 anni; popolazione tipo = popolazione mondiale

TAVOLA 4.3.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Bergamo	-		1,5	5,2
Brescia	0,7		1,5	5,9
Como	1,4		0,8	5,9
Cremona	-		1,3	5,1
Lecco	0,3		0,7	4,8
Lodi	4,5		-	8,3
Mantova	0,2	3,8	0,3	4,3
Milano	0,3		1,3	5,3
Milano/1	-		0,4	4,2
Milano/2	0,1		1,4	5,2
Milano/3	-		0,7	4,5
Pavia	2,5		1,2	7,5
Sondrio	3,5		-	7,3
Varese	-		0,6	4,4
Media regionale	0,5	3,8	1,0	5,3
Media nazionale	2,3	1,8	1,0	5,1

Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. (d)
	Specialità di base	Specialità a media assistenza	Specialità a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez.	
Bergamo	348,6	90,7	24,3	12,6	47,7	73,8
Brescia	386,8	97,2	26,6	12,8	71,3	75,1
Como	386,5	91,9	22,6	13,2	80,4	78,4
Cremona	338,1	75,1	22,6	10,2	65,2	72,4
Lecco	307,2	70,9	22,6	10,2	66,3	73,0
Lodi	562,4	110,4	33,1	22,2	99,0	74,6
Mantova	267,6	67,6	22,6	10,2	61,3	77,0
Milano	343,2	88,1	25,5	12,1	65,5	74,2
Milano/1	271,6	70,5	22,6	11,1	42,6	77,8
Milano/2	308,7	110,2	44,3	20,4	40,3	77,8
Milano/3	279,3	74,1	26,6	10,6	55,2	75,7
Pavia	542,2	91,4	22,6	14,2	77,4	74,7
Sondrio	526,7	103,1	25,4	17,0	55,3	74,3
Varese	273,2	80,6	22,6	10,2	51,4	74,4
Media regionale	343,9	86,0	25,7	12,5	60,1	75,3
Media nazionale	343,6	71,7	22,8	13,3	58,2	76,4

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 1.000 residenti
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS. Inoltre per il complesso delle Aziende ospedaliere si è tenuto conto dell'indice medio regionale di posti letto attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Azienda Usl della regione di appartenenza.
(d) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)

TAVOLA 4.3.5. Medici e Infermieri dipendenti del Ssn (a)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (b)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Bergamo	2,0		13,4	4,6		46,0	94,3	3,4
Brescia	3,2		14,7	11,0		52,4	106,4	3,6
Como	2,1		13,5	6,0		47,4	98,4	3,5
Cremona	2,5		13,9	7,9		49,2	102,1	3,5
Lecco	2,5		13,9	7,2		48,6	98,9	3,5
Lodi	16,3		27,7	61,5		102,8	202,6	3,7
Mantova	3,2	11,4	14,6	11,3	41,3	52,6	108,8	3,6
Milano	2,1		13,5	5,4		46,8	96,9	3,5
Milano/1	1,7		13,1	6,6		48,0	99,0	3,7
Milano/2	2,3		13,8	5,7		47,0	95,5	3,4
Milano/3	1,5		12,9	4,7		46,1	92,5	3,6
Pavia	11,6		23,0	34,7		76,1	158,2	3,3
Sondrio	16,3		27,7	70,0		111,3	217,4	4,0
Varese	1,9		13,4	6,0		47,3	95,5	3,5
Media regionale	3,3	11,4	14,7	10,7	41,3	52,0	106,2	3,5
Media nazionale	11,5	5,8	17,2	34,3	18,2	52,5	108,9	3,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Valori x 10.000 abitanti
(b) Media regionale del personale delle Aziende ospedaliere. Al personale delle Aziende ospedaliere è stato associato un bacino di utenza regionale. Per questo motivo tale personale è stato convenzionalmente attribuito pro-quota a ciascuna delle Aziende Usl della regione.

TAVOLA 4.3.6. Medicina di base

Usl	Scelte per medico (a)	Scelte per pediatra (b)	Prescriz. Farmaceutiche del Ssn per residente (c)	Importo Medio per ricetta (d)
Bergamo	1.090	1.675	4,4	47.200
Brescia	1.108	1.461	5,0	47.100
Como	1.081	1.567	4,2	48.900
Cremona	1.094	1.442	5,0	52.300
Lecco	1.105	1.294	4,2	50.200
Lodi	1.051	1.383	4,2	53.400
Mantova	1.036	1.430	5,3	44.600
Milano	1.019	1.165	4,9	56.400
Milano/1	1.062	1.165	4,2	52.000
Milano/2	1.066	999	4,0	53.400
Milano/3	1.053	1.080	4,2	47.200
Pavia	1.060	1.195	5,0	52.700
Sondrio	1.031	1.722	3,7	51.100
Varese	1.057	1.268	4,4	53.700
Media regionale	1.064	1.288	4,5	50.747
Media nazionale	1.035	1.202	5,3	46.294

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat e Ministero della Salute - Anno 1998

(a) Residenti >14 anni diviso numero dei medici
(b) residenti < 15 anni diviso numero dei pediatri
(c) Numero di ricette
(d) Spesa farmaceutica lorda diviso numero di ricette (lire)

4.4. Provincia autonoma di Bolzano

4.4.1. Contesto demografico

La provincia autonoma di Bolzano ha una popolazione di 458.529, pari allo 0,8 per cento della popolazione italiana, suddivisa per l'assistenza sanitaria in 4 Aziende Sanitarie Locali, con una numerosità nettamente inferiore alla media nazionale di 293.816 cittadini. La più popolosa è quella del capoluogo, la Centro-sud Bolzano con 204.542 assistiti, mentre la meno numerosa risulta la Nord Bressanone con soltanto 64.662.
La provincia di Bolzano presenta una situazione peculiare nel panorama del Nord Italia, in quanto risulta essere piuttosto "giovane": la quota di coloro che hanno un'età fino ai 14 anni supera del 2,4 per cento quella registrata a livello nazionale; di contro, la quota di persone con età superiore ai 64 anni è solo il 15,0 per cento della popolazione dell'intera provincia: la media italiana risulta essere pari al 17,6 per cento (tav. 4.4.1.). La classe di età 15-64 mostra un valore praticamente identico a quello nazionale (68,0 per cento contro 67,9 per cento).
Tra le Asl della provincia, la Est Brunico è quella con la percentuale più alta sia di giovani (19,0 per cento) che di popolazione compresa nella fascia di età 15-64 anni (68,5 per cento), e la più bassa di anziani oltre i 64 anni (12,5 per cento).
Alle caratteristiche della struttura per età della popolazione appena descritta, sono legati i valori degli indici che seguono: l'indice di vecchiaia nella provincia di Bolzano (pari all'88,1 per cento) è significativamente inferiore rispetto al dato medio nazionale (120,6 per cento); tra le Asl, nessuna supera il livello italiano e quella con l'indice di vecchiaia più elevato risulta la Centro-sud Bolzano con il 105,7 per cento. Il dato più basso appartiene alla Est Brunico (66,0 per cento).
Conseguentemente alla scarsa numerosità degli anziani, anche il tasso di mortalità provinciale è inferiore a quello medio nazionale (8,2 contro 10,0 per 1.000), con valori che vanno dal 6,8 per 1.000 della Asl di Est Brunico all'8,6 per 1.000 della Centro-sud Bolzano.
In linea con la tendenza finora descritta, la provincia autonoma di Bolzano presenta un tasso medio di natalità (11,9 per 1.000) superiore alla media nazionale (9,3 per 1.000): il valore massimo si registra nella Nord Bressanone (13,4 per 1.000), mentre quello minimo si trova a Centro-sud Bolzano (11,2 per 1.000).
Quella di Bolzano è una provincia ad alta fecondità: a dimostrazione di ciò, in tutte le Asl il numero di bimbi con età compresa tra 0 e 4 anni per cento donne in età feconda è superiore a quello medio nazionale di 21,8: si passa da un minimo 25,3 bimbi in età prescolare per cento donne feconde nella Asl di Centro-sud Bolzano, ad un massimo di 28 bimbi in quella di Est Brunico. Il numero medio provinciale di componenti la famiglia (2,7) risulta in linea col dato nazionale pari a 2,6. Le famiglie in media più numerose si registrano nella Asl di Est Brunico (3,2 componenti), mentre il numero minore di componenti si trova in quella di Centro-sud Bolzano (2,6).
Per finire, il tasso migratorio della provincia risulta, anche a livello di singole Asl,

sempre positivo; l'unica Asl il cui tasso è superiore alla media italiana dell'1,6 per 1.000 è quella di Centro-sud Bolzano, che presenta un valore pari al 2,6 per 1.000.

4.4.2. Contesto economico (provinciale)

La provincia autonoma di Bolzano presenta una situazione economica piuttosto florida e peculiare rispetto al resto del Paese, così come emerge dall'analisi degli indicatori utilizzati.
Il tasso di attività, che rapporta gli appartenenti alla forza lavoro alla popolazione di 15 anni ed oltre, considerando fra i potenzialmente attivi anche la popolazione anziana, risulta pari al 58,0 per cento, significativamente superiore alla media nazionale del 47,6 per cento (tav. 4.4.2.). A fronte di questa alta propensione ad offrirsi sul mercato del lavoro degli abitanti di Bolzano, è particolarmente importante il dato sulla disoccupazione della provincia: sia il tasso di disoccupazione maschile (1,7 per cento a fronte di una media italiana del 9,1 per cento) che quello femminile (2,7 per cento contro il 16,3 nazionale) risultano essere i più bassi a livello italiano. Anche il dato sulla disoccupazione totale, pari al 2,1 per cento, risulta significativamente inferiore alla media nazionale dell'11,8 per cento. Analizzando la produzione, anche il valore aggiunto pro-capite provinciale (40,8 milioni di lire) risulta sensibilmente superiore al dato medio nazionale di 31,8 milioni. Nella provincia autonoma di Bolzano i depositi bancari pro-capite sono in media pari a 23,3 milioni di lire, dato anch'esso notevolmente al di sopra della media italiana (17,0 milioni).

4.4.3. Mortalità evitabile

Con riferimento al dato aggregato, mentre i dati sulla mortalità evitabile maschile nella provincia si presentano superiori al dato nazionale, quelli femminili sono inferiori. In particolare, a fronte di un valore medio nazionale per uomini e donne rispettivamente pari al 170,9 e 70,0 per 100.000 abitanti, a livello provinciale si raggiunge ben il 183,9 per 100.000 morti evitabili maschili, mentre ci si ferma a "sole" 65,6 femminili (tav. 4.4.3.).
Considerando le 4 Asl della provincia, con riferimento alla popolazione maschile esse presentano tutte valori superiori alla media nazionale: si va da un minimo di 179,1 morti evitabili della Asl di Est Brunico ad un massimo di 216,8 per 100.000 di Nord Bressanone. Diversa, invece, la situazione se si considera la popolazione femminile: i valori di tutte le Aziende Sanitarie Locali si collocano al di sotto della media italiana, tranne Nord Bressanone (71,3 per 100.000 abitanti), che si conferma, dunque, la Asl con maggiore mortalità evitabile, maschile come femminile, di tutta la provincia autonoma di Bolzano.
Analizzando la composizione delle morti evitabili, a livello provinciale si nota come i decessi evitabili con adeguata prevenzione primaria risultino 129,4 per 100.000 per gli uomini e 30,4 per le donne; le morti che si sarebbero potute evitare attraverso diagnosi precoci e/o diversi approcci terapeutici sono pari a 1,8 per gli uomini ed a 19,8 per le donne. Infine, a causa di una igiene ed assistenza sanitaria non adeguate si registrano 52,7 morti maschili e 15,4 decessi femminili.
Da evidenziare come Centro-sud Bolzano registri la mortalità evitabile più elevata tra tutte le Asl della provincia, sia tra la popolazione maschile che tra quella femminile, con riferimento a tutte le specifiche tipologia di morti evitabili (unica eccezione: il dato più elevato concernente la mortalità evitabile femmini-

le dovuta alla mancanza di opportuna igiene e assistenza sanitaria appartiene alla Asl di Nord Bressanone).

4.4.4. Rete ospedaliera

Per quanto riguarda la situazione dell'offerta ospedaliera della provincia autonoma di Bolzano, si segnala una dotazione complessiva di posti letto pari a 5,3 per 1.000 abitanti, valore in linea con quello medio nazionale che risulta pari a 5,1 posti per 1.000 abitanti (tav. 4.4.4.). Non sono presenti Aziende Ospedaliere, ma l'offerta decisamente prevalente è di tipo pubblico, essendo quasi tutti i posti letto disponibili ubicati presso le Asl (4,9 per 1.000 abitanti, a fronte dei 2,3 medi italiani), con solo 0,5 posti letto per 1.000 abitanti disponibili presso gli Istituti privati accreditati (contro un dato nazionale pari a 1,0 per 1.000 abitanti). In dettaglio, la quota maggiore di posti letto della rete pubblica si trova presso la Asl di Nord Bressanone (ben 6,5 posti per 1.000 abitanti), mentre quella di Ovest Merano dispone del numero minore di posti, pari al 4,3 per 1.000 abitanti.
Con riferimento alla struttura dell'offerta ospedaliera, a livello provinciale si evidenzia una disponibilità di posti letto per specialità di base (387,1 per 100.000 abitanti) superiore alla media nazionale (343,6 posti letto per 100.000 abitanti), con un picco nella Asl di Bressanone, dove si registrano ben 562,9 posti per 100.000 abitanti. Leggermente superiore alla media nazionale di 13,3 posti letto per 100.000 abitanti anche la disponibilità provinciale di posti letto per terapia intensiva e sub intensiva (19,2 posti per 100.000 abitanti).
Di contro, si evidenziano dati provinciali inferiori alla media italiana con riferimento al numero di posti letto per specialità a media ed elevata assistenza: rispettivamente, si registrano 65,0 e 12,6 posti letto per 100.000 abitanti, contro i 71,7 e 22,8 medi in Italia, tenendo però conto dei diversi criteri di classificazione. Da rilevare come quella di Centro-sud Bolzano sia l'unica Asl, sulle 4 presenti nella provincia, dotata di posti letto per specialità ad elevata assistenza.
Si evidenzia, ancora, una minor disponibilità provinciale di posti letto per la riabilitazione e lungodegenza rispetto a quella nazionale: 49,9 letti per 100.000 abitanti a fronte di una media italiana di 58,2. Da rilevare in picco nella Asl di Centro-sud Bolzano, che presenta una disponibilità di ben 77,2 letti per 100.000 abitanti. Si noti come nella Asl del capoluogo si registri la maggior disponibilità di posti letto, rispetto a quella delle altre Asl di Bolzano, con riferimento a quasi tutte le destinazioni: unica eccezione, i posti letto per specialità di base, disponibili in maggior numero, come rilevato in precedenza, presso la Asl di Nord Bressanone.
Per quanto riguarda il tasso di utilizzazione dei posti letto, esso risulta a livello provinciale superiore a quello medio italiano: 79,7 per cento a fronte del 76,4 per cento nazionale; a livello di singola Asl, Centro-sud Bolzano e Ovest Merano (rispettivamente 82,8 e 79,8 per cento) hanno valori superiori alla media nazionale, al contrario di Nord Bressanone (76,3 per cento) e Est Brunico (74,3 per cento).

4.4.5. Medici ed infermieri dipendenti del Ssn

Il numero di dipendenti del Ssn nella provincia autonoma di Bolzano (147,7 per 10.000 abitanti) si colloca al di sopra del dato medio nazionale (108,9 per 10.000 abitanti) (tav. 4.4.5.). Tra le singole Asl, il valore minore si registra a Centro-sud Bolzano (143,6 per 10.000), mentre il maggiore interessa la Asl di Nord

Bressanone (165,2 dipendenti totali per 10.000 abitanti).
Per quanto riguarda il numero di medici dipendenti del Ssn, il dato provinciale è in linea con quello nazionale (16,9 medici per 10.000 abitanti contro 17,2). Tra le singole Asl risulta una leggera variabilità del dato: si oscilla tra i 14,9 medici per 10.000 abitanti di Est Brunico ed i 18,3 di Centro-sud Bolzano.
Per quanto concerne il personale infermieristico, il dato appare significativamente superiore a quella media italiana: 71,7 contro 52,5 per 10.000 abitanti. In dettaglio, il dato più elevato si riscontra nella Asl di Nord Bressanone (ben 87,8 infermieri per 10.000 abitanti) ed il più basso nella Asl di Ovest Merano (63,8 per 10.000 abitanti).
L'indicatore relativo al numero di infermieri per medico oscilla tra i 3,9 della Asl di Centro-sud Bolzano ed i 5,0 registrati nella Asl di Nord Bressanone, con valori decisamente superiori alla media nazionale.

4.4.6. Medicina di base

Nella provincia autonoma di Bolzano in media sono 1.770 gli abitanti (adulti residenti) per medico di base, valore sensibilmente superiore ai 1.035 che si registrano a livello nazionale (tav. 4.4.6.).
Il dato provinciale si discosta rispetto a quello nazionale ancor di più se si considera la pediatria di base: a Bolzano si hanno, infatti, in media ben 2.164 bambini in età pediatrica residenti per medico pediatra, a fronte dei 1.202 rilevati mediamente in Italia.
Analizzando i dati in maniera più dettagliata, tra le singole Aziende Sanitarie Locali presenti nella provincia autonoma in esame si registra una certa variabilità del dato per quanto riguarda il numero di residenti per medico: si passa dalla Asl di Est Brunico, con 1.475 abitanti per ogni medico, a quella di Nord Bressanone, dove si rilevano ben 1.877 abitanti per ogni medico. E non si scende mai al di sotto dei 1.400 adulti per medico.
Risultano invece maggiori differenze interne per quanto concerne i dati sulla pediatria: si passa dai 1.728 bambini per medico pediatra della Asl di Nord Bressanone ai ben 4.378 bambini per medico della Asl di Est Brunico.
Con riferimento all'attività prescrittiva, essa risulta essere nella provincia di Bolzano inferiore rispetto alla media registrata a livello nazionale (3,6 ricette per assistito contro 5,3); si registra, peraltro, una certa uniformità del dato all'interno delle singole Asl: si oscilla tra le 3,3 ricette di Est Brunico e le 3,8 di Centro-sud Bolzano. Si noti che l'indice di vecchiaia nella Asl di Est Brunico è il più basso della provincia, mentre in quella di Centro-sud Bolzano si registra l'indice più elevato.
Per ciò che concerne l'onere economico, nella provincia di Bolzano si evidenzia un importo medio per ricetta prescritta di lire 45.759, di poco inferiore alla media italiana di lire 46.294. In dettaglio, si passa da un importo medio di lire 39.700 di Nord Bressanone alle 47.800 lire di Centro-sud Bolzano (dove, si ricorda, si registra anche il maggior numero di ricette per assistito).

TAVOLA 4.4.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Centro-sud Bolzano	204.542	105,7	8,6	11,2
Ovest Merano	120.148	85,5	8,2	11,4
Nord Bressanone	64.662	70,8	8,2	13,4
Est Brunico	69.177	66,0	6,8	13,2
Media regionale	114.632	88,1	8,2	11,9
Media nazionale	293.816	120,6	10,0	9,3

Usl	Bimbi x donna feconda (e)	Numero medio di componenti la famiglia (f)	Tasso migratorio (x 1000) (g)	Popolazione 0-14 anni % su totale	Popolazione 15-64 anni % su totale	Popolazione > 64 anni % su totale
Centro-sud Bolzano	25,3	2,6	2,6	15,4	68,3	16,3
Ovest Merano	27,2	2,7	0,0	17,6	67,3	15,1
Nord Bressanone	27,8	3,0	1,5	18,7	68,1	13,2
Est Brunico	28,0	3,2	0,1	19,0	68,5	12,5
Media regionale	26,6	2,7	1,4	17,0	68,0	15,0
Media nazionale	21,8	2,6	1,6	14,6	67,9	17,6

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Popolazione media residente 1998
(b) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione (x1.000)
(d) Nati nell'anno diviso popolazione totale residente (x1.000)
(e) Bimbi residenti <5 anni diviso donne in età feconda (15-44 anni)(x 100)
(f) Popolazione diviso numero delle famiglie
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 4.4.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività (d)	Valore aggiunto pro-capite (e)	Depositi bancari pro-capite (e)
Bolzano	1,7	2,7	2,1	58,0	40,8	23,3
Media regionale	1,7	2,7	2,1	58,0	40,8	23,3
Media nazionale	9,1	16,3	11,8	47,6	31,8	17,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat, Ancitel e Istituto Tagliacarne - Anno 1998

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi (x100)
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine (x100)
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro (x100)
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore espresso in milioni di lire

TAVOLA 4.4.3. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause (a)

Usl	Prevenz. Primaria		Diagn. Precoce e Terapia		Igiene e Ass. Sanit.		Tutte le Cause	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Centro-sud Bolzano	118,6	33,4	2,7	20,9	55,2	14,4	176,5	68,7
Ovest Merano	133,5	26,0	2,2	19,4	48,5	13,6	184,2	59,0
Nord Bressanone	164,2	33,2	-	17,9	52,6	20,2	216,8	71,3
Est Brunico	125,5	24,4	-	19,1	53,6	18,1	179,1	61,6
Media regionale	129,4	30,4	1,8	19,8	52,7	15,4	183,9	65,6
Media nazionale	113,5	30,0	2,4	21,1	55,0	18,9	170,9	70,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1996,1997 e 1998

(a) Tassi standardizzati (x 100.000 ab.); morti 5-69 anni; popolazione tipo = popolazione mondiale

TAVOLA 4.4.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Centro-sud Bolzano	4,6	-	0,7	5,3
Ovest Merano	4,3	-	0,6	4,9
Nord Bressanone	6,5	-	-	6,5
Est Brunico	5,3	-	-	5,3
Media regionale	4,9	-	0,5	5,3
Media nazionale	2,3	1,8	1,0	5,1

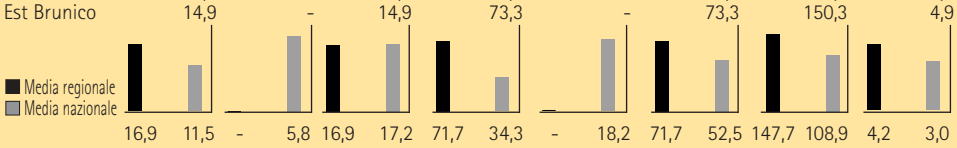
Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. (d)
	Specialità di base	Specialità a media assistenza	Specialità a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez.	
Centro-sud Bolzano	308,0	89,5	28,4	25,4	77,2	82,8
Ovest Merano	386,2	43,3	-	20,8	35,8	79,8
Nord Bressanone	562,9	51,0	-	9,3	24,7	76,3
Est Brunico	458,2	43,4	-	7,2	17,3	74,3
Media regionale	387,1	65,0	12,6	19,2	49,9	79,7
Media nazionale	343,6	71,7	22,8	13,3	58,2	76,4

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 1.000 residenti
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS. Inoltre per il complesso delle Aziende ospedaliere si è tenuto conto dell'indice medio regionale di posti letto attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Azienda Usl della regione di appartenenza.
(d) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)

TAVOLA 4.4.5. Medici e Infermieri dipendenti del Ssn (a)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (b)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Centro-sud Bolzano	18,3	-	18,3	70,8	-	70,8	143,6	3,9
Ovest Merano	15,4	-	15,4	63,8	-	63,8	143,7	4,1
Nord Bressanone	17,6	-	17,6	87,8	-	87,8	165,2	5,0
Est Brunico	14,9	-	14,9	73,3	-	73,3	150,3	4,9

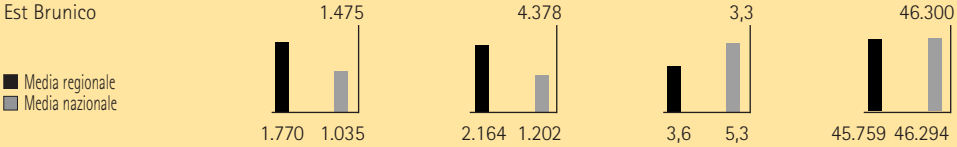


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Valori x 10.000 abitanti
(b) Media regionale del personale delle Aziende ospedaliere. Al personale delle Aziende ospedaliere è stato associato un bacino di utenza regionale. Per questo motivo tale personale è stato convenzionalmente attribuito pro-quota a ciascuna delle Aziende Usl della regione.

TAVOLA 4.4.6. Medicina di base

Usl	Scelte per medico (a)	Scelte per pediatra (b)	Prescriz. Farmaceutiche del Ssn per residente (c)	Importo Medio per ricetta (d)
Centro-sud Bolzano	1.861	1.658	3,8	47.800
Ovest Merano	1.768	3.024	3,4	45.100
Nord Bressanone	1.877	1.728	3,6	39.700
Est Brunico	1.475	4.378	3,3	46.300



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat e Ministero della Salute - Anno 1998

(a) Residenti >14 anni diviso numero dei medici
(b) residenti < 15 anni diviso numero dei pediatri
(c) Numero di ricette
(d) Spesa farmaceutica lorda diviso numero di ricette (lire)

4.5. Provincia autonoma di Trento

4.5.1. Contesto demografico

La provincia autonoma di Trento ha 468.399 abitanti, pari allo 0,81 per cento della popolazione italiana, che fanno capo ad un'unica Azienda sanitaria locale, la cui dimensione, con i suoi 468.399 assistiti, è notevolmente superiore rispetto a quella media nazionale (293.816 cittadini).
Con riferimento a tutti gli indicatori demografici osservati, la situazione della Asl di Trento risulta sostanzialmente in linea con quella registrata a livello nazionale.
La popolazione presenta una struttura per età che evidenzia una quota di giovani di età compresa tra 0 e 14 anni praticamente identica a quella media italiana (14,6 per cento della popolazione totale provinciale), e tale coincidenza si verifica, più o meno, anche con riferimento alla popolazione con età compresa tra i 15 ed i 64 anni (67,6 per cento a fronte di un dato nazionale del 67,9 per cento) e a quella anziana (oltre i 64 anni): 17,7 per cento contro il 17,6 per cento medio italiano (tav. 4.5.1.).
Il valore provinciale dell'indice di vecchiaia, pari al 121,2 per cento, risulta solo leggermente superiore a quello medio nazionale del 120,6 per cento. Mentre il tasso di mortalità registrato nella Asl di Trento (9,9 per 1.000) è anch'esso pressoché identico al valore registrato a livello nazionale (10,0 per 1.000), il tasso di natalità provinciale risulta leggermente superiore (10,4 per 1.000 contro 9,3).
L'indicatore che segnala il numero di figli in età prescolare (0-4 anni) per cento donne in età feconda presenta un valore (24,0 bimbi per cento donne) superiore a quello nazionale di 21,8 bimbi.
La dimensione media della famiglia risulta, invece, solo leggermente inferiore al dato medio registrato nell'intero Paese: il numero medio di componenti a livello provinciale è 2,5 contro 2,6.
Infine, la situazione sotto il profilo migratorio: il valore provinciale del tasso è pari al 5,8 per 1.000 contro un valore medio italiano dell'1,6 per 1.000, a dimostrazione di una forte attrazione di popolazione.

4.5.2. Contesto economico (provinciale)

Dall'analisi degli indicatori relativi al contesto economico emerge, per la provincia autonoma di Trento, una situazione decisamente positiva.
In particolare il tasso di attività, inteso come il rapporto tra la forza lavoro e la popolazione di 15 anni ed oltre, risulta pari al 55,5 per cento a fronte di un dato nazionale del 47,6 per cento (tav. 4.5.2.).
Uno scarto ancor più positivo, rispetto ai dati relativi al resto del Paese, si registra relativamente alla situazione occupazionale: il tasso di disoccupazione provinciale del 4,4 per cento 100 è sensibilmente inferiore al dato medio italiano dell'11,8 per cento; questo scarto positivo permane anche se si considera il tasso

di disoccupazione relativo alla popolazione maschile (3,1 per cento contro il 9,1 per cento nazionale), e ancor di più se ci si riferisce alla popolazione femminile (solo il 6,5 per cento contro il 16,3 per cento medio italiano).
Il valore aggiunto pro-capite (38 milioni di lire) risulta anch'esso più elevato rispetto alla media nazionale di 31,8 milioni di lire.
Infine, i depositi bancari pro-capite ammontano, in media, a 23,3 milioni di lire, risultando così notevolmente superiori al dato nazionale di 17,0 milioni.

4.5.3. Mortalità evitabile

Nell'unica Asl della provincia autonoma di Trento la mortalità evitabile, con riferimento a tutte le cause, presenta valori medi superiori a quelli nazionali se si considera la popolazione maschile (sono 199,6 le morti evitabili ogni 100.000 abitanti contro le 170,9 registrate in media in Italia) (tav. 4.5.3.). Se, invece, si osserva la popolazione femminile, la situazione si inverte: il dato relativo alla provincia di Trento (67,7 morti evitabili femminili per 100.000 abitanti) risulta leggermente inferiore a quello medio nazionale (70,0 per 100.000).
Analizzando la composizione delle morti evitabili nello specifico, i decessi che si sarebbero potuti evitare con opportuni interventi di prevenzione primaria sono 140,9 per 100.000 abitanti per gli uomini e 28,0 per 100.000 per le donne (a fronte di valori medi nazionali pari, rispettivamente, a 113,5 per 100.000 per gli uomini e 30,0 per le donne). Le morti dovute alla carenza di diagnosi precoci e/o diversi approcci terapeutici, invece, risultano leggermente più elevate alle rispettive medie nazionali: 2,5 per 100.000 per gli uomini contro il 2,4 nazionale e 21,7 per 100.000 per le donne contro il 21,1 medio italiano. Infine, i decessi attribuibili alla mancanza di adeguata igiene ed assistenza sanitaria risultano leggermente superiori a quelli nazionali per quanto riguarda la popolazione maschile (56,2 morti evitabili per 100.000 abitanti contro 55,0 per 100.000) e meno elevati con riferimento alle donne (18,0 per 100.000 contro 18,9).

4.5.4. Rete ospedaliera

La dotazione complessiva di posti letto di cui dispone la Asl di Trento (6,5 per 1.000 abitanti) risulta superiore rispetto alla media nazionale di 5,1 posti letto per 1.000 abitanti (tav. 4.5.4.).
Si evidenzia come la quota maggiore di posti letto (5,4 per 1.000 abitanti) sia ubicata presso i presidi ospedalieri delle Asl (a fronte di un dato nazionale pari a 2,3 per 1.000 abitanti), e la restante (1,1 per 1.000 abitanti, contro 1,0 media italiana) presso Istituti privati accreditati (non esistono le Aziende Ospedaliere).
Per quanto riguarda la struttura dell'offerta, e quindi l'intensità assistenziale, si evidenzia come i dati relativi alla provincia autonoma di Trento risultino superiori alla media italiana, con riferimento alla disponibilità di letti per le specialità di base (417,2 per 100.000 abitanti contro 343,6 per 100.000) e per la riabilitazione e lungodegenza (153,5 posti letto per 100.000 abitanti nella Asl di Trento contro i 58,2 medi in Italia).
Di contro si evidenziano, per le specialità a media ed elevata assistenza, come anche per la terapia intensiva e sub intensiva, valori tutti inferiori alla media nazionale: a livello provinciale si registrano, rispettivamente, 56,8, 16,2 e 9,2 posti letto per 100.000 abitanti contro i 71,7, 22,8 e 13,3 per 100.000 abitanti rilevati a livello nazionale.

Infine, per quanto riguarda il tasso di utilizzazione dei posti letto, esso risulta a livello provinciale leggermente inferiore a quello medio italiano: 75,1 per cento a fronte del 76,4 per cento nazionale.

4.5.5. Medici ed infermieri dipendenti del Ssn

Risultano dipendenti dell'unica Asl di Trento 137,7 unità per 10.000 abitanti; il dato si colloca al di sopra del dato medio nazionale (108,9 per 10.000 abitanti), e risulta uno dei maggiori registrati tra tutte le regioni italiane (tav. 4.5.5.).
Per quanto riguarda i medici dipendenti del Ssn, il dato risulta in linea con quello medio italiano (17,4 medici per 10.000 abitanti contro 17,2 a livello nazionale).
Per il personale infermieristico della provincia autonoma di Trento appare, invece, un assorbimento significativamente maggiore rispetto a quello nazionale: 66,0 contro 55,5 infermieri per 10.000 abitanti.
Infine, anche l'indicatore relativo al numero di infermieri per medico risulta superiore alla media nazionale e pari a 3,8.

4.5.6. Medicina di base

Con riferimento alla medicina di base, i dati relativi alla Azienda Sanitaria Locale di Trento evidenziano una minor disponibilità di medici di medicina generale rispetto a quanto si riscontra, in media, nel nostro Paese.
Nella provincia autonoma si registrano, infatti, 1.133 adulti residenti per medico a fronte dei 1.035 nazionali (tav. 4.5.6.).
La statistica si inverte se si considera la pediatria di base: nella Asl di Trento si hanno in media 1.071 bambini in età pediatrica (0-14 anni) residenti per medico pediatra, contro i 1.202 rilevati mediamente in Italia.
Passando all'attività prescrittiva, nel Trentino si registra un valore più basso della media nazionale: sono 4,0 le ricette prescritte, mediamente, per singolo assistito contro le 5,3 medie italiane; di contro si ha una spesa media per ricetta superiore a quella nazionale (50.100 contro 46.294 lire).
Si noti come l'onere economico evidenziato nella provincia autonoma di Trento sia uno dei maggiori registrati tra tutte le regioni italiane: l'importo medio per ricetta di 50.100 lire è, in tutta Italia, il terzo dopo Liguria (50.951 lire) e Lombardia (50.747 lire).

TAVOLA 4.5.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Trento	468.399	121,2	9,9	10,4
Media regionale	468.399	121,2	9,9	10,4
Media nazionale	293.816	120,6	10,0	9,3

Usl	Bimbi x donna feconda (e)	Numero medio di componenti la famiglia (f)	Tasso migratorio (x 1000) (g)	Popolazione 0-14 anni % su totale	Popolazione 15-64 anni % su totale	Popolazione > 64 anni % su totale
Trento	24,0	2,5	5,8	14,6	67,6	17,7
Media regionale	24,0	2,5	5,8	14,6	67,6	17,7
Media nazionale	21,8	2,6	1,6	14,6	67,9	17,6

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Popolazione media residente 1998
(b) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione (x1.000)
(d) Nati nell'anno diviso popolazione totale residente (x1.000)
(e) Bimbi residenti <5 anni diviso donne in età feconda (15-44 anni)(x 100)
(f) Popolazione diviso numero delle famiglie
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 4.5.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività (d)	Valore aggiunto pro-capite (e)	Depositi bancari pro-capite (e)
Trento	3,1	6,5	4,4	50,5	38,0	23,3
Media regionale	3,1	6,5	4,4	50,5	38,0	23,3
Media nazionale	9,1	16,3	11,8	47,6	31,8	17,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat, Ancitel e Istituto Tagliacarne - Anno 1998

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi (x100)
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine (x100)
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro (x100)
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore espresso in milioni di lire

TAVOLA 4.5.3. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause (a)

Usl	Prevenz. Primaria Maschi	Prevenz. Primaria Femmine	Diagn. Precoce e Terapia Maschi	Diagn. Precoce e Terapia Femmine	Igiene e Ass. Sanit. Maschi	Igiene e Ass. Sanit. Femmine	Tutte le Cause Maschi	Tutte le Cause Femmine
Trento	140,9	28,0	2,5	21,7	56,2	18,0	199,6	67,7
Media regionale	140,9	28,0	2,5	21,7	56,2	18,0	199,6	67,7
Media nazionale	113,5	30,0	2,4	21,1	55,0	18,9	170,9	70,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1996,1997 e 1998

(a) Tassi standardizzati (x 100.000 ab.); morti 5-69 anni; popolazione tipo = popolazione mondiale

TAVOLA 3.5.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Trento	5,4	-	1,1	6,5
Media regionale	5,4	-	1,1	6,5
Media nazionale	2,3	1,8	1,0	5,1

Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. (d)
	Specialità di base	Specialità a media assistenza	Specialità a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez.	
Trento	417,2	56,8	16,2	9,2	153,5	75,1
Media regionale	417,2	56,8	16,2	9,2	153,5	75,1
Media nazionale	343,6	71,7	22,8	13,3	58,2	76,4

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 1.000 residenti
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS. Inoltre per il complesso delle Aziende ospedaliere si è tenuto conto dell'indice medio regionale di posti letto attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Azienda Usl della regione di appartenenza.
(d) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)

TAVOLA 4.5.5. Medici e Infermieri dipendenti del Ssn (a)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (b)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Trento	17,4	-	17,4	66,0	-	66,0	137,7	3,8
Media regionale	17,4	-	17,4	66,0	-	66,0	137,7	3,8
Media nazionale	11,5	5,8	17,2	34,3	18,2	52,5	108,9	3,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Valori x 10.000 abitanti
(b) Media regionale del personale delle Aziende ospedaliere. Al personale delle Aziende ospedaliere è stato associato un bacino di utenza regionale. Per questo motivo tale personale è stato convenzionalmente attribuito pro-quota a ciascuna delle Aziende Usl della regione.

TAVOLA 4.5.6. Medicina di base

Usl	Scelte per medico (a)	Scelte per pediatra (b)	Prescriz. Farmaceutiche del Ssn per residente (c)	Importo Medio per ricetta (d)
Trento	1.133	1.071	4,0	50.100
Media regionale	1.133	1.071	4,0	50.100
Media nazionale	1.035	1.202	5,3	46.294

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat e Ministero della Salute - Anno 1998

(a) Residenti >14 anni diviso numero dei medici
(b) residenti < 15 anni diviso numero dei pediatri
(c) Numero di ricette
(d) Spesa farmaceutica lorda diviso numero di ricette (lire)

4.6. Veneto

4.6.1. Contesto demografico

Il Veneto ha una popolazione di 4.478.358, pari al 7,8 per cento della popolazione italiana, suddivisa per l'assistenza sanitaria in 21 Aziende sanitarie locali, la maggior parte delle quali ha una numerosità che si trova al di sotto della media nazionale di 293.816 cittadini. In particolare, la Asl più popolosa è Verona con 412.361 assistiti, la meno numerosa Adria con soltanto 75.337.
La popolazione veneta presenta una struttura per età che mette in evidenza una quota di giovani fino a 14 anni di poco inferiore rispetto a quella nazionale (13,2 per cento contro 14,6 per cento); al contrario, la quota di persone con più di 64 anni è il 17,4 per cento della popolazione veneta, in linea con quella nazionale pari al 17,6 per cento (tav. 4.6.1.). La classe d'età 15-64 anni mostra un valore leggermente superiore a quello nazionale (69,4 per cento a fronte del 67,9 per cento).
Strettamente correlato con la struttura per età della popolazione è l'indice di vecchiaia, che a livello regionale (131,7 per cento) supera di poco la media nazionale (pari a 120,6 per cento); tra le Aziende sanitarie locali, Cittadella e Bassano del Grappa mostrano, per questo indice, i valori più bassi (rispettivamente 96,0 e 103,4 per cento); Chioggia è la Asl che, con un indice di vecchiaia di 118,0, maggiormente si avvicina al valore medio nazionale (120,6 per cento) insieme a Treviso (124,3 per cento). A Veneziana il primato dell'indice più elevato: 211,4 per cento, seguita da Rovigo con 185,7 per cento.
Conformemente all'andamento del dato relativo all'indice di vecchiaia regionale, che si discosta poco dalla media nazionale, anche il tasso di mortalità relativo alla regione Veneto (9,6 per 1.000) si attesta in linea con i valori a livello nazionale (10,0 per 1.000).
Analoga osservazione vale per il dato sul tasso di natalità veneto: in questo caso, esso risulta esattamente pari al valore medio italiano: 9,3 per 1.000; più in dettaglio, il valore massimo si registra nella Asl di Asolo (10,9 per 1.000), seguita dalle Asl di Bassano del Grappa, Arzignano, Cittadella e Bussolengo con un indice pari a 10,8 per 1.000. L'indice più basso si trova a Rovigo ed Adria (7,0 per 1.000).
Anche il dato sulla fecondità della Regione (20,7 bimbi in età prescolare (0-4 anni) per cento donne in età feconda) è in linea con quello italiano (21,8). Il primato della fecondità più bassa spetta alla Asl di ADRIA (17 bimbi per cento donne), mentre quello per la fecondità più alta appartiene a Bassano del Grappa (23,8 bambini per cento donne).
Uno scostamento limitato rispetto alla media nazionale lo si riscontra anche se si analizza il dato sul nucleo familiare regionale: in Veneto si registrano in media 2,7 componenti la famiglia, a fronte di 2,6 componenti a livello nazionale.
Infine, il tasso migratorio regionale risulta positivo e superiore alla media italiana (rispettivamente, 4,5 e 1,6 per 1.000). L'unica Asl che registra un tasso migratorio negativo (-2,4 per 1.000) è Veneziana, mentre il tasso maggiore appartiene a Bussolengo (11,2).

4.6.2. Contesto economico (provinciale)

La regione Veneto presenta una situazione economica relativamente superiore a quella del resto del Paese, con riferimento a tutti gli indicatori utilizzati.
Il tasso di attività risulta pari al 51,1 per cento (considerando fra i potenzialmente attivi anche la popolazione anziana), significativamente superiore alla media italiana del 47,6 per cento, con la percentuale più alta nella provincia di Vicenza dove il tasso risulta pari al 55,9 per cento e quella più bassa nelle province di Verona e Rovigo, che con il 48,2 per cento restano comunque al di sopra del dato nazionale (tav. 4.6.2.). A conferma della buona situazione economica prospettata, incoraggianti sono i dati regionali sul tasso di disoccupazione: solo il 5,0 per cento rispetto ad una media nazionale dell'11,8 per cento.
Nello specifico, risulta incoraggiante sia la situazione occupazionale femminile (8,1 per cento contro il 16,3 per cento a livello nazionale) che quella maschile (3,0 per cento rispetto al 9,1 per cento nazionale). La provincia che presenta la situazione migliore è Vicenza, con disoccupazione maschile e femminile rispettivamente al 1,3 e 6,2 per cento, mentre la provincia con il più elevato tasso di disoccupazione è Rovigo con il 9,3 per cento (comunque inferiore al dato nazionale), di cui il 5,3 per cento maschile e il 15,5 per cento femminile. Anche con riferimento alla produzione, il valore aggiunto pro-capite risulta superiore alla media nazionale: 38,4 milioni di lire contro i 31,8 della media nazionale. La provincia più produttiva risulta essere Verona con 40,6 milioni mentre quella con la produttività peggiore è Belluno con un valore aggiunto pro-capite di 31,1 milioni (nonostante il tasso di disoccupazione sia inferiore alla media regionale, dimostrazione di una bassa produttività per occupato). La media regionale dei depositi bancari pro-capite è pari a 17,9 milioni di lire, leggermente superiore, quindi, al dato medio nazionale di 17 milioni: Padova è la provincia più "ricca" con 20,5 milioni di depositi bancari pro-capite, seguita da Verona con 20,2. Assumendo i depositi come un indicatore approssimato di reddito disponibile, la provincia con meno disponibilità appare essere Venezia con 15,2 milioni seguita da Rovigo con 15,3.

4.6.3. Mortalità evitabile

La mortalità evitabile in Veneto presenta andamenti differenti rispetto alla media nazionale a seconda che si consideri quella femminile o quella maschile: nel primo caso, infatti, a fronte di un valore medio nazionale pari a 70,0 per 100.000 abitanti, a livello regionale ci si attesta ad un livello leggermente inferiore (67,5); nel caso in cui si consideri, invece, la mortalità evitabile maschile, il dato regionale (185,5 per 100.000 abitanti) supera sensibilmente quello medio nazionale (170,9), e si colloca tra i valori più alti tra le regioni italiane (tav. 4.6.3.).
La situazione fra le diverse Asl risulta piuttosto diversificata. Facendo riferimento la popolazione maschile, sono solo tre le Asl che registrano una mortalità evitabile al di sotto della media italiana: Vicenza (167,3), Pieve di Soligo (166,7) e Padova (166,2). Il valore più alto si riscontra a Feltre, con 267,3 per 100.000 morti evitabili maschili. Per quanto riguarda la popolazione femminile, il valore più elevato lo si registra ad Este (76,9 per 100.000) ed il minore a Cittadella (58,5).
Analizzando nello specifico la composizione delle morti evitabili, si evidenzia che i decessi evitabili attraverso opportuni interventi di prevenzione primaria sono 131,9 per 100.000 per gli uomini e 31,7 per le donne; le morti che si sarebbero potute evitare attraverso diagnosi precoci e/o diverse terapie sono pari a 2,6 per 100.000 abitanti per gli uomini e a 20,6 per 100.000 per le donne. Infine, la mancanza di ade-

guata igiene ed assistenza sanitaria risulta essere la causa di 51,0 morti maschili e 15,2 morti femminili ogni 100.000 abitanti. Si sottolinea come il numero di morti evitabili in Veneto sia, in generale, in leggero calo rispetto agli scorsi anni (V. edizioni precedenti di Prometeo). Sia pur in presenza di una situazione piuttosto diversificata a livello di singole Asl, si evidenzia un picco nei valori della mortalità evitabile maschile dovuta a mancanza di prevenzione primaria: a Feltre si sono registrate ben 200,8 morti evitabili per 100.000 abitanti, a fronte di una media nazionale di 113,5.

4.6.4. Rete ospedaliera

Con riferimento all'offerta ospedaliera del Veneto, si rileva una dotazione complessiva di posti letto pari a 5,3 per 1.000, in linea col dato medio nazionale di 5,1 posti per 1.000 abitanti (tav. 4.6.4.). La quota maggiore è situata presso gli ospedali delle Asl (4,1 letti per 1.000 abitanti), ed essa risulta quasi doppia rispetto a quella media italiana di 2,3 posti letto per 1.000 abitanti. L'offerta degli ospedali risulta particolarmente concentrata nelle Asl di Belluno (7,1 posti letto per 1.000 abitanti), Veneziana (6,8 per 1.000) e Bussolengo (6,3 per 1.000). La Asl di Verona è quella che registra la minor quota di letti in ospedali pubblici (solo 1,3 letti per 1.000). I posti letto in Aziende Ospedaliere, 0,9 per 1.000 abitanti, risultano essere la metà esatta della media nazionale (1,8 per 1.000), ed anche l'offerta degli Istituti privati accreditati appare inferiore al dato medio italiano (0,3 contro 0,9 posti letto per 1.000 abitanti).
Con riferimento all'articolazione dell'offerta per intensità di assistenza, solo con riferimento alla disponibilità di posti letto per specialità di base si registra un dato medio superiore a quello nazionale: 366,7 contro 343,6 posti letto per 100.000 abitanti. Si rileva un picco nella Asl di Belluno, dove i posti letto disponibili per specialità di base sono ben 631,4 per 100.000 abitanti.
La media regionale relativa ai posti letto per specialità a media ed elevata assistenza si trova, invece, al di sotto della media nazionale: rispettivamente, si rilevano 71,6 e 20,7 letti per 100.000 abitanti contro i 71,7 e 22,8 registrati mediamente in Italia. Picchi nei valori delle singole Asl li troviamo a Veneziana, dove sono ben 112,2 i posti letto per 100.000 abitanti per specialità a media assistenza, ed a Treviso, che dispone di 49,9 letti per 100.000 abitanti per specialità ad elevata assistenza. Si evidenzia, ancora, una minor disponibilità, a livello regionale, di posti letto classificati in terapia intensiva e sub intensiva e per la riabilitazione e lungodegenza, rispetto al dato medio rilevato in Italia: rispettivamente, 12,9 e 56,9 posti letto per 100.000 abitanti, a fronte di un dato medio nazionale di 13,3 e 58,2 letti per 100.000. A livello di singola Asl, per la terapia intensiva e sub intensiva si oscilla tra i 3,3 posti letto per 100.000 abitanti della Asl di Verona ed i 23,0 letti di Belluno. Per la riabilitazione e lungodegenza, si va dai 26,3 letti per 100.000 abitanti disponibili presso la Asl di Thiene ai ben 158,3 di Veneziana. Per quanto concerne il tasso di utilizzazione dei posti letto, esso risulta a livello regionale superiore rispetto a quello medio nazionale: 80,9 per cento contro il 76,4 per cento italiano. Per le Asl, il primato del maggior tasso spetta a Feltre con il 90,9 per cento; sono solo tre le Asl in cui si registra un valore inferiore a quello medio nazionale: Cittadella (70,4 per cento), Legnago (74,5 per cento) e Pieve di Soligo (75,1 per cento).

4.6.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn

Il numero di dipendenti per abitanti occupati delle Asl della regione Veneto (121,0 per 10.000 abitanti) si colloca al di sopra della media nazionale (108,9 per 10.000

abitanti). In dettaglio, in quasi tutte le Asl si supera il dato medio italiano; il valore minimo interessa l'Asl di Verona, che ha 71,8 dipendenti totali per 10.000 abitanti seguita da Padova con 75,0 (tav. 4.6.5.).
Per quanto concerne il numero di medici dipendenti del Ssn (per 10.000 abitanti), esso risulta complessivamente in linea col dato medio italiano (17,0 medici per 10.000 abitanti contro il 17,2 a livello nazionale). Sono comunque presenti sensibili differenze tra le varie Asl: si passa da un minimo di 8,4 medici per 10.000 abitanti, registrati nella Asl di Padova, ad un massimo di 27,4 medici di Belluno.
Sempre a livello regionale i medici che prestano la loro attività in Aziende Ospedaliere sono 2,7 per 10.000 abitanti e, dunque, risultano inferiore alla media nazionale di 5,8; di contro, i medici che operano nelle Asl (compresi i relativi presidi ospedalieri) sono più numerosi rispetto al dato nazionale (14,4 medici contro 11,5 per 10.000 abitanti). Ancora una volta il valore minimo appartiene alla Asl di Padova (5,7 per 10.000 abitanti) mentre quello massimo si registra a Belluno (24,7 per 10.000 abitanti). Il dato sul personale infermieristico appare, invece, significativamente superiore a quella nazionale: 66,0 contro 52,5 per 10.000 abitanti; essa varia tra le Asl: il dato più elevato si riscontra nella Asl di Belluno (104,8 per 10.000 abitanti) ed il più basso in quella di Verona (36,0 per 10.000 abitanti).
L'indicatore relativo al numero di infermieri per medico si attesta su livelli alti, di poco inferiori a 4,0; superano tale livello solo 5 Asl su 21 (Padova con 4,9, Feltre con 4,5, Treviso con 4,2 e Bassano del Grappa e Thiene a pari merito con 4,1). Il valore minimo lo registra Mirano (3,0 infermieri per medico).

4.6.6. Medicina di base

In Veneto sono mediamente 1.086 gli abitanti (adulti residenti) per medico di base, valore leggermente superiore ai 1.035 che si registrano a livello nazionale (tav. 4.6.6.). La statistica si inverte, invece, se si considera la pediatria di base: in Veneto si hanno, infatti, in media 1.187 bambini in età pediatrica residenti per medico pediatra, a fronte dei 1.202 rilevati mediamente in Italia.
Analizzando i dati ad un maggior livello di dettaglio, tra le singole Aziende Usl presenti nel territorio veneto si registra una limitata variabilità del dato per quanto concerne il numero di residenti per medico: si passa dalla Azienda Sanitaria Locale di Venezia, con 1.018 adulti per medico, a quella di Feltre, dove si rilevano 1.205 abitanti per ogni medico. Non si scende, comunque mai al di sotto dei 1.000 adulti per medico. Maggiori differenze interne si riscontrano, invece, nei dati sulla pediatria: si passa dalla Azienda sanitaria locale di Pieve di Soligo, con 1.683 bambini per medico pediatra, a quella di Padova, dove i bambini per medico sono 978.
Passando all'attività prescrittiva, essa risulta essere in Veneto inferiore rispetto alla media registrata a livello nazionale (4,7 ricette per assistito contro 5,3); si registra peraltro una certa differenza tra le varie Aziende sanitarie locali: sono 4,0 le ricette prescritte mediamente per singolo assistito nella Azienda Sanitaria Locale di Asolo, a fronte delle 5,6 di Rovigo. Si noti che l'indice di vecchiaia nella Asl di Asolo è uno dei più bassi, mentre a Rovigo si registra l'indice più elevato dopo la sola Asl veneziana.
Dal punto di vista dell'onere economico, nel Veneto si evidenzia un importo medio per ricetta prescritta di lire 44.339, che è leggermente inferiore alla media nazionale (lire 46.294). In dettaglio, si passa da un importo medio di lire 39.300 nella Asl di Arzignano (dove il numero di ricette è di poco superiore alla media regionale: 4,9 ricette per assistito) contro le 49.800 lire di Cittadella (a fronte però di un basso numero di ricette per assistito: 4,3).

TAVOLA 4.6.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Belluno	130.544	164,2	11,6	8,0
Feltre	80.907	175,6	12,9	8,6
Bassano del Grappa	162.444	103,4	8,7	10,8
Thiene	169.928	116,7	10,2	10,0
Arzignano	161.327	104,9	8,8	10,8
Vicenza	284.098	115,1	9,0	9,9
Pieve di Soligo	198.442	148,6	9,5	9,5
Asolo	217.622	103,9	8,9	10,9
Treviso	356.683	124,3	8,9	9,6
San Dona' di Piave	195.693	132,8	9,1	8,7
Veneziana	311.538	211,4	11,3	7,3
Mirano	236.544	112,5	8,2	9,2
Chioggia	128.838	118,0	9,4	8,7
Cittadella	215.616	96,0	7,8	10,8
Padova	383.175	146,9	9,4	8,5
Este	185.025	137,8	10,5	8,7
Rovigo	171.523	185,7	11,3	7,0
Adria	75.337	159,0	11,4	7,0
Verona	412.361	137,7	9,9	9,4
Legnago	162.723	138,3	10,8	8,7
Bussolengo	237.995	105,3	9,1	10,8
Media regionale	213.253	131,7	9,6	9,3
Media nazionale	293.816	120,6	10,0	9,3

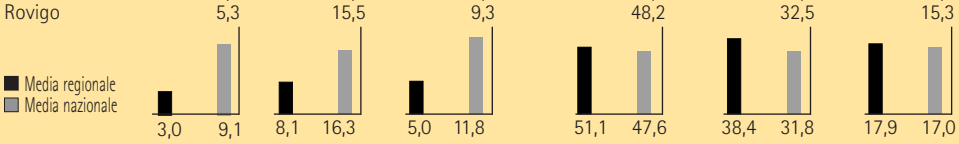
Usl	Bimbi x donna feconda (e)	Numero medio di componenti la famiglia (f)	Tasso migratorio (x 1000) (g)	Popolazione 0-14 anni % su totale	Popolazione 15-64 anni % su totale	Popolazione > 64 anni % su totale
Belluno	20,0	2,4	0,6	12,3	67,5	20,2
Feltre	19,6	2,5	6,7	12,1	66,6	21,3
Bassano del Grappa	23,8	2,8	4,2	15,3	68,9	15,8
Thiene	23,6	2,7	7,0	14,3	69,0	16,7
Arzignano	23,5	2,7	6,7	14,7	70,0	15,4
Vicenza	22,3	2,7	5,8	14,1	69,7	16,2
Pieve di Soligo	20,3	2,7	6,2	12,7	68,4	18,9
Asolo	22,9	2,9	7,5	15,0	69,5	15,6
Treviso	21,3	2,7	9,0	13,4	69,9	16,7
San Dona' di Piave	18,7	2,9	3,6	12,7	70,4	16,9
Veneziana	17,5	2,3	-2,4	10,1	68,4	21,4
Mirano	19,1	2,9	3,0	12,9	72,6	14,5
Chioggia	18,4	2,9	0,1	13,2	71,3	15,6
Cittadella	23,1	3,0	6,3	15,4	69,8	14,8
Padova	19,2	2,6	2,0	12,0	70,4	17,6
Este	19,7	2,9	2,6	13,2	68,6	18,2
Rovigo	16,5	2,7	2,2	11,3	67,7	21,0
Adria	17,0	2,8	2,6	12,2	68,5	19,3
Verona	22,0	2,5	4,1	13,4	68,2	18,4
Legnago	19,6	2,8	3,6	13,1	68,7	18,1
Bussolengo	23,4	2,7	11,2	14,7	69,7	15,5
Media regionale	20,7	2,7	4,5	13,2	69,4	17,4
Media nazionale	21,8	2,6	1,6	14,6	67,9	17,6

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Popolazione media residente 1998
(b) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione (x1.000)
(d) Nati nell'anno diviso popolazione totale residente (x1.000)
(e) Bimbi residenti <5 anni diviso donne in età feconda (15-44 anni)(x 100)
(f) Popolazione diviso numero delle famiglie
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 4.6.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività (d)	Valore aggiunto pro-capite (e)	Depositi bancari pro-capite (e)
Verona	2,5	7,8	4,5	48,2	40,6	20,2
Vicenza	1,3	6,2	3,3	55,9	40,1	17,8
Belluno	2,7	4,6	3,5	49,7	31,1	15,6
Treviso	2,1	5,5	3,4	52,1	40,0	16,9
Venezia	5,1	11,6	7,6	50,9	35,5	15,2
Padova	3,0	8,6	5,1	50,2	39,6	20,5
Rovigo	5,3	15,5	9,3	48,2	32,5	15,3

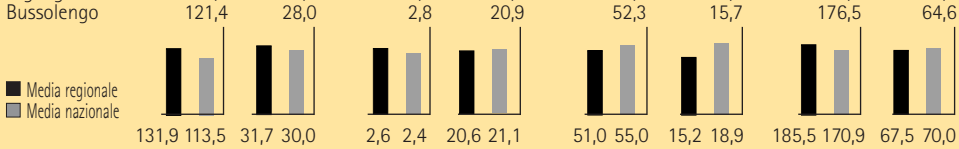


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat, Ancitel e Istituto Tagliacarne - Anno 1998

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi (x100)
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine (x100)
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro (x100)
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore espresso in milioni di lire

TAVOLA 4.6.3. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause (a)

Usl	Prevenz. Primaria Maschi	Prevenz. Primaria Femmine	Diagn. Precoce e Terapia Maschi	Diagn. Precoce e Terapia Femmine	Igiene e Ass. Sanit. Maschi	Igiene e Ass. Sanit. Femmine	Tutte le Cause Maschi	Tutte le Cause Femmine
Belluno	165,3	34,6	2,2	24,2	60,1	13,1	227,6	71,9
Feltre	200,8	42,1	2,0	21,7	64,5	25,2	267,3	89,0
Bassano del Grappa	133,1	25,5	3,5	17,8	47,5	16,0	184,1	59,3
Thiene	129,6	30,1	0,9	19,4	65,7	17,2	196,2	66,7
Arzignano	124,5	27,1	2,6	19,8	58,2	15,4	185,3	62,3
Vicenza	114,9	27,0	3,0	25,4	49,4	10,5	167,3	62,9
Pieve di Soligo	120,5	24,4	1,2	21,0	45,0	14,9	166,7	60,3
Asolo	126,5	31,8	3,3	22,0	51,9	11,5	181,7	65,3
Treviso	122,5	30,4	4,2	17,7	53,9	13,3	180,6	61,4
San Dona' di Piave	144,7	36,7	1,9	19,9	51,2	11,4	197,8	68,0
Veneziana	126,4	34,1	3,2	21,8	42,4	13,9	172,0	69,8
Mirano	128,5	30,7	2,0	21,2	50,0	19,8	180,5	71,7
Chioggia	179,1	30,8	0,9	21,4	52,8	15,3	232,8	67,5
Cittadella	130,5	30,3	3,7	17,0	46,4	11,2	180,6	58,5
Padova	114,2	36,4	2,5	21,0	49,5	15,8	166,2	73,2
Este	166,3	35,3	2,3	20,8	49,7	20,8	218,3	76,9
Rovigo	138,1	37,5	2,9	19,6	54,3	16,2	195,3	73,3
Adria	122,4	40,1	0,7	13,9	49,3	15,7	172,4	69,7
Verona	127,5	29,8	2,1	20,1	45,9	16,1	175,5	66,0
Legnago	124,6	28,4	2,2	21,7	57,3	16,4	184,1	66,5
Bussolengo	121,4	28,0	2,8	20,9	52,3	15,7	176,5	64,6



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1996,1997 e 1998

(a) Tassi standardizzati (x 100.000 ab.); morti 5-69 anni; popolazione tipo = popolazione mondiale

TAVOLA 4.6.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Belluno	7,1		-	8,0
Feltre	3,7		1,5	6,1
Bassano del Grappa	4,5		-	5,4
Thiene	4,0		-	4,8
Arzignano	3,7		-	4,6
Vicenza	3,9		0,7	5,5
Pieve di Soligo	4,3		-	5,2
Asolo	3,9		-	4,8
Treviso	4,0		0,6	5,5
San Dona' di Piave	3,5		0,6	4,9
Veneziana	6,8		-	7,6
Mirano	3,8	0,9	-	4,7
Chioggia	5,0		-	5,9
Cittadella	5,3		-	6,1
Padova	2,0		0,6	3,5
Este	4,2		-	5,1
Rovigo	4,4		1,0	6,3
Adria	4,8		-	5,6
Verona	1,3		0,4	2,6
Legnago	5,0		-	5,8
Bussolengo	6,3		0,3	7,5
Media regionale	4,1	0,9	0,3	5,3
Media nazionale	2,3	1,8	1,0	5,1

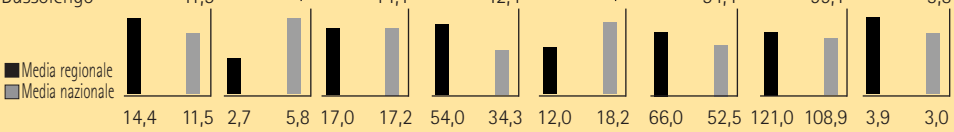
Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. (d)
	Specialità di base	Specialità a media assistenza	Specialità a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez.	
Belluno	631,4	80,2	22,8	23,0	44,7	78,6
Feltre	396,8	92,6	12,7	8,5	103,4	90,9
Bassano del Grappa	371,5	62,7	9,0	22,6	72,2	82,0
Thiene	365,3	68,3	9,0	15,8	26,3	77,1
Arzignano	344,5	49,4	9,0	7,3	44,8	84,3
Vicenza	330,4	99,0	49,8	18,8	50,1	85,2
Pieve di Soligo	430,3	31,0	10,5	10,4	38,6	75,1
Asolo	326,2	77,9	12,2	6,9	52,0	81,4
Treviso	352,4	89,0	49,9	19,4	35,8	85,7
San Dona' di Piave	401,3	40,9	11,6	10,5	28,9	78,5
Veneziana	433,4	112,2	43,0	17,1	158,3	82,6
Mirano	328,7	74,7	18,3	10,3	36,7	79,6
Chioggia	460,5	61,7	9,0	20,2	39,0	79,5
Cittadella	434,0	97,1	9,0	22,2	50,6	70,4
Padova	240,9	60,2	10,0	3,9	39,3	81,3
Este	378,5	56,4	9,0	14,7	49,8	81,4
Rovigo	456,3	93,4	20,1	19,8	38,9	80,4
Adria	468,4	29,2	9,0	18,2	39,1	78,5
Verona	160,2	39,4	10,0	3,3	47,4	84,2
Legnago	375,8	88,4	22,5	11,5	84,4	74,5
Bussolengo	532,1	76,8	30,4	5,7	101,6	83,4
Media regionale	366,7	71,6	20,7	12,9	56,9	80,9
Media nazionale	343,6	71,7	22,8	13,3	58,2	76,4

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 1.000 residenti
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS. Inoltre per il complesso delle Aziende ospedaliere si è tenuto conto dell'indice medio regionale di posti letto attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Azienda Usl della regione di appartenenza.
(d) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)

TAVOLA 4.6.5. Medici e Infermieri dipendenti del Ssn (a)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (b)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Belluno	24,7		27,4	92,8		104,8	196,7	3,8
Feltre	17,4		20,1	79,1		91,1	160,0	4,5
Bassano del Grappa	15,1		17,8	60,2		72,2	132,1	4,1
Thiene	14,2		16,9	57,0		69,0	124,0	4,1
Arzignano	14,2		16,9	56,0		68,0	126,3	4,0
Vicenza	18,0		20,7	66,7		78,7	139,5	3,8
Pieve di Soligo	13,9		16,5	52,8		64,8	116,7	3,9
Asolo	16,4		19,0	56,5		68,5	128,8	3,6
Treviso	14,7		17,3	60,2		72,2	128,9	4,2
San Dona' di Piave	14,9		17,6	53,3		65,3	122,0	3,7
Veneziana	19,8		22,5	74,2		86,2	165,6	3,8
Mirano	15,4	2,7	18,1	44,4	12,0	56,4	107,2	3,1
Chioggia	14,7		17,4	56,7		68,7	117,1	3,9
Cittadella	16,2		18,9	58,7		70,7	126,3	3,7
Padova	5,7		8,4	28,8		40,8	75,0	4,9
Este	14,9		17,6	54,9		66,8	117,5	3,8
Rovigo	21,2		23,9	76,9		88,9	160,4	3,7
Adria	12,5		15,2	47,3		59,2	109,4	3,9
Verona	6,5		9,2	24,0		36,0	71,8	3,9
Legnago	16,8		19,5	59,1		71,1	129,2	3,7
Bussolengo	11,5		14,1	42,4		54,4	99,1	3,8

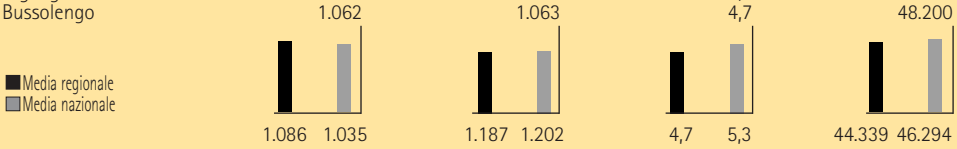


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Valori x 10.000 abitanti
(b) Media regionale del personale delle Aziende ospedaliere. Al personale delle Aziende ospedaliere è stato associato un bacino di utenza regionale. Per questo motivo tale personale è stato convenzionalmente attribuito pro-quota a ciascuna delle Aziende Usl della regione.

TAVOLA 4.6.6. Medicina di base

Usl	Scelte per medico (a)	Scelte per pediatra (b)	Prescriz. Farmaceutiche del Ssn per residente (c)	Importo Medio per ricetta (d)
Belluno	1.070	1.233	4,6	45.800
Feltre	1.205	1.227	4,8	47.300
Bassano del Grappa	1.075	1.183	4,4	44.200
Thiene	1.055	1.518	4,5	47.800
Arzignano	1.101	1.392	4,9	39.300
Vicenza	1.125	1.112	4,9	41.200
Pieve di Soligo	1.103	1.683	4,4	43.300
Asolo	1.070	1.254	4,0	42.000
Treviso	1.144	1.113	4,1	45.500
San Dona' di Piave	1.109	1.312	4,7	48.900
Veneziana	1.018	1.018	5,0	43.500
Mirano	1.108	1.221	4,3	45.900
Chioggia	1.065	1.132	4,8	42.200
Cittadella	1.073	1.384	4,3	49.800
Padova	1.084	978	4,8	45.400
Este	1.123	1.356	4,8	40.600
Rovigo	1.064	1.387	5,6	41.400
Adria	1.103	1.526	5,0	42.900
Verona	1.073	1.040	4,8	44.100
Legnago	1.055	1.124	5,0	41.400
Bussolengo	1.062	1.063	4,7	48.200



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat e Ministero della Salute - Anno 1998

(a) Residenti >14 anni diviso numero dei medici
(b) residenti < 15 anni diviso numero dei pediatri
(c) Numero di ricette
(d) Spesa farmaceutica lorda diviso numero di ricette (lire)

4.7. Friuli Venezia Giulia

4.7.1. Contesto demografico

Il Friuli Venezia Giulia ha una popolazione di poco superiore al milione di abitanti; precisamente 1.184.285 nel 1998. La distribuzione all'interno delle 6 Asl, in cui è suddivisa per l'assistenza sanitaria, appare piuttosto disomogenea; Alto Friuli è l'Asl con il numero più basso di abitanti, appena 77.903, Medio Friuli con 335.528 residenti è, invece, la più popolosa. La numerosità della Asl Friuli occidentale (277.777) è in linea con la media nazionale di 293.816 (tav. 4.7.1.).
Analizzando la struttura per età della popolazione, si evidenzia un valore in linea con la media nazionale per la popolazione adulta (15-64 anni), rispettivamente 68,0 per cento dato regionale e 67,9 per cento quello nazionale. I valori medi regionali nelle restanti classi 0-14 (11,1) e più di 64 anni (20,9), completano il quadro della popolazione friulana e le confermano il primato di popolazione più anziana del Nord-est italiano.
Tra le Asl, quelle con il numero maggiore di persone anziane e minore di giovani sono la Triestina i cui valori percentuali per queste due classi sono 24,7 per cento e per 9,7 e la Asl Isontina i cui dati sono rispettivamente 10,2 e 21,9 per cento.
Un'ulteriore conferma di quanto detto finora si ha dall'analisi degli altri indicatori: l'indice di vecchiaia che ha un valore di gran lunga superiore a quello nazionale (rispettivamente 188,3 per cento contro 120,6). All'interno delle Asl si raggiungono picchi di 255,2 vecchi per cento bambini della Asl Triestina seguita da Isontina con 215,5. Il valore più "basso" si registra nella Asl Friuli Occidentale 155,8.
I valori medi regionali degli indicatori tasso di natalità e numero di bimbi per cento donne in età feconda risultano più bassi di quelli nazionali: 7,6 per 1.000 contro 9,3 medio nazionale, per il numero di bambini il dato regionale è pari a 18,5 contro il dato nazionale di 21,8.
Per quanto concerne i valori dei due indici, appena descritti, si registra tra le Asl una certa omogeneità, con valori minimi nella Asl Triestina 6,5 per 1.000 per quanto riguarda il tasso di natalità, e nella Asl Bassa Friulana il cui numero dei bimbi per cento donne in età feconda si attesta al valore 17,7.
La Triestina è ancora al primo posto per il basso numero di componenti la famiglia: 2,1; le uniche Asl, in linea con il dato nazionale pari a 2,6 sono la Bassa Friulana e il Friuli Occidentale.
Per quanto concerne il tasso migratorio, emergono tra le Asl due poli di attrazione: Isontina con 6,8 e Friuli occidentale 6,7; solo Alto Friuli ha segno negativo: -0,8.

4.7.2. Contesto economico (provinciale)

La regione Friuli Venezia Giulia, come tutte quelle del nord-est, ha una situazione economica particolarmente florida rispetto al resto del Paese.
I valori delle medie regionali riferite agli indicatori utilizzati fanno, infatti, regi-

strare uno scarto in positivo, per la regione friulana, rispetto alle medie nazionali. Dal basso tasso di disoccupazione regionale totale (5,6 contro 11,8 per cento dato nazionale) si evince, infatti, che sono pochi coloro che rimangono esclusi dal mercato del lavoro. Tuttavia permane, come per le altre regioni, una differente situazione occupazionale tra uomini e donne (3,1 e 9,3 per cento entrambi medie regionali).
Tra le Province, Pordenone ha il tasso di disoccupazione totale più basso (3,8 per cento) anche relativamente agli uomini e alle donne (rispettivamente 1,4 e 7,4 per cento).
Il tasso di attività regionale (ottenuto rapportando gli appartenenti alle forze di lavoro alla popolazione di 15 anni ed oltre) è in linea con quello nazionale (rispettivamente 47,8 e 47,6 per cento), tra le province, poi, Trieste e Gorizia hanno valori inferiori alla media (42,0 e 45,4 per cento) mentre Pordenone (51,2 per cento) conferma la tendenza a registrare tassi più elevati.
Il maggiore contributo alla produzione è da ascrivere alla provincia di Trieste con un valore aggiunto pro-capite di 45,3 milioni superiore del 40% alla media nazionale (31,8 milioni); anche le restanti province presentano valori superiori a quello nazionale.
I depositi bancari sono in media superiori a quelli nazionali (rispettivamente 18,5 milioni media regionale e 17,0 milioni media nazionale) solo Udine ha un valore più basso (16,6 milioni), mentre Trieste ha un valore identico a quello medio nazionale.

4.7.3. Mortalità evitabile

La mortalità evitabile del Friuli Venezia Giulia presenta valori mediamente superiori a quelli nazionali sia nella totalità che nello specifico della composizione, rispetto al 1997 si sono, comunque, avute consistenti modifiche in senso positivo (tav. 4.7.3.).
La mortalità evitabile generale si attesta, rispettivamente per gli uomini e per le donne, nel 1998 a 194,0 e 81,0 su 100.000; i dati a livello nazionale sono: 170,9 per gli uomini e 70,0 per le donne. Tutti i dati all'interno delle Asl risultano superiori a quello nazionale sia per gli uomini che per le donne.
Per entrambi i sessi, ed in relazione con i decessi legati a carenze nella prevenzione primaria, si è registrato un calo della mortalità evitabile, che rimane tuttavia superiore a quello medio nazionale: 140,2 morti ogni 100.000 abitanti di sesso maschile e 38,7 decessi femminili, contro valori nazionali rispettivamente pari a 113,5 e 30,0.
Per quanto riguarda la diagnosi precoce e terapia la situazione tra le diverse Aziende sanitarie locali mostra che alcune sono in linea con il dato nazionale (2,4 per gli uomini e 21,6 per le donne), sia in riferimento alla popolazione maschile che femminile. In particolare le Asl Triestina e Friuli occidentale con rispettivamente 2,3 e 2,5 decessi per 100.000 abitanti maschi, e valori pari a 21,3 e 21,2 morti per 100.000 donne. Nelle restanti Asl la situazione peggiora per gli uomini la Asl Alto Friuli raggiunge il valore di 4,2, mentre per le donne il valore più alto si registra nella Asl Isontina, 29,3.
Migliore è la situazione per le morti evitabili dovute a carenze di igiene e assistenza sanitaria: i dati regionali (50,9 per gli uomini e 17,7 per le donne) risultano, infatti, inferiori a quelli nazionali (55,0 morti ogni 100.000 uomini e 18,9 decessi ogni 100.000 donne) raggiungendo all'interno delle Asl dei picchi positivi: per le donne appena 14,5 decessi ogni 100.000 donne nella Bassa Friulana,

per gli uomini la Asl Friuli occidentale registra solo 44,5 morti ogni 100.000 abitanti maschi.

4.7.4. Rete ospedaliera

L'offerta complessiva di posti letto della regione è pari a 5,6 per 1.000 abitanti; valore vicino alla media nazionale che ammonta a 5,1 posti letto per 1.000 abitanti. La Asl più dotata è quella Bassa Friulana (8,0) seguita da Isontina (7,7); il valore più basso lo si registra nella Asl Triestina la cui dotazione è di 4,3 posti letto per 1.000 abitanti (tav.4.7.4.).
Non tutte le Asl della regione possiedono presidi Ospedalieri o posti letto accreditati. In media i posti letto dei presidi delle Asl sono inferiori a quelli nazionali (rispettivamente 1,9 a fronte di 2,3 posti letto per 1.000 abitanti), analoga la situazione dei posti letto privati accreditati, inferiori anch'essi al dato nazionale (0,5 contro 1,0).
Per quanto concerne il tasso di utilizzazione dei posti letto, esso risulta essere il più basso d'Italia attestandosi a 66,0 per cento, e nessuna Asl della regione raggiunge il dato nazionale (76,4 per cento).
Dall'analisi della destinazione dei posti letto per specialità di base, media ed elevata assistenza, terapia intensiva e subintensiva e, infine, riabilitazione e lungodegenza, si riscontra che i valori regionali sono tutti inferiori alla media nazionale tranne che per la specialità di base.
I posti letto per la specialità di base sono superiori a quelli medi nazionali (rispettivamente 435,9 a fronte di 343.6 per 100.000 abitanti) e raggiungono nella Asl Bassa Friulana il numero di 703,3 per 100.000 abitanti. Nella Asl Isontina si trovano il maggior numero di posti letto per 100.000 abitanti dedicati all'attività di media assistenza (79,9 a fronte di 57,6 posti letto regionali). La media regionale per la specialità ad elevata assistenza (21,4) è inferiore al dato nazionale (22,8).
La media regionale relativa ai posti letto per la terapia intensiva e subintensiva è pari a 8,7 per 100.000 abitanti a fronte di una disponibilità nazionale di 13,3 posti letto. Un dato anomalo emerge nella Asl Isontina dove si registra un numero di posti letto pari a i sono 21,8.
La Riabilitazione e Lungodengenza ha una media regionale (37,2) lontana da quella nazionale (58,2), ma all'interno delle Asl i valori oscillano da 97,9 posti letto di Isontina a soli 6,5 posti letto per 100.000 abitanti delle Asl Alto Friuli e Bassa Friulana.

4.7.5. Medici ed infermieri dipendenti del Ssn

Il personale complessivo del Servizio Sanitario Nazionale nella regione friulana ammonta a 138,6 dipendenti per 10.000 abitanti, dato di gran lunga superiore al valore di 108,9 dipendenti (per 10.000 abitanti) che si registra a livello nazionale (tav. 4.7.5.). La Asl Isontina raggiunge il valore di 205,7 dipendenti seguita dalle Asl Alto Friuli con 188,6 e Bassa Friulana con 183,8, solo la Triestina ha un valore che si attesta al 99,0 e risulta essere inferiore sia al valore regionale che nazionale.
La quantità di medici del Ssn, a livello regionale, è in linea con quella nazionale (17,8 contro 17,2 per 10.000 abitanti). Si riscontra all'interno delle Asl una certa disomogeneità: il dato più elevato si registra nella Asl Isontina (29,0) quello più basso nella Asl Triestina (11,7).

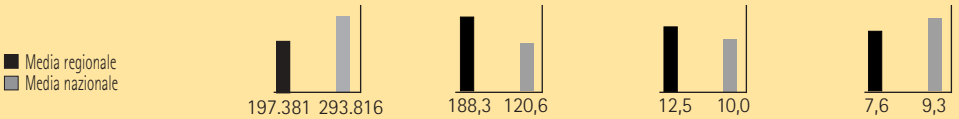
Il numero di infermieri per 10.000 abitanti è marcatamente superiore a quello nazionale sia a livello regionale che in tutte le Asl del Friuli Venezia Giulia: 52,5, dato nazionale, contro 75,2 per 10.000 abitanti. Al primo posto per numero di infermieri troviamo la Asl Isontinta con 108,2 infermieri all'ultimo quella Triestina (55,5). Nelle Aziende Usl, a livello regionale, la presenza di personale infermieristico (40,9) è superiore a quella delle Aziende Ospedaliere (34,4).
L'elevato numero di infermieri si osserva anche nel rapporto infermieri per medico, che in questa regione si attesta a 4,2 contro un dato nazionale di 3,0.

4.7.6. Medicina di base

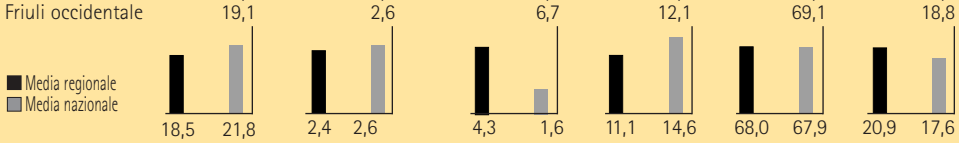
Sul territorio friulano, il carico medio di medici di base è pari a 1.006 adulti, valore di poco inferiore a quello nazionale 1.035. Tra le Asl, la Triestina con 969 adulti per medico ha il carico minimo, mentre nella Asl Bassa Friulana si supera il dato nazionale attestandosi a 1.048.
Per quanto riguarda il carico di bambini e ragazzi di età 0-14 per pediatra la media regionale mette in evidenza il divario con quella nazionale: 1.355 la prima e 1.202 la seconda. Tale divario è più consistente per alcune Asl e raggiunge il valore di 1.716 nella Bassa Friulana; solo nella Asl Triestina i bambini e ragazzi di età 0-14 anni sono 1.153 per pediatra, valore che è inferiore al dato medio nazionale.
Passando all'attività prescrittiva, essa risulta essere nel Friuli Venezia Giulia inferiore alla media registrata a livello nazionale (4,9 ricette per assistito contro 5,3) con solo due Asl Triestina e Bassa Friulana (rispettivamente 5,4 e 5,2 ricette a persona) in linea con il dato nazionale. Anche la spesa media per ricetta nella regione è inferiore a quella italiana pari a 43.763 lire contro 46.294.

TAVOLA 4.7.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Triestina	249.914	255,2	15,4	6,5
Isontina	137.854	215,4	13,2	7,2
Alto Friuli	77.903	169,0	13,8	7,7
Medio Friuli	335.528	175,2	11,7	7,9
Bassa friulana	105.311	169,6	11,2	7,7
Friuli occidentale	277.777	155,8	10,8	8,4



Usl	Bimbi x donna feconda (e)	Numero medio di componenti la famiglia (f)	Tasso migratorio (x 1000) (g)	Popolazione 0-14 anni % su totale	Popolazione 15-64 anni % su totale	Popolazione > 64 anni % su totale
Triestina	18,0	2,1	1,6	9,7	65,6	24,7
Isontina	18,4	2,3	6,8	10,2	67,9	21,9
Alto Friuli	18,7	2,4	-0,8	12,1	67,5	20,4
Medio Friuli	18,6	2,5	4,7	11,4	68,7	19,9
Bassa friulana	17,7	2,6	3,5	11,4	69,3	19,3
Friuli occidentale	19,1	2,6	6,7	12,1	69,1	18,8

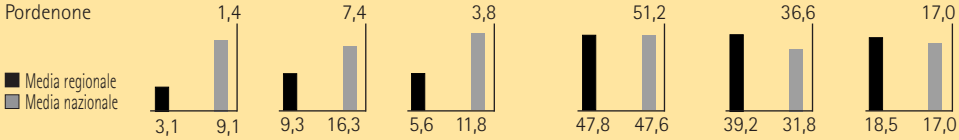


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Popolazione media residente 1998
(b) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione (x1.000)
(d) Nati nell'anno diviso popolazione totale residente (x1.000)
(e) Bimbi residenti <5 anni diviso donne in età feconda (15-44 anni)(x 100)
(f) Popolazione diviso numero delle famiglie
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 4.7.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività (d)	Valore aggiunto pro-capite (e)	Depositi bancari pro-capite (e)
Udine	2,5	9,5	5,3	49,5	37,4	18,1
Gorizia	3,8	8,1	5,6	45,4	40,2	16,6
Trieste	6,3	11,8	8,6	42,0	45,3	22,3
Pordenone	1,4	7,4	3,8	51,2	36,6	17,0

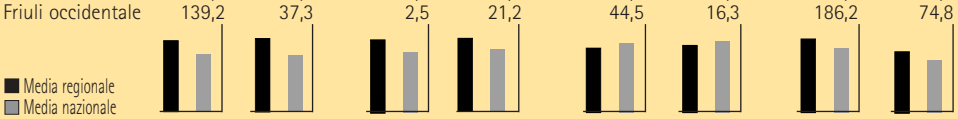


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat, Ancitel e Istituto Tagliacarne - Anno 1998

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi (x100)
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine (x100)
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro (x100)
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore espresso in milioni di lire

TAVOLA 4.7.3. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause (a)

Usl	Prevenz. Primaria		Diagn. Precoce e Terapia		Igiene e Ass. Sanit.		Tutte le Cause	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Triestina	130,3	38,6	2,3	21,3	51,7	20,1	184,3	80,0
Isontina	137,4	35,6	3,9	29,3	51,3	14,8	192,6	79,7
Alto Friuli	198,3	45,3	4,2	27,7	70,3	19,0	272,8	92,0
Medio Friuli	140,6	39,6	2,9	28,9	51,8	19,2	195,3	87,7
Bassa friulana	128,3	39,7	3,4	20,5	49,7	14,5	181,4	74,7
Friuli occidentale	139,2	37,3	2,5	21,2	44,5	16,3	186,2	74,8

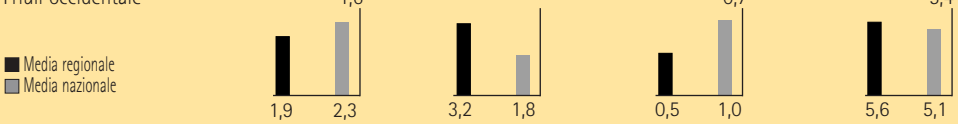


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1996,1997 e 1998

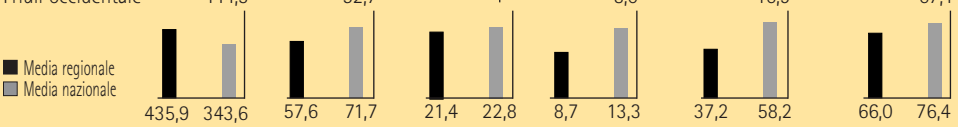
(a) Tassi standardizzati (x 100.000 ab.); morti 5-69 anni; popolazione tipo = popolazione mondiale

TAVOLA 4.7.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Triestina	-		1,2	4,4
Isontina	4,5		-	7,7
Alto Friuli	3,6		-	6,8
Medio Friuli	1,1	3,2	0,4	4,8
Bassa friulana	4,8		-	8,0
Friuli occidentale	1,6		0,7	5,4



Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. (d)
	Specialità di base	Specialità a media assistenza	Specialità a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez.	
Triestina	311,2	58,2		6,6	42,5	69,5
Isontina	546,4	79,9		21,8	97,9	63,3
Alto Friuli	589,5	57,9	21,4	6,6	6,5	66,7
Medio Friuli	356,8	51,1		6,6	42,0	65,9
Bassa friulana	703,3	59,7		6,6	6,5	62,5
Friuli occidentale	444,3	52,7		8,0	16,9	67,1

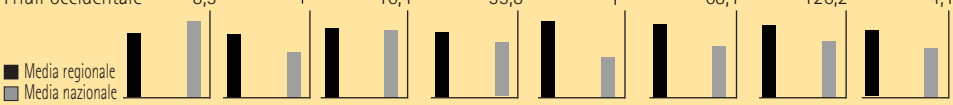


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 1.000 residenti
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS. Inoltre per il complesso delle Aziende ospedaliere si è tenuto conto dell'indice medio regionale di posti letto attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Azienda Usl della regione di appartenenza.
(d) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)

TAVOLA 4.7.5. Medici e Infermieri dipendenti del Ssn (a)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (b)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Triestina	3,6		11,7	21,3		55,5	99,0	4,7
Isontina	20,9		29,0	74,0		108,2	205,7	3,7
Alto Friuli	17,8		26,0	67,9		102,2	188,6	3,9
Medio Friuli	7,1	8,1	15,2	32,4	34,2	66,6	125,0	4,4
Bassa friulana	15,1		23,2	70,4		104,6	183,8	4,5
Friuli occidentale	8,3		16,4	33,8		68,1	126,2	4,1



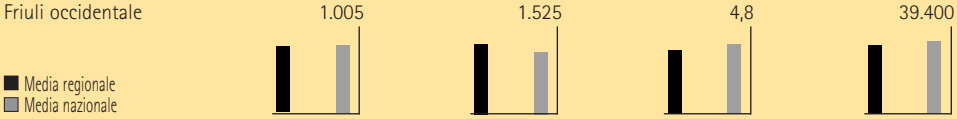
	Aziende Usl	Az. Osp.	Totale	Aziende Usl	Az. Osp.	Totale	Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
Media regionale	9,7	8,1	17,8	40,9	34,2	75,2	138,6	4,2
Media nazionale	11,5	5,8	17,2	34,3	18,2	52,5	108,9	3,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Valori x 10.000 abitanti
(b) Media regionale del personale delle Aziende ospedaliere. Al personale delle Aziende ospedaliere è stato associato un bacino di utenza regionale. Per questo motivo tale personale è stato convenzionalmente attribuito pro-quota a ciascuna delle Aziende Usl della regione.

TAVOLA 4.7.6. Medicina di base

Usl	Scelte per medico (a)	Scelte per pediatra (b)	Prescriz. Farmaceutiche del Ssn per residente (c)	Importo Medio per ricetta (d)
Triestina	969	1.153	5,4	47.700
Isontina	1.015	1.274	4,7	40.500
Alto Friuli	1.007	1.571	4,6	50.000
Medio Friuli	1.018	1.273	4,5	42.500
Bassa friulana	1.048	1.716	5,2	47.900
Friuli occidentale	1.005	1.525	4,8	39.400



	Scelte per medico (a)	Scelte per pediatra (b)	Prescriz. Farmaceutiche del Ssn per residente (c)	Importo Medio per ricetta (d)
Media regionale	1.006	1.355	4,9	43.763
Media nazionale	1.035	1.202	5,3	46.294

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat e Ministero della Salute - Anno 1998

(a) Residenti >14 anni diviso numero dei medici
(b) residenti < 15 anni diviso numero dei pediatri
(c) Numero di ricette
(d) Spesa farmaceutica lorda diviso numero di ricette (lire)

4.8. Liguria

4.8.1. Contesto demografico

La popolazione della Liguria è pari a 1.637.186 abitanti e rappresenta il 2,8 per cento della popolazione italiana; tale popolazione è ripartita nelle 5 Aziende Usl che presentano una dimensione media di 327.437 residenti, valore superiore alla dimensione media delle Aziende Usl a livello nazionale di 293.816 cittadini. L'Azienda Usl con il numero più alto di assistiti è quella del capoluogo (la Asl Genovese con 773.046), quella di dimensioni più ridotte è la Chiavarese con soltanto 147.658 residenti (tav.4.8.1.).
La struttura per età della popolazione conferma la Liguria come la regione più "vecchia" d'Italia: con la percentuale di anziani più elevata del Paese e pari al 24,3 per cento della popolazione, di gran lunga superiore al dato nazionale (17,6 per cento), e con una presenza di giovani con età inferiore ai 14 anni (10,3 per cento) che è la più bassa registrata a livello nazionale (mediamente pari al 14,6 per cento). Presenta un valore inferiore a quello nazionale di 67,9 per cento anche per la classe dai 15 ai 64 anni che costituisce il 65,5 per cento della popolazione ligure.
Tra le Asl della regione, l'Azienda Savonese presenta la percentuale di popolazione giovanile più bassa a livello regionale (il 9,9 per cento) mentre quella con la maggiore presenza di giovani è l'Azienda Imperiese con l'11,1 per cento superiore alla media regionale (10,3), ma sempre al di sotto di quella nazionale (14,6). Al contrario la Asl con una maggiore componente di anziani è l'Azienda Chiavarese con il 25,8, mentre quella con il minore numero di ultrasessantaquattrenni è la Asl Imperiese con il 23,2 per cento di popolazione.
I valori degli indici di vecchiaia, di mortalità e di natalità confermano la struttura per età della regione. Infatti l'indice di vecchiaia regionale pari al 235,7 per cento è il più alto del Paese e circa il doppio di quello nazionale (120,6 per cento); le Aziende sanitarie locali con i dati più alti (rispettivamente 251,9 e 246,6 per cento) sono la Asl di Chiavarese e quella Savonese che presentano la quota maggiore di popolazione anziana; coerentemente con il quadro demografico descritto, registrano anche il tasso di mortalità più alto, rispettivamente il 14,7 e il 13,8 per 1.000, entrambi superiori sia al tasso medio regionale di mortalità pari al 13,6 per 1.000 (anche questo il più elevato del Paese) che a quello nazionale del 10,0 per 1.000. Il tasso di mortalità più basso è invece presente nella Asl Spezzino (12,9) nonostante l'elevata percentuale di anziani (24,5).
La maggiore presenza di giovani nella Asl Imperiese comporta un tasso di natalità del 7,5 per 1.000, il più alto a livello regionale e superiore al dato medio della Liguria (6,8 per 1.000); le altre Asl registrano tutte lo stesso tasso di natalità del 6,7 per 1.000 inferiore sia alla media regionale (6,8) che a quella nazionale (9,3). I dati sul tasso di natalità sottolineano la situazione di declino demografico della regione che si presenta, anche, come la meno feconda in Italia: il numero di bambini tra 0 e 4 anni per cento donne in età feconda pari al 18,1 per cento rispetto al 21,8 a livello nazionale è il più basso del Paese; le Asl Imperiese e Chiavarese sono le più

feconde della regione, con rispettivamente il 19,3 e il 18,3 per cento comunque inferiori alla media nazionale.
Anche il dato riguardante la composizione del nucleo familiare conferma la bassa natalità e la scarsa presenza di giovani nella regione ligure con un numero medio di componenti di 2,2 (il più basso del Paese) e inferiore al dato italiano di 2,6. Il tasso migratorio è invece positivo (+1,1 per 1.000) sebbene inferiore alla media del Paese (di 1,6): rappresenta una eccezione la Asl Genovese, l'unica caratterizzata da un flusso netto in uscita di -2,1.

4.8.2. Contesto economico (provinciale)

La regione Liguria presenta una situazione economica relativamente positiva rispetto al resto del Paese, con l'unica eccezione del tasso di attività che risulta inferiore ai livelli medi nazionali sia per quanto riguarda il dato regionale che per quello relativo alle singole province (tav.4.8.2.). Il tasso di attività, infatti, risulta pari al 44,8 per cento (considerando fra i potenzialmente attivi anche la popolazione anziana), inferiore alla media nazionale del 47,6 per cento, con la percentuale più bassa nella provincia di La Spezia dove la forza lavoro risulta pari al 43,5 per cento e quella più alta nella provincia di Savona con il 45,4 per cento. A fronte di una bassa offerta nel mercato del lavoro, si registra invece un tasso di disoccupazione inferiore al dato medio del Paese: 10,2 per cento rispetto ad una media nazionale dell'11,8 per cento. Nello specifico, la disoccupazione media regionale femminile è del 14,3 per cento contro il 16,3 per cento a livello nazionale; anche quella maschile è inferiore rispetto alla media italiana: 7,6 a fronte del 9,1 per cento medio nazionale. La provincia con una situazione migliore è Imperia con una disoccupazione complessiva di 6,9, notevolmente inferiore alla media regionale (10,2). La situazione occupazionale peggiore per gli uomini è quella di Genova con un tasso di disoccupazione di 9,2, l'unico superiore alla media nazionale; quella peggiore per le donne è presente a La Spezia unica provincia ligure con un tasso di disoccupazione femminile superiore alla media italiana e pari al 17,7 per cento.
Sul versante della produzione, il valore aggiunto pro-capite risulta più alto della media nazionale: pari a 37,3 milioni contro i 31,8 medi del Paese. Le province più produttive risultano Genova e La Spezia rispettivamente con 38,9 e 40,8 milioni, dati che sembrano dipendere da una più elevata produttività, presentando entrambe anche i più elevati tassi di disoccupazione. La provincia meno produttiva risulta essere, invece, Imperia con un valore aggiunto pro-capite di 28,6 milioni nonostante una disoccupazione che è la più bassa della regione, a dimostrazione di livelli molto bassi di produttività per occupato.
I depositi bancari pro-capite sono in media pari a 17,4 milioni, risultando di poco superiori al dato nazionale di 17 milioni: Genova è la provincia più "ricca" con 19,2 milioni di depositi pro-capite. Assumendo i depositi come un indicatore approssimato di reddito disponibile, la provincia con meno disponibilità appare essere Imperia con 14,0 milioni.

4.8.3. Mortalità evitabile

Il tasso di mortalità evitabile riferito a tutte le cause di morte presenta valori meno elevati della media nazionale sia per gli uomini che per le donne: si registrano infatti 149,8 morti evitabili ogni 100.000 abitanti di sesso maschile e 63,1 femmi-

nili a fronte di un valore medio nazionale per uomini e donne rispettivamente pari a 170,9 e a 70,0 per 100.000 abitanti (tav.4.8.3.).
La situazione si presenta molto diversificata fra le diverse Aziende sanitarie locali: nella Asl Genovese si registra il numero più basso di morti evitabili maschili con 138,0 per 100.000, mentre quello più elevato è nella Asl Imperiese con 170,9 per 100.000, appena al di sotto del dato nazionale. Per la popolazione femminile, invece, il valore minore si registra nella Asl Spezzino (53,5 per 100.000), e il più alto nella Asl Chiavarese che con 72,1 per 100.000 supera il dato medio italiano.
Procedendo ad una scomposizione del dato nelle tre categorie di mortalità evitabile considerate, si evidenzia che i decessi evitabili con adeguati interventi di prevenzione primaria sono 95,3 per 100.000 per gli uomini e 25,2 per le donne, complessivamente più bassi di quelli registrati a livello nazionale (rispettivamente di 113,5 e 30,0 per 100.000). Le morti evitabili con diagnosi precoci e/o diversi approcci terapeutici sono pari a 2,6 per gli uomini e a 20,7 per le donne, con il primo valore lievemente superiore e il secondo inferiore alla media nazionale (2,4 per gli uomini e 21,1 per le donne). Infine si possono attribuire ad una non adeguata igiene ed assistenza sanitaria 51,9 morti per 100.000 abitanti maschili e 17,2 femminili.
Si può osservare, confrontando le precedenti edizioni di Prometeo, la riduzione della mortalità evitabile nella regione Liguria rispetto a quella registrata negli anni precedenti.

4.8.4. Rete ospedaliera

L'offerta complessiva di posti letto della regione Liguria è di 5,2 per 1.000 abitanti; valore di poco superiore alla media nazionale che è pari a 5,1 posti letto per 1.000 abitanti.
In particolare, nei presidi ospedalieri delle Aziende Usl si registra un numero medio di letti per abitante (2,8) superiore al dato nazionale di 2,3 posti letto per 1.000 abitanti (tav.4.8.4.). Tale dotazione risulta però notevolmente diversificata tra le diverse Asl e presenta il suo valore minimo nella Asl Genovese con 2,2 posti letto per 1.000 abitanti e quello massimo nella Asl Imperiese, con un numero di posti letto pari a 4,1 molto più elevato del valore nazionale (2,3).
I posti letto ubicati nelle Aziende Ospedaliere sono invece pari a 2,3 per 1.000 abitanti, con una dotazione che supera la media nazionale di 1,8 per 1.000 abitanti. Le strutture private accreditate presentano invece un'offerta di posti letto (0,2 per 1.000 abitanti) inferiore alla media del Paese di 0,9.
Analizzando l'offerta di posti letto in funzione dell'intensità assistenziale, si evidenzia una dotazione superiore alla media nazionale per le specialità di base con 362,7 rispetto ai 343,6 posti letto per 100.000 abitanti: le Asl presentano valori maggiori di quello medio del Paese, toccando addirittura la punta di 429 nella Asl Imperiese; l'unica eccezione è la Asl Genovese, che con un'offerta di 308,6 posti letto per 100.000 abitanti non supera il dato italiano.
Anche per le specialità a media ed elevata assistenza, la dotazione di posti letto è superiore alla media italiana: rispettivamente 83,3 contro i 71,7 posti letto per 100.000 abitanti a livello nazionale per la prima e 26,7 contro i 22,8 medi del Paese per la seconda. È ancora la Asl Imperiese che presenta la maggiore offerta di posti letto per le specialità a media ed elevata assistenza con 103,8 e 29,7.
Per quanto concerne i letti classificati come terapie intensive e sub intensive il valore regionale (19,4) supera di gran lunga quello nazionale (13,3) e raggiunge

due picchi di 27,2 e 28,3 posti letto per 100.000 abitanti nelle Asl Imperiese e Chiavarese.
Si evidenzia inoltre una carenza di posti letto per la riabilitazione e lungodegenza, che risultano appena 30,0 per 100.000 abitanti a fronte di una media italiana di 58,2.
Il tasso di utilizzazione dei posti letto a livello regionale risulta superiore a quello medio del Paese: 80,1 per cento a fronte del 76,4 per cento nazionale: tale andamento è comune a tutte le Asl della regione.

4.8.5. Medici ed infermieri dipendenti del Ssn

Nella regione Liguria la dotazione complessiva di dipendenti delle Aziende Usl pari a 124,2 per 10.000 abitanti supera il dato medio nazionale (108,9 per 10.000 abitanti). Quest'ultimo valore non è raggiunto solo dalla Asl Genovese che presenta il minor numero di dipendenti per 10.000 abitanti della regione (100,6).
In particolare si può notare come il numero di medici dipendenti del Ssn per abitante risulta superiore al valore medio nazionale (18,4 medici per 10.000 abitanti contro 17,2 a livello nazionale). La dotazione di medici del Ssn nella regione varia tra un minimo di 14,9 medici per 10.000 abitanti nella Asl Genovese ad un massimo di 23,1 nella Asl Imperiese, che registra anche la maggiore dotazione di posti letto, per tutte le specialità, della Liguria (tav.4.8.5.).
Distinguendo tra i medici che operano nelle Aziende Ospedaliere e quelli impiegati nelle Aziende sanitarie locali, le medie regionali rispettivamente di 6,2 e 12,2 risultano maggiori rispetto ai valori nazionali di 5,8 e di 11,5 per 10.000 abitanti con l'unica eccezione di 8,7 medici per 10.000 abitanti della Asl Genovese.
La disponibilità di personale infermieristico nella regione è notevolmente superiore (62,1 per 10.000 abitanti) se rapportata alla media nazionale di 52,5 infermieri per 10.000 abitanti: in particolare il numero di infermieri in rapporto agli abitanti nelle diverse Asl varia tra 47,5 della Asl Genovese (unico valore inferiore a quello nazionale) e 79,4 della Asl Imperiese. Sia la dotazione di personale infermieristico operante nelle Aziende Usl che quello impiegato nelle Aziende Ospedaliere supera il dato nazionale con 41,8 e 20,3 infermieri per 10.000 abitanti contro 34,3 e 18,2 infermieri registrati nel Paese.
Il numero di infermieri per medico a livello regionale è pari a 3,4 a fronte di 3,0 infermieri per medico secondo il dato nazionale: il valore di questo indice è superiore alla media del Paese in tutte le Asl liguri e varia tra il minimo di 3,1 infermieri per medico della Asl di Chiavarese e quello massimo di 3,7 della Asl Spezzino.

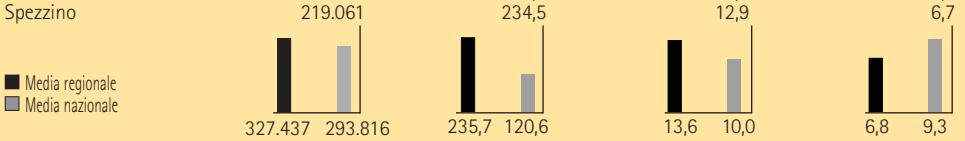
4.8.6. Medicina di base

In Liguria gli abitanti adulti (residenti) per medico di base sono in media 1.009, valore leggermente inferiore ai 1.035 registrati a livello nazionale (tav.4.8.6.).
Anche con riferimento alla pediatria di base il valore medio regionale 946 risulta inferiore a quello riscontrato mediamente in Italia di 1.202 bambini (tra 0 e 14 anni) per pediatra, ricordando che la Liguria si presenta come la regione con i più bassi tassi di natalità, di fecondità e di presenza di giovani del Paese.
Analizzando i dati relativi alle singole Aziende Usl presenti nel territorio, si registra una limitata variabilità del dato per quanto concerne il numero di residenti per medico passando dalla Asl Spezzino con 943 adulti per medico a quella di Chiavarese con 1.086.

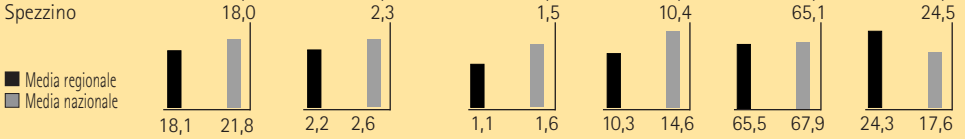
Maggiori differenze sono, invece, presenti nei dati sulla pediatria: il numero di bambini per pediatra varia, infatti, tra gli 846 della Asl Spezzino e i 1.212 della Asl Savonese.
Considerando l'attività prescrittiva, il numero di ricette per assistito è, in tutte le Aziende Usl, ad eccezione della Asl Imperiese (5,0), superiore alla media registrata a livello nazionale (5,9 ricette per assistito contro 5,3); e nelle Asl Genovese e Spezzino tale valore supera le 6 ricette per assistito (per entrambe 6,1). Da notare che il numero meno elevato di prescrizioni si riscontra nella Asl Imperiese che presenta, come ricordiamo, l'indice di vecchiaia minore.
La spesa media per ricetta prescritta è di lire 50.951, superiore alla media nazionale (lire 46.294). In dettaglio, si passa da un importo medio di lire 45.200 nella Asl Chiavarese a quello di 52.300 lire della Asl Genovese (entrambe a fronte di un elevato numero di ricette per assistito).

TAVOLA 4.8.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Imperiese	216.675	208,3	13,0	7,5
Savonese	280.747	246,6	13,8	6,7
Genovese	773.046	237,6	13,6	6,7
Chiavarese	147.658	251,9	14,7	6,7
Spezzino	219.061	234,5	12,9	6,7



Usl	Bimbi x donna feconda (e)	Numero medio di componenti la famiglia (f)	Tasso migratorio (x 1000) (g)	Popolazione 0-14 anni % su totale	Popolazione 15-64 anni % su totale	Popolazione > 64 anni % su totale
Imperiese	19,3	2,2	4,4	11,1	65,7	23,2
Savonese	17,6	2,1	4,6	9,9	65,6	24,5
Genovese	17,9	2,2	-2,1	10,2	65,7	24,1
Chiavarese	18,3	2,2	5,1	10,2	64,0	25,8
Spezzino	18,0	2,3	1,5	10,4	65,1	24,5

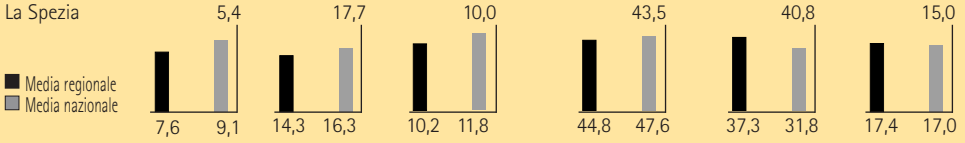


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Popolazione media residente 1998
(b) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione (x1.000)
(d) Nati nell'anno diviso popolazione totale residente (x1.000)
(e) Bimbi residenti <5 anni diviso donne in età feconda (15-44 anni)(x 100)
(f) Popolazione diviso numero delle famiglie
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 4.8.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività (d)	Valore aggiunto pro-capite (e)	Depositi bancari pro-capite (e)
Imperia	5,7	8,6	6,9	44,7	28,6	14,0
Savona	5,4	11,5	7,8	45,4	35,8	16,2
Genova	9,2	15,6	11,8	44,9	38,9	19,2
La Spezia	5,4	17,7	10,0	43,5	40,8	15,0



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat, Ancitel e Istituto Tagliacarne - Anno 1998

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi (x100)
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine (x100)
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro (x100)
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore espresso in milioni di lire

TAVOLA 4.8.3. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause (a)

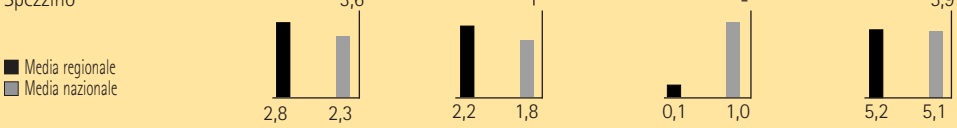
Usl	Prevenz. Primaria		Diagn. Precoce e Terapia		Igiene e Ass. Sanit.		Tutte le Cause	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Imperiese	102,1	28,2	1,9	19,1	66,4	18,1	170,4	65,4
Savonese	105,7	27,9	2,1	21,4	56,4	19,5	164,2	68,8
Genovese	88,2	23,7	3,0	21,3	46,8	16,5	138,0	61,5
Chiavarese	98,5	34,5	4,4	17,8	52,9	19,8	155,8	72,1
Spezzino	98,2	17,9	1,3	21,0	49,2	14,6	148,7	53,5

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1996,1997 e 1998

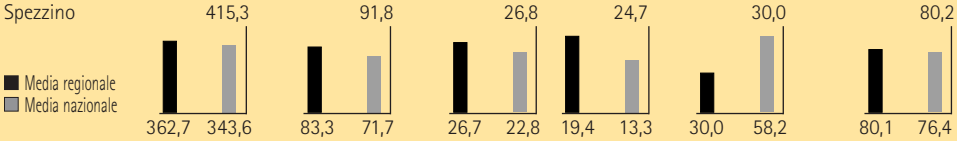
(a) Tassi standardizzati (x 100.000 ab.); morti 5-69 anni; popolazione tipo = popolazione mondiale

TAVOLA 4.8.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Imperiese	4,1		-	6,3
Savonese	2,8		0,4	5,4
Genovese	2,2	2,2	0,1	4,5
Chiavarese	3,3		0,5	6,0
Spezzino	3,6		-	5,9



Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. (d)
	Specialità di base	Specialità a media assistenza	Specialità a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez.	
Imperiese	429,0	103,8	29,7	27,2	44,0	80,0
Savonese	390,2	82,9	21,3	19,4	30,9	80,6
Genovese	308,6	73,5	27,5	13,9	25,7	79,8
Chiavarese	418,6	93,1	27,9	28,3	30,6	80,1
Spezzino	415,3	91,8	26,8	24,7	30,0	80,2

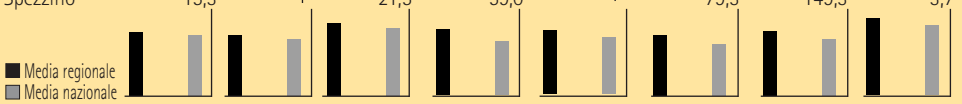


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 1.000 residenti
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS. Inoltre per il complesso delle Aziende ospedaliere si è tenuto conto dell'indice medio regionale di posti letto attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Azienda Usl della regione di appartenenza.
(d) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)

TAVOLA 4.8.5. Medici e Infermieri dipendenti del Ssn (a)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (b)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Imperiese	16,8		23,1	59,1		79,4	151,8	3,4
Savonese	14,3		20,5	52,2		72,5	142,9	3,5
Genovese	8,7	6,2	14,9	27,3	20,3	47,5	100,6	3,2
Chiavarese	15,4		21,6	47,1		67,3	133,9	3,1
Spezzino	15,3		21,5	59,0		79,3	149,3	3,7



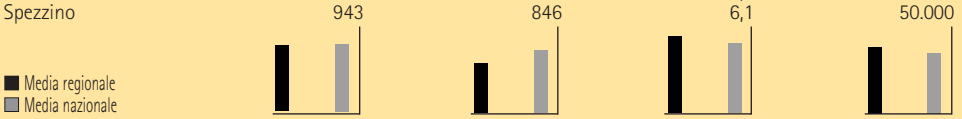
12,2 11,5 6,2 5,8 18,4 17,2 41,8 34,3 20,3 18,2 62,1 52,5 124,2 108,9 3,4 3,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Valori x 10.000 abitanti
(b) Media regionale del personale delle Aziende ospedaliere. Al personale delle Aziende ospedaliere è stato associato un bacino di utenza regionale. Per questo motivo tale personale è stato convenzionalmente attribuito pro-quota a ciascuna delle Aziende Usl della regione.

TAVOLA 4.8.6. Medicina di base

Usl	Scelte per medico (a)	Scelte per pediatra (b)	Prescriz. Farmaceutiche del Ssn per residente (c)	Importo Medio per ricetta (d)
Imperiese	1.014	1.206	5,0	52.200
Savonese	1.016	1.212	5,9	50.100
Genovese	1.013	853	6,1	52.300
Chiavarese	1.086	945	5,9	45.200
Spezzino	943	846	6,1	50.000



1.009 1.035 946 1.202 5,9 5,3 50.951 46.294

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat e Ministero della Salute - Anno 1998

(a) Residenti >14 anni diviso numero dei medici
(b) residenti < 15 anni diviso numero dei pediatri
(c) Numero di ricette
(d) Spesa farmaceutica lorda diviso numero di ricette (lire)

4.9. Emilia-Romagna

4.9.1. Contesto demografico

L'Emilia Romagna ha una popolazione complessiva di 3.953.436 abitanti, pari al 6,9 per cento della popolazione italiana, ripartita in 13 Aziende Usl che presentano una dimensione media di 304.110 residenti, valore superiore alla media nazionale che ammonta a 293.816 cittadini. L'Azienda Usl con il numero maggiore di assistiti è Modena con 618.556, seguita da Reggio Emilia con 441.029, quella di dimensioni inferiori è Imola con soltanto 104.191 residenti (tav.4.9.1.).
La struttura per età della popolazione evidenzia una quota di giovani con età inferiore ai 14 anni (11,0 per cento) minore rispetto a quella registrata a livello nazionale di 14,6 per cento (confermata in tutte le Asl), mentre tra le più alte in Italia è la quota di persone ultrasessantaquattrenni che rappresenta il 21,7 per cento della popolazione contro una media nazionale di 17,6 per cento. Valore sostanzialmente in linea con quello italiano (67,9 per cento) è quello della classe dai 15 ai 64 anni, che costituisce il 67,2 per cento della popolazione.
Tra le Asl della regione, Bologna ha una situazione peculiare: può essere considerata quella più "vecchia", presentando, infatti, la percentuale di popolazione giovanile più bassa a livello regionale (l'8,8 per cento) a fronte di una presenza più consistente di anziani (il 25,9 per cento). Al contrario la provincia più "giovane" è Rimini con una componente giovanile del 12,5 per cento della popolazione, e con una quota di anziani pari al 18,5 per cento: la più bassa a livello regionale.
I valori degli indici di vecchiaia, di mortalità e di natalità rispecchiano la struttura per età della regione. L'indice di vecchiaia regionale pari a 196,9 per cento è notevolmente superiore a quello nazionale (120,6 per cento) e qualifica l'Emilia Romagna come la seconda regione d'Italia con il più alto indice di vecchiaia. La Asl di Bologna è quella con il più alto rapporto tra le generazioni estreme con 296,1, mentre quella con l'indice più basso è ovviamente Rimini con 148,2. Coerentemente con il quadro demografico descritto, il tasso di mortalità è più alto nella Asl di Bologna e pari al 13,9 per 1.000, superiore sia al tasso medio regionale di mortalità pari all'11,8 per 1.000 che a quello nazionale del 10,0 per 1.000. Il tasso di mortalità più basso si rileva nella Asl di Cesena (9,6 per 1.000), seconda Asl con la percentuale minore di anziani dopo Rimini che, a sua volta, presenta un tasso di mortalità appena più alto e pari al 9,8 per 1.000.
È Reggio Emilia a registrare il tasso di natalità più alto a livello regionale con un valore pari al 9,2 per 1.000, superiore al dato medio della regione (7,7 per 1.000), seguita da Rimini e Modena con 8,5 per 1.000 a testa. La natalità più bassa è invece nelle Asl di Ferrara con 6,0 per 1.000 e di Bologna con 6,6.
Il numero di bambini tra 0 e 4 anni per cento donne in età feconda pari al 18,8 per cento rispetto al 21,8 a livello nazionale, conferma la bassa fecondità nella regione: Ferrara risulta la Asl meno feconda con 15,1 per cento seguita da Bologna, Forlì e Ravenna con rispettivamente il 17,0, il 17,2 e il 17,6 per cento,

quella più feconda è invece Reggio Emilia con il 21,1 per cento di bimbi per donne in età feconda.
Il dato riguardante la composizione del nucleo familiare evidenzia un numero medio di componenti di 2,4, tra i più bassi nel Paese (2,6, è la media italiana) e con punta più alta a Cesena (2,7 unità, appena superiore alla media nazionale) e più bassa (2,1) a Bologna.
Il tasso migratorio evidenzia un flusso fortemente positivo in tutte le Asl, ma estremamente variabile tra la Asl di Ferrara che registra il tasso minimo di +2,4 e Reggio Emilia che attrae più abitanti con un +13,1, a fronte di una media regionale di +7,3 per 1.000.

4.9.2. Contesto economico (provinciale)

La regione presenta una situazione privilegiata a livello economico rispetto al resto del Paese, con riferimento a tutti gli indicatori utilizzati (tav. 4.9.2.).
Il tasso di attività risulta pari al 51,8 per cento (considerando fra gli attivi anche la popolazione anziana), superiore alla media nazionale del 47,6 per cento, con la percentuale più bassa (ma comunque superiore al dato medio del Paese) nella provincia di Rimini: in tale provincia la forza lavoro risulta pari al 48,7 per cento. Di contro la percentuale più alta sia ha nella provincia di Modena, con 55,5 per cento. Nella regione si osserva un tasso di disoccupazione particolarmente basso: 5,4 per cento rispetto ad una media nazionale pari all'11,8 per cento. Nello specifico, sia la situazione occupazionale femminile che quella maschile sono particolarmente positive: la disoccupazione media regionale per le donne è pari all'8,1 per cento a fronte di un dato nazionale doppio (16,3 per cento), per gli uomini il tasso di disoccupazione è pari al 3,4 per cento rispetto al 9,1 per cento medio nazionale. La provincia con una posizione migliore è Reggio Emilia, con disoccupazione maschile e femminile rispettivamente all'1,4 e 5,8 per cento, mentre le province con il più elevato tasso di disoccupazione complessivo sono Rimini con l'8,8 e Ferrara con l'8,5 per cento, entrambe con tassi di disoccupazione maschili e femminili superiori alla media regionale, anche se comunque inferiori al dato medio del Paese.
Sul versante della produzione, il valore aggiunto pro-capite risulta il più alto a livello italiano: pari a 41,1 milioni pro-capite contro i 31,8 della media nazionale. Le province più produttive risultano Bologna, Modena e Parma tutte con valori superiori alla media regionale e rispettivamente di 49,8, 43,1 e 41,6 milioni pro-capite; tali province presentano anche i più bassi tassi di disoccupazione. La provincia meno produttiva risulta essere Rimini, con un valore aggiunto pro-capite di 33,1 milioni a fronte del più alto tasso di disoccupazione e il più basso tasso di attività.
I depositi bancari pro-capite sono in media pari a 20,6 milioni, superiori al dato nazionale di 17,0 milioni: Bologna è la provincia più "ricca" con 24,6 milioni di depositi pro-capite. Assumendo i depositi come un indicatore approssimato di reddito disponibile, la provincia con meno disponibilità appare essere Ferrara con 14,3 milioni.

4.9.3. Mortalità evitabile

La mortalità evitabile riferita a tutte le cause di morte presenta valori meno elevati della media nazionale per gli uomini e leggermente più alti per le donne: si

registrano infatti 168,4 morti evitabili ogni 100.000 abitanti di sesso maschile e 71,5 femminili, a fronte di un valore medio nazionale per uomini e donne rispettivamente pari a 170,9 e a 70,0 per 100.000 abitanti (tav. 4.9.3.).
La situazione si presenta molto diversificata fra le diverse Aziende sanitarie locali: nella Asl di Bologna si registra il numero più basso di morti evitabili maschili con 143,9 per 100.000, mentre quello più elevato è nella Asl di Piacenza con 202,3 per 100.000, notevolmente superiore al dato nazionale. Per la popolazione femminile, invece, il valore minore si registra a Rimini (60,7 per 100.000, inferiore a quello nazionale), e il più alto nella Asl di Bologna Nord (78,8 per 100.000).
Procedendo ad una scomposizione del dato nelle tre categorie di mortalità evitabile considerate, si evidenzia che i decessi evitabili con adeguati interventi di prevenzione primaria sono 114,0 per 100.000 per gli uomini e 33,4 per le donne, lievemente più alti di quelli registrati a livello nazionale (rispettivamente di 113,5 e 30,0 per 100.000). Le morti evitabili con diagnosi precoci e/o diversi approcci terapeutici sono pari a 2,2 per gli uomini e a 21,4 per le donne, in linea con la media nazionale (2,4 per gli uomini e 21,1 per le donne). Infine, si possono attribuire ad una non adeguata igiene ed assistenza sanitaria 52,2 morti maschili e 16,7 femminili (a fronte di medie nazionali rispettivamente di 55,0 e 18,9).
Confrontando le precedenti edizioni di Prometeo si può sottolineare una generale riduzione della mortalità evitabile nella regione Emilia Romagna rispetto a quella registrata negli anni precedenti.

4.9.4. Rete ospedaliera

L'offerta totale di posti letto nella regione Emilia Romagna è di 5,4 per 1.000 abitanti; valore di poco superiore alla media nazionale che è pari a 5,1 posti letto per 1.000 abitanti.
In particolare, la quota maggiore di posti letto, 2,6 per 1.000 abitanti, è ubicata in presidi ospedalieri di Aziende Usl, con una dotazione che supera di poco la media nazionale di 2,3 letti per 1.000 abitanti. Tale dotazione risulta, però, notevolmente diversificata tra le diverse Asl e presenta il suo valore minimo nella Asl di Parma con 1,1 posti letto per 1.000 abitanti e quello massimo a Imola, con un numero di posti letto pari a 4,5 (notevolmente al di sopra del valore nazionale di 2,3). Per le Aziende Ospedaliere si registra un numero medio di letti per abitante pari a 1,5, lievemente inferiore al dato nazionale di 1,8 posti letto per 1.000 abitanti (tav. 4.9.4.).
Le strutture private accreditate presentano invece un'offerta di posti letto (1,3 per 1.000 abitanti) superiore di poco alla media del Paese di 0,9; con punte massime di 2,2 e 2,5 posti letto per 1.000 abitanti a Ravenna e Bologna.
Analizzando l'offerta di posti letto in funzione dell'intensità assistenziale, si evidenzia una dotazione superiore alla media nazionale per le specialità di base con 365,2 rispetto ai 343,6 posti letto per 100.000 abitanti, con un'offerta che si presenta estremamente variabile tra il minor numero di posti letto della Asl di Ferrara 264,9 e il massimo di 493,4 per 100.000 abitanti di Cesena.
Per le specialità a media ed elevata assistenza, si verifica una situazione opposta, con una offerta di posti letto rispettivamente di 61,4 e 18,0 per 100.000 contro i valori medi italiani di 71,7 posti letto e 22,8 per 100.000 abitanti delle specialità a media ad elevata assistenza. La dotazione maggiore di letti per la media e l'elevata assistenza si riscontra a Bologna con 108,6 e 39,0 (entrambi notevol-

mente superiori alla media del Paese), quella più bassa a Ferrara con 30,9 e 9,5. Per le terapie intensive e sub intensive (ricordando che diversi sono i criteri di classificazione regionale dei posti letto), il valore regionale (14,8) supera quello nazionale (13,3) e raggiunge il massimo di 27,6 posti letto per 100.000 abitanti a Cesena.
Si evidenzia inoltre una forte presenza di posti letto per la riabilitazione e lungodegenza, che risultano addirittura 78,7 per 100.000 abitanti a fronte di una media italiana di 58,2.
Il tasso di utilizzazione dei posti letto a livello regionale risulta lievemente inferiore a quello medio italiano: 75,3 per cento a fronte del 76,4 per cento nazionale; peraltro estremamente variabile tra le varie Asl, il minore tasso di utilizzazione dei posti letto è quello di Modena 67,4, il maggiore è nella Asl di Bologna Nord che con l'85,0 per cento supera di molto il dato nazionale.

4.9.5. Medici ed infermieri dipendenti del Ssn

Il numero complessivo di dipendenti delle Aziende Usl della regione Emilia Romagna è pari a 127,5 per 10.000 abitanti e si colloca al di sopra del dato medio nazionale (108,9 per 10.000 abitanti). Quest'ultimo valore non è superato solo dalle Asl di Bologna Sud (88,3), Parma (92,6) e Reggio Emilia (108,8 appena al di sotto del dato italiano) mentre la maggiore quota di dipendenti è quella della Asl di Imola con 199,4 per 10.000 abitanti (tav. 4.9.5.).
In particolare si può notare come il numero di medici dipendenti del Ssn per abitante risulta superiore al valore medio nazionale (19,3 medici per 10.000 abitanti contro 17,2 a livello nazionale). La dotazione di medici nella regione varia tra un minimo di 13,1 medici nella Asl di Parma ad un massimo di 26,2 a Imola, notevolmente al di sopra del dato medio italiano.
Distinguendo ancora tra i medici che operano nelle Aziende Ospedaliere e quelli impiegati nelle Aziende sanitarie locali, la media regionale (5,1) risulta minore rispetto al valore nazionale (5,8) nei primi e superiore nei secondi (14,2 per 10.000 abitanti a fronte di un dato nazionale di 11,5), con le punte di Imola (21,1) e Ravenna (20,8).
La disponibilità di personale infermieristico nella regione è notevolmente alta (66,1 per 10.000 abitanti) se rapportata alla media nazionale di 52,5 infermieri per 10.000 abitanti: in particolare varia tra i 45,0 infermieri di Bologna Sud ai 101,3 di Imola. La dotazione infermieristica è superiore al dato nazionale sia nelle Aziende Usl (46,7 contro 34,3 infermieri per 10.000 abitanti nella media italiana), che nelle Aziende Ospedaliere (19,4 contro 18,2 infermieri a livello nazionale).
Il numero di infermieri per medico a livello regionale è pari a 3,4 a fronte di 3,0 infermieri per medico secondo il valore nazionale, e tutte le Asl presentano un rapporto infermieri per medico superiore alla media del Paese.

4.9.6. Medicina di base

Gli abitanti adulti (residenti) per medico di base sono in media 1.073, valore leggermente superiore ai 1.035 che si registrano a livello nazionale (tav. 4.9.6.).
Facendo, invece, riferimento alla pediatria di base il valore medio regionale 955 risulta inferiore a quello riscontrato mediamente in Italia di 1.202 bambini (tra 0 e 14 anni) per pediatra.

Analizzando i dati relativi delle singole Aziende Usl presenti nel territorio si registra una notevole variabilità del dato relativamente al numero di residenti per medico, passando dalla Asl di Forlì con 1.009 adulti per medico a quella di Bologna Nord con 1.234 per medico.
Differenze si riscontrano anche nei dati sulla pediatria: il numero di bambini per pediatria varia infatti tra gli 838 di Bologna e i 1.080 di Bologna Nord.
Considerando l'attività prescrittiva, il numero di ricette per assistito è a livello regionale lievemente superiore alla media registrata a livello nazionale (5,5 ricette per assistito contro 5,3); con scarse differenze tra le Asl, dove il numero di ricette prescritte varia dalla Asl di Bologna Sud (5,0) a 5,9 nella Asl di Parma.
Di contro la spesa media per ricetta prescritta è di lire 38.898, il più basso a livello nazionale, presentando in media una spesa di lire 46.294. In dettaglio, si passa da un importo medio minimo di lire 32.200 nella Asl di Reggio Emilia a quello massimo di 45.300 lire a Imola (a fronte di un basso numero di ricette per assistito).

TAVOLA 4.9.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Piacenza	265.823	221,0	13,6	7,3
Parma	394.443	211,3	13,1	7,3
Reggio nell'Emilia	441.029	165,6	11,4	9,2
Modena	618.556	165,0	11,0	8,5
Bologna sud	236.612	176,7	10,6	8,3
Imola	104.191	181,4	11,7	8,4
Bologna nord	188.170	178,2	11,2	8,2
Bologna	382.884	296,1	13,9	6,6
Ferrara	351.032	254,0	13,1	6,0
Ravenna	350.121	225,5	11,8	7,0
Forlì	170.595	212,5	11,4	7,2
Cesena	181.446	155,4	9,6	8,2
Rimini	268.537	148,2	9,8	8,5
Media regionale	304.110	196,9	11,8	7,7
Media nazionale	293.816	120,6	10,0	9,3

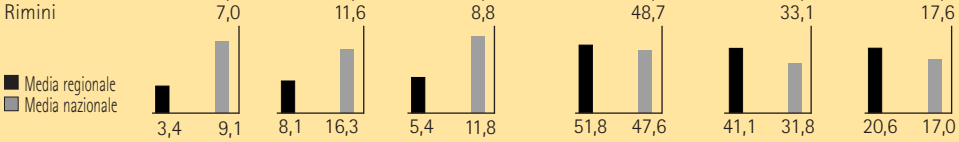
Usl	Bimbi x donna feconda (e)	Numero medio di componenti la famiglia (f)	Tasso migratorio (x 1000) (g)	Popolazione 0-14 anni % su totale	Popolazione 15-64 anni % su totale	Popolazione > 64 anni % su totale
Piacenza	18,8	2,3	5,7	10,7	65,6	23,7
Parma	18,5	2,4	8,2	10,8	66,2	22,9
Reggio nell'Emilia	21,1	2,5	13,1	12,4	67,0	20,6
Modena	20,1	2,5	8,6	12,1	68,0	19,9
Bologna sud	19,3	2,4	11,3	11,1	69,3	19,6
Imola	20,8	2,5	7,8	11,8	66,8	21,4
Bologna nord	20,0	2,5	12,0	11,5	68,1	20,5
Bologna	17,0	2,1	2,7	8,8	65,3	25,9
Ferrara	15,1	2,5	2,4	9,2	67,5	23,3
Ravenna	17,6	2,5	5,3	10,2	66,8	23,0
Forlì	17,2	2,5	3,7	10,7	66,7	22,7
Cesena	19,1	2,7	6,8	12,2	68,9	18,9
Rimini	19,6	2,6	6,2	12,5	68,9	18,5
Media regionale	18,8	2,4	7,3	11,0	67,2	21,7
Media nazionale	21,8	2,6	1,6	14,6	67,9	17,6

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Popolazione media residente 1998
(b) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione (x1.000)
(d) Nati nell'anno diviso popolazione totale residente (x1.000)
(e) Bimbi residenti <5 anni diviso donne in età feconda (15-44 anni)(x 100)
(f) Popolazione diviso numero delle famiglie
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 4.9.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività (d)	Valore aggiunto pro-capite (e)	Depositi bancari pro-capite (e)
Piacenza	3,0	9,7	5,6	49,6	36,7	20,8
Parma	2,0	7,2	4,2	53,5	41,6	21,0
Reggio nell'Emilia	1,4	5,8	3,3	52,1	39,6	19,4
Modena	3,1	6,7	4,7	55,5	43,1	21,7
Bologna	3,4	5,8	4,4	50,7	49,8	24,6
Ferrara	5,0	12,9	8,5	50,2	33,5	14,3
Ravenna	3,9	10,6	6,8	51,3	37,0	19,0
Forl8	3,8	9,3	6,1	52,5	37,1	19,5
Rimini	7,0	11,6	8,8	48,7	33,1	17,6

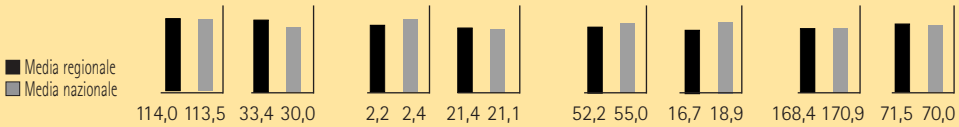


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat, Ancitel e Istituto Tagliacarne - Anno 1998

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi (x100)
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine (x100)
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro (x100)
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore espresso in milioni di lire

TAVOLA 4.9.3. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause (a)

Usl	Prevenz. Primaria Maschi	Prevenz. Primaria Femmine	Diagn. Precoce e Terapia Maschi	Diagn. Precoce e Terapia Femmine	Igiene e Ass. Sanit. Maschi	Igiene e Ass. Sanit. Femmine	Tutte le Cause Maschi	Tutte le Cause Femmine
Piacenza	134,0	38,4	2,5	22,5	65,8	15,4	202,3	76,3
Parma	114,1	29,6	1,9	22,6	58,2	16,3	174,2	68,5
Reggio nell'Emilia	106,9	35,1	2,5	21,7	51,3	17,1	160,7	73,9
Modena	119,5	32,7	2,2	20,7	55,9	18,8	177,6	72,2
Bologna sud	98,1	29,9	2,3	19,6	52,9	17,7	153,3	67,2
Imola	109,3	26,7	0,8	23,6	37,5	20,6	147,6	70,9
Bologna nord	124,2	37,3	1,6	21,1	50,0	20,4	175,8	78,8
Bologna	91,4	34,5	2,6	21,1	49,9	14,8	143,9	70,4
Ferrara	138,8	36,4	2,6	22,8	55,5	18,2	196,9	77,4
Ravenna	114,0	36,7	1,7	21,7	47,8	15,8	163,5	74,2
Forlì	112,9	32,3	3,3	20,2	43,8	14,8	160,0	67,3
Cesena	107,2	30,5	1,0	19,9	41,3	13,0	149,5	63,4
Rimini	104,6	27,6	2,0	20,0	47,2	13,1	153,8	60,7



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1996,1997 e 1998

(a) Tassi standardizzati (x 100.000 ab.); morti 5-69 anni; popolazione tipo = popolazione mondiale

TAVOLA 4.9.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Piacenza	4,1		1,3	6,8
Parma	1,1		1,5	4,1
Reggio nell'Emilia	1,6		0,7	3,7
Modena	2,4		1,3	5,2
Bologna sud	1,3		1,0	3,7
Imola	4,5		-	6,0
Bologna nord	2,2	1,5	-	3,7
Bologna	3,1		2,5	7,0
Ferrara	1,8		1,0	4,2
Ravenna	3,8		2,2	7,4
Forlì	3,9		1,4	6,7
Cesena	3,5		1,5	6,4
Rimini	3,6		1,5	6,6
Media regionale	2,6	1,5	1,3	5,4
Media nazionale	2,3	1,8	1,0	5,1

Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. (d)
	Specialità di base	Specialità a media assistenza	Specialità a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez.	
Piacenza	475,5	68,4	15,5	18,4	101,0	84,5
Parma	266,7	40,4	9,5	9,2	82,1	74,1
Reggio nell'Emilia	278,0	32,9	12,9	11,2	36,5	72,2
Modena	335,7	61,6	11,1	12,5	97,1	67,4
Bologna sud	292,7	43,2	9,5	6,7	22,3	73,7
Imola	402,3	53,6	13,3	18,2	111,5	84,2
Bologna nord	295,3	34,1	9,5	8,8	18,4	85,0
Bologna	397,5	108,6	39,0	18,2	137,8	77,1
Ferrara	264,9	30,9	9,5	10,1	106,5	75,9
Ravenna	473,3	105,1	35,5	22,2	105,9	73,3
Forlì	492,7	101,5	16,5	16,7	40,5	76,5
Cesena	493,4	60,4	33,7	27,6	23,1	79,8
Rimini	486,7	62,0	21,4	21,6	63,5	74,7
Media regionale	365,2	61,4	18,0	14,8	78,7	75,3
Media nazionale	343,6	71,7	22,8	13,3	58,2	76,4

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 1.000 residenti
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS. Inoltre per il complesso delle Aziende ospedaliere si è tenuto conto dell'indice medio regionale di posti letto attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Azienda Usl della regione di appartenenza.
(d) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)

TAVOLA 4.9.5. Medici e Infermieri dipendenti del Ssn (a)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (b)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Piacenza	19,0		24,0	59,8		79,2	152,9	3,3
Parma	8,0		13,1	29,1		48,5	92,6	3,7
Reggio nell'Emilia	10,8		15,9	36,1		55,5	108,8	3,5
Modena	12,0		17,1	39,5		58,9	110,6	3,4
Bologna sud	9,2		14,3	25,6		45,0	88,3	3,2
Imola	21,1		26,2	81,9		101,3	199,4	3,9
Bologna nord	13,6	5,1	18,7	42,3	19,4	61,7	120,8	3,3
Bologna	19,5		24,6	61,0		80,5	158,5	3,3
Ferrara	11,2		16,3	38,7		58,2	114,8	3,6
Ravenna	20,8		25,9	64,5		83,9	159,8	3,2
Forlì	18,7		23,8	61,3		80,7	162,0	3,4
Cesena	16,3		21,3	60,1		79,5	148,8	3,7
Rimini	15,3		20,4	49,6		69,1	129,1	3,4

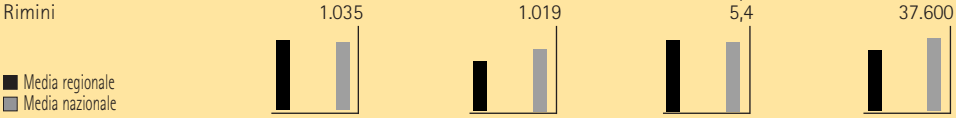
14,2 11,5 5,1 5,8 19,3 17,2 46,7 34,3 19,4 18,2 66,1 52,5 127,5 108,9 3,4 3,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Valori x 10.000 abitanti
(b) Media regionale del personale delle Aziende ospedaliere. Al personale delle Aziende ospedaliere è stato associato un bacino di utenza regionale. Per questo motivo tale personale è stato convenzionalmente attribuito pro-quota a ciascuna delle Aziende Usl della regione.

TAVOLA 4.9.6. Medicina di base

Usl	Scelte per medico (a)	Scelte per pediatra (b)	Prescriz. Farmaceutiche del Ssn per residente (c)	Importo Medio per ricetta (d)
Piacenza	1.023	983	5,2	43.700
Parma	1.092	911	5,9	37.500
Reggio nell'Emilia	1.073	997	5,5	32.200
Modena	1.058	996	5,3	36.100
Bologna sud	1.101	937	5,0	41.200
Imola	1.081	946	5,2	45.300
Bologna nord	1.234	1.080	5,1	45.200
Bologna	1.120	838	5,8	40.900
Ferrara	1.052	872	5,8	42.400
Ravenna	1.031	964	5,6	38.500
Forlì	1.009	958	5,6	39.700
Cesena	1.122	922	5,4	38.800
Rimini	1.035	1.019	5,4	37.600



1.073 1.035 955 1.202 5,5 5,3 38.898 46.294

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat e Ministero della Salute - Anno 1998

(a) Residenti >14 anni diviso numero dei medici
(b) residenti < 15 anni diviso numero dei pediatri
(c) Numero di ricette
(d) Spesa farmaceutica lorda diviso numero di ricette (lire)

4.10. Toscana

4.10.1. Contesto demografico

La Toscana ha oltre 3.500.000 di abitanti, (circa il 6,0 per cento della popolazione italiana), suddivisi, per l'assistenza sanitaria, in 12 Aziende Usl la cui numerosità oscilla tra un minimo di 158.468 assistiti di Versilia ed i 796.445 della Azienda Usl di Firenze (tav. 4.10.1).
La struttura per età della popolazione toscana indica un'elevata presenza di popolazione anziana (con più di 64 anni di età): infatti, essa pesa per il 21,6 per cento della popolazione contro l'11,5 per cento di giovani; la popolazione appartenente alla classe di età 15-64 anni, rappresenta infine il 66,9 per cento.
A livello di singole Asl, si nota come tutte presentino una quota di popolazione anziana superiore alla media nazionale (17,6), ma la quota più elevata di anziani è presente nella Asl di Siena (24,6 per cento di popolazione anziana) e di Grosseto, che presenta un valore del 23,1 per cento; in quest'ultima inoltre, è presente il minor numero di giovani sotto i 14 anni, appena il 10,7 per cento.
La più "giovane" risulta quella di Prato che ha una quota di popolazione giovane del 12,7 per cento e la quota più bassa della regione di popolazione anziana (18,0 per cento).
La struttura per età della popolazione si riflette negli indici demografici della regione. L'indice di vecchiaia medio regionale è pari a 187,8, con picchi di 224,9 e 216,9 nelle Aziende Usl di Siena e Grosseto, mentre Prato presenta il valore più basso della regione, (142,0). Come conseguenza della presenza di un elevata quota di popolazione anziana, la Toscana presenta un alto valore del tasso di mortalità (11,9) che a livello di singola Azienda Usl segue l'andamento dell'indice di vecchiaia: Siena e Grosseto presentano i valori più elevati con un tasso di mortalità pari a 13,6 e 12,6, rispettivamente. Specularmene queste due Aziende Usl presentano anche il valore più basso dell'indice di natalità: Siena presenta un valore pari a 6,9 per 1.000 abitanti, e Grosseto pari a 6,8 (il più basso a livello regionale), Prato si distingue ancora una volta con il più elevato tasso di natalità (8,8).
Quest'ultima Azienda Usl si conferma tra le più fertili, infatti, anche osservando i dati relativi al numero di bimbi tra gli zero e i 4 anni per donna feconda, si colloca tra le Aziende Usl con i valori più alti (nello specifico, 19,2 bimbi su 100 donne feconde), il valore più elevato in assoluto lo ha però Empoli con 20,5 bimbi ogni 100 donne, valore peraltro di poco sotto la media italiana (21,8).
Con riferimento al numero medio di componenti la famiglia, la regione presenta un valore medio lievemente inferiore a quello medio nazionale: 2,5 componenti a fronte della media nazionale di 2,6.
Infine, per quanto riguarda il tasso migratorio, esso registra in tutte le Asl valori positivi e superiori alla media nazionale, ad eccezione della Asl di Firenze che presenta un valore di quest'indice demografico, di 1,5 per 1.000 abitanti.

4.10.2. Contesto economico (provinciale)

La situazione economica della regione risulta abbastanza prospera, infatti quasi tutti gli indicatori economici regionali risultano superiori ai valori medi nazionali. Analizzando i dati relativi al tasso di attività, questo si presenta praticamente analogo al valor medio nazionale (47,8 il dato regionale e 47,6 quello nazionale), ma osservando l'indice a livello di singole province si nota come quasi tutte presentino valori mediamente più elevati, con un picco massimo nella provincia di Prato in cui il valore è pari al 56,2 per cento.
Anche dal punto di vista occupazionale, la situazione della Toscana si presenta migliore rispetto ai dati medi nazionali: il tasso di disoccupazione è, infatti, pari al 7,8 per cento, tale vantaggio riguarda sia gli uomini che le donne: per i primi il tasso di disoccupazione è appena del 4,7 per cento (9,1 il dato nazionale) con un massimo del 9,2 per cento nella provincia di Massa Carrara, mentre per le seconde sale al 12,3 per cento, con il massimo del 21,7 per cento nella provincia di Livorno e di Massa Carrara con il 19,4 per cento. Il dato relativo al valore aggiunto pro-capite, conferma lo sviluppo regionale, è infatti superiore a quello nazionale: 34 milioni di lire pro-capite contro i 32 medi nazionali, con un valore massimo nella provincia di Firenze in cui il valore aggiunto pro-capite è pari a 41 milioni. Specularmene anche i depositi bancari, risultano superiori al valore medio nazionale, 19 milioni a fronte di 17; con punte minime di 14 e 13 milioni nelle province di Massa Carrara e Livorno (tav. 4.10.2.).

4.10.3. Mortalità evitabile

La mortalità evitabile in Toscana, presenta valori mediamente inferiori a quelli medi nazionali: con riferimento a tutte le cause di morte, per uomini e donne è pari, a livello regionale, a 147,6 e a 62,2 per 100.000 abitanti a fronte della media nazionale di 170,9 per gli uomini e di 70,0 per le donne. A livello di singole Asl, la situazione appare abbastanza differenziata, ma superano i valori medi nazionali, relativamente alla mortalità evitabile maschile, solo due Asl: quella di Massa Carrara con un valore di 177,6 per 100.000 abitanti e quella della Versilia con 172,0 per 100.000 abitanti.
In merito alle diverse cause, si rileva che i decessi evitabili con misure di prevenzione primaria sono 99,5, per 100.000 abitanti, per gli uomini e 29,1 per le donne; mentre i decessi evitabili con diagnosi precoce e/o diversi approcci terapeutici sono pari a 2,2 per gli uomini e 17,9 per 100.000 abitanti, per le donne, infine, sono da attribuire ad un'inadeguata igiene e assistenza sanitaria 45,9 morti maschili e 15,2 morti femminili, ogni 100.000 abitanti. A livello di singole Asl, è da evidenziare la situazione Massa Carrara e di Versilia, in cui le morti attribuibili a carenze nella prevenzione primaria, sono superiori alla media nazionale (tav. 4.10.3.).

4.10.4. Rete ospedaliera

La dotazione complessiva di posti letto, di cui dispone la Toscana ammonta a 4,9 per 1.000 abitanti; valore lievemente inferiore alla media nazionale che è pari a 5,1 posti letto per 1.000 abitanti.
Si evidenzia che la quota maggiore di posti letto (2,9 per 1.000 abitanti) sia ubicata nei presidi ospedalieri delle Aziende sanitarie locali, (tale quota è di poco superio-

re alla media italiana di 2,3 letti per 1.000 abitanti). La distribuzione dei posti letto tra le varie Asl risulta difforme: la Asl con più posti letto è quella di Empoli (con 7,5 posti letto per 1.000 abitanti) mentre in quella di Siena ve ne sono appena 3,1.
Per quanto concerne i posti letto offerti dalle Aziende Ospedaliere, rileviamo un numero medio di letti per abitante inferiore alla media nazionale: 1,3 per 1000 abitanti contro 1,8 a livello nazionale (tav. 4.11.4). Anche l'offerta di posti letto da parte di strutture private accreditate è inferiore a quella media italiana, 0,6 posti letto per 1.000 abitanti, a livello regionale, con valori sensibilmente superiori in due sole Asl quella di Firenze con 1,7 posti letto in Istituti Privati accreditati, e quella della Versilia con 1,4 posti letto per 1.000 abitanti.
Per quanto concerne la struttura dell'offerta, e quindi l'intensità assistenziale, si evidenzia una maggiore disponibilità a livello regionale rispetto al dato nazionale, di letti per le specialità di base (pari a 371,7 posti letto per 100.000 abitanti contro i 343,6 medi in Italia), con punte nelle Asl di Arezzo (462,2) e di Massa Carrara (421,5).
Per le specialità a media ed elevata assistenza, e per le terapie intensive e sub intensive, i valori si presentano tutti inferiori alla media italiana; rispettivamente, 49,0 e 21,8 posti letto per 100.000 abitanti per le specialità a media ed elevata assistenza contro i 71,7 e 22,8 medi in Italia, anche se la classificazione dei posti letto regionale, non sempre permette confronti attendibili. Si evidenzia inoltre, il permanere di una carenza di posti letto per la riabilitazione e lungodegenza. I posti letto con questa destinazione risultano 36,9 per 100.000 abitanti a fronte di una media italiana di 58,2. Le Asl con una più carenza elevata di questi posti letto, sono Livorno e Siena con appena 9,8 e 9,1 posti letto per 100.000 abitanti.
Per quel che concerne il tasso di utilizzazione dei posti letto, questo risulta a livello regionale inferiore a quello medio italiano: 72,0 per cento a fronte del 76,4 per cento nazionale, (tav. 4.10.4.); peculiare il fatto che Empoli (la Asl con il maggior numero di posti letto) presenti il più basso tasso di utilizzo regionale, appena il 44,6 per cento.

4.10.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn

Il numero complessivo di dipendenti delle Aziende Usl della Regione è di 129,3 per 10.000 abitanti, dato superiore rispetto a quello medio nazionale pari a 108,9, con un minimo di 92,4 dipendenti per 10.000 abitanti, nella Asl di Pisa, ed un massimo di 157,7 in quella di Massa Carrara.
Per quanto concerne il numero di medici dipendenti del Ssn per 10.000 abitanti, questo risulta anch'esso, superiore rispetto al dato nazionale: 19,0 contro 17,2 medici per 10.000 abitanti, a livello nazionale. A livello di Asl i valori più alti si presentano in quella di Massa Carrara (23,4 medici per 10.000 abitanti), e in quella di Lucca e Grosseto (per entrambe, 22,6 medici). Del totale medici, 4,6 medici per 10.000 abitanti operano in presidi classificati come Aziende Ospedaliere, risultando dunque inferiori alla quota media nazionale, mentre i medici impiegati nelle Aziende sanitarie locali sono 14,4 per 10.000 abitanti contro la media nazionale di 11,5. Le Aziende Asl con il maggior numero di medici per 10.000 abitanti impiegati, sono Massa Carrara e Lucca (18,8 medici la prima, e 18,0 la seconda). Per quanto riguarda il personale infermieristico, i dati regionali risultano superiori a quelli medi nazionali: vi sono infatti, 66,8 infermieri per 10.000 abitanti contro i 52,5 a livello nazionale; Massa Carrara è l'Azienda Sanitaria con il più elevato numero di infermieri per abitante (92,8) seguita da Lucca (84,3). Gli infermieri impiegati nelle Aziende Ospedaliere sono 16,3 per 10.000 abitanti

mentre quelli appartenenti alle Aziende sanitarie locali sono 50,5 per 10.000 abitanti. Anche il numero di infermieri per medico a livello regionale è superiore alla media nazionale (3,0), essendo pari a 3,5 infermieri per medico (tav. 4.10.5.).

4.10.6. Medicina di base

Nella regione il numero di adulti per medico è di poco inferiore a quello che si registra a livello nazionale: 1.014 adulti per medico di base contro i 1.035. La stessa situazione si verifica nella pediatria di base: vi sono infatti, mediamente, 1.040 bambini (tra 0 e 14 anni) residenti per medico pediatra. Da una analisi dei dati si osserva che la Asl di Pisa è quella che presenta i valori più bassi a livello regionale: sono presenti 998 adulti per medico di base e 967 bambini per medico pediatra.
Riguardo all'attività prescrittiva il dato regionale è superiore a quello medio nazionale (5,8 ricette per assistito), con un minimo di 5,0 ricette nella Asl di Prato ed un massimo in quella di Livorno (6,4). L'importo medio delle ricette è, sempre a livello regionale, inferiore alla media nazionale ed è pari a 42.510 lire, il valore medio più alto si registra nella Asl di Versilia (45.500 lire) mentre quello minimo in quella di Lucca, in cui l'importo medio delle ricette è di 37.300 lire (tav. 4.10.6.).

TAVOLA 4.10.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Massa Carrara	200.049	187,4	12,7	7,4
Lucca	216.873	189,7	13,0	7,7
Pistoia	267.613	178,0	11,7	7,9
Prato	225.295	142,0	9,4	8,8
Pisa	317.306	181,8	11,9	7,1
Livorno	343.885	201,0	12,0	7,0
Siena	251.981	224,9	13,6	6,9
Arezzo	319.492	179,2	11,8	7,7
Grosseto	216.007	216,9	12,6	6,8
Firenze	796.445	198,8	11,6	7,7
Empoli	214.521	167,3	11,3	8,7
Versilia	158.468	163,3	11,6	7,5
Media regionale	293.994	187,8	11,9	7,6
Media nazionale	293.816	120,6	10,0	9,3

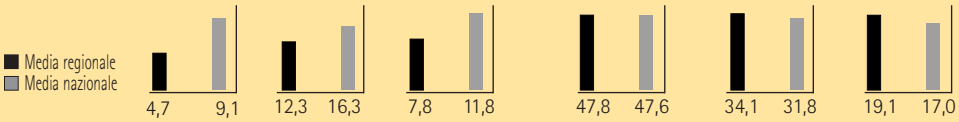
Usl	Bimbi x donna feconda (e)	Numero medio di componenti la famiglia (f)	Tasso migratorio (x 1000) (g)	Popolazione 0-14 anni % su totale	Popolazione 15-64 anni % su totale	Popolazione > 64 anni % su totale
Massa Carrara	17,9	2,5	3,2	11,6	66,6	21,7
Lucca	19,0	2,6	3,5	11,5	66,7	21,8
Pistoia	18,7	2,5	5,6	11,7	67,4	20,8
Prato	19,2	2,7	8,6	12,7	69,3	18,0
Pisa	18,2	2,6	5,3	11,6	67,4	21,1
Livorno	17,8	2,5	2,6	10,9	67,1	22,0
Siena	18,9	2,5	7,4	11,0	64,4	24,6
Arezzo	19,2	2,7	8,0	12,2	66,0	21,8
Grosseto	17,2	2,4	4,0	10,7	66,2	23,1
Firenze	18,9	2,4	1,5	11,0	67,1	21,9
Empoli	20,5	2,8	8,5	12,4	66,9	20,7
Versilia	19,4	2,4	4,5	12,3	67,7	20,0
Media regionale	18,7	2,5	4,7	11,5	66,9	21,6
Media nazionale	21,8	2,6	1,6	14,6	67,9	17,6

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Popolazione media residente 1998
(b) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione (x1.000)
(d) Nati nell'anno diviso popolazione totale residente (x1.000)
(e) Bimbi residenti <5 anni diviso donne in età feconda (15-44 anni)(x 100)
(f) Popolazione diviso numero delle famiglie
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 4.10.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività (d)	Valore aggiunto pro-capite (e)	Depositi bancari pro-capite (e)
Massa	9,2	19,4	12,9	41,0	25,7	13,8
Lucca	3,8	13,3	7,1	45,8	31,4	17,5
Pistoia	5,6	10,5	7,7	51,5	33,5	18,9
Firenze	4,9	9,8	7,0	46,6	40,9	22,4
Livorno	7,4	21,7	13,3	43,6	27,5	13,3
Pisa	3,5	14,6	8,2	49,9	33,2	17,4
Arezzo	2,7	8,2	5,0	49,1	31,7	20,5
Siena	3,1	8,1	5,3	51,7	33,2	21,9
Grosseto	4,2	14,7	8,4	46,6	28,7	16,1
Prato	4,5	11,6	7,5	56,2	39,4	22,1

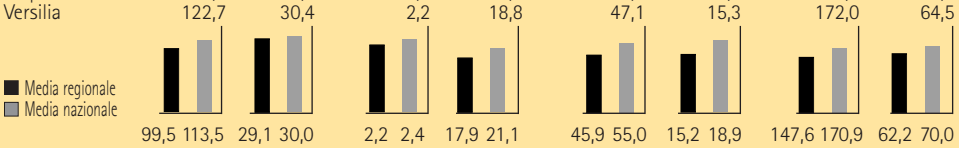


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat, Ancitel e Istituto Tagliacarne - Anno 1998

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi (x100)
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine (x100)
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro (x100)
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore espresso in milioni di lire

TAVOLA 4.10.3. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause (a)

Usl	Prevenz. Primaria Maschi	Prevenz. Primaria Femmine	Diagn. Precoce e Terapia Maschi	Diagn. Precoce e Terapia Femmine	Igiene e Ass. Sanit. Maschi	Igiene e Ass. Sanit. Femmine	Tutte le Cause Maschi	Tutte le Cause Femmine
Massa Carrara	123,1	33,1	3,4	17,8	51,1	15,4	177,6	66,3
Lucca	108,5	33,4	2,0	20,6	47,0	19,4	157,5	73,4
Pistoia	108,2	29,6	2,8	15,1	47,1	13,1	158,1	57,8
Prato	96,1	17,4	2,2	18,2	44,7	13,5	143,0	49,1
Pisa	105,6	29,8	2,6	17,9	48,6	16,8	156,8	64,5
Livorno	101,4	29,2	2,4	18,0	42,3	17,1	146,1	64,3
Siena	91,7	27,0	2,4	20,3	44,6	13,9	138,7	61,2
Arezzo	95,9	26,7	1,2	19,2	44,5	14,4	141,6	60,3
Grosseto	107,3	30,9	2,3	18,7	50,9	15,3	160,5	64,9
Firenze	85,0	29,9	2,0	16,9	44,6	14,6	131,6	61,4
Empoli	94,4	31,1	1,8	15,7	43,8	14,7	140,0	61,5
Versilia	122,7	30,4	2,2	18,8	47,1	15,3	172,0	64,5



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1996,1997 e 1998

(a) Tassi standardizzati (x 100.000 ab.); morti 5-69 anni; popolazione tipo = popolazione mondiale

TAVOLA 4.10.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Massa Carrara	4,1		-	5,4
Lucca	3,5		0,5	5,4
Pistoia	3,2		0,2	4,7
Prato	3,1		0,3	4,7
Pisa	1,5		0,2	3,1
Livorno	3,5		0,1	5,0
Siena	1,7	1,3	0,1	3,1
Arezzo	4,0		0,4	5,8
Grosseto	3,9		0,2	5,4
Firenze	1,7		1,7	4,8
Empoli	5,9		0,3	7,5
Versilia	2,9		1,4	5,6
Media regionale	3,0	1,3	0,6	4,9
Media nazionale	2,3	1,8	1,0	5,1

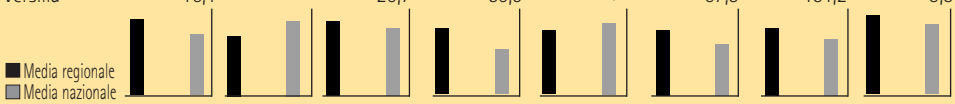
Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. (d)
	Specialità di base	Specialità a media assistenza	Specialità a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez.	
Massa Carrara	421,5	60,0	23,1	27,1	11,8	72,8
Lucca	398,4	77,2	26,2	13,0	22,7	73,5
Pistoia	385,8	45,2	17,3	15,4	10,3	80,4
Prato	367,2	59,6	23,1	11,9	9,2	83,1
Pisa	230,0	26,5	15,1	15,6	23,5	74,3
Livorno	382,4	61,5	31,1	11,3	9,8	70,4
Siena	248,7	29,6	15,1	8,1	9,1	75,9
Arezzo	462,2	56,2	24,8	14,6	20,9	71,6
Grosseto	403,8	68,6	23,4	13,0	34,3	87,6
Firenze	319,9	33,5	22,5	11,2	94,6	71,9
Empoli	633,0	58,7	15,1	26,6	15,5	44,6
Versilia	391,1	59,0	20,8	10,5	78,1	71,9
Media regionale	371,7	49,0	21,8	14,1	36,9	72,0
Media nazionale	343,6	71,7	22,8	13,3	58,2	76,4

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 1.000 residenti
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS. Inoltre per il complesso delle Aziende ospedaliere si è tenuto conto dell'indice medio regionale di posti letto attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Azienda Usl della regione di appartenenza.
(d) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)

TAVOLA 4.10.5. Medici e Infermieri dipendenti del Ssn (a)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (b)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Massa Carrara	18,8		23,4	71,0		87,3	157,7	3,7
Lucca	18,0		22,6	68,0		84,3	157,3	3,7
Pistoia	14,2		18,8	53,5		69,9	133,7	3,7
Prato	14,0		18,6	45,3		61,6	119,7	3,3
Pisa	8,1		12,7	31,2		47,5	92,4	3,8
Livorno	17,6		22,2	59,3		75,6	147,8	3,4
Siena	11,3	4,6	15,9	40,5	16,3	56,8	115,4	3,6
Arezzo	17,6		22,2	63,0		79,3	148,3	3,6
Grosseto	18,0		22,6	65,6		82,0	156,4	3,6
Firenze	12,3		16,9	39,1		55,5	111,2	3,3
Empoli	14,1		18,7	50,0		66,3	129,5	3,6
Versilia	16,1		20,7	50,9		67,3	131,2	3,3



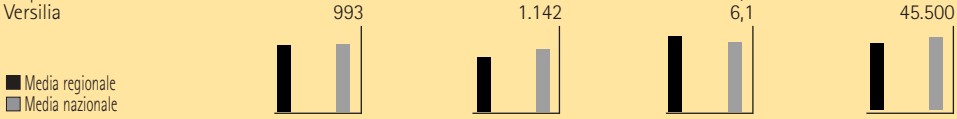
14,4 11,5 4,6 5,8 19,0 17,2 50,5 34,3 16,3 18,2 66,8 52,5 129,3 108,9 3,5 3,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Valori x 10.000 abitanti
(b) Media regionale del personale delle Aziende ospedaliere. Al personale delle Aziende ospedaliere è stato associato un bacino di utenza regionale. Per questo motivo tale personale è stato convenzionalmente attribuito pro-quota a ciascuna delle Aziende Usl della regione.

TAVOLA 4.10.6. Medicina di base

Usl	Scelte per medico (a)	Scelte per pediatra (b)	Prescriz. Farmaceutiche del Ssn per residente (c)	Importo Medio per ricetta (d)
Massa Carrara	1.016	1.010	5,8	44.300
Lucca	1.010	1.189	6,2	37.300
Pistoia	1.041	1.120	5,9	42.900
Prato	1.004	1.021	5,0	41.100
Pisa	998	967	5,9	44.800
Livorno	1.014	1.045	6,4	38.500
Siena	1.039	1.062	6,0	43.900
Arezzo	1.035	1.217	5,6	44.700
Grosseto	1.011	1.211	5,5	47.800
Firenze	1.007	887	5,4	41.600
Empoli	1.005	1.153	5,8	41.900
Versilia	993	1.142	6,1	45.500



1.014 1.035 1.040 1.202 5,8 5,3 42.510 46.294

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat e Ministero della Salute - Anno 1998

(a) Residenti >14 anni diviso numero dei medici
(b) residenti < 15 anni diviso numero dei pediatri
(c) Numero di ricette
(d) Spesa farmaceutica lorda diviso numero di ricette (lire)

4.11. Umbria

4.11.1. Contesto demografico

L'Umbria ha 832.195 abitanti, pari all'1,4 per cento della popolazione italiana, ripartiti, per l'assistenza sanitaria, in quattro Aziende Usl la cui numerosità si attesta sotto la dimensione media italiana (293.816), eccezion fatta per la Azienda Usl di Perugia, che assiste 333.306 persone e che rappresenta anche la più numerosa della regione; la meno numerosa è quella di Città di Castello con 111.617 assistiti.
La struttura per età della popolazione umbra indica una prevalenza di popolazione anziana (con più di 64 anni di età) rispetto a quella giovane (fino ai 14 anni): la prima rappresenta, infatti, il 21,8 per cento della popolazione contro il 12,3 per cento dei giovani; la popolazione appartenente alla classe di età 15--64 anni, rappresenta invece il 65,8 per cento.
A livello di singole Asl, la quota maggiore di anziani è presente in quella di Foligno (23,2 per cento di popolazione anziana) e Terni (23,1 per cento); nella Asl di Terni inoltre, è presente il minor numero di giovani sotto i 14 anni, appena l'11,3 per cento. Perugia e Città di Castello sono le due Asl più giovani con il 12,7 ed il 13,0 per cento di popolazione sotto i 14 anni (tav. 3.11.1.).
Tale struttura per età della popolazione si riflette negli indici demografici della regione. L'indice di vecchiaia medio regionale è pari a 177,5, con picchi di 187,7 e 203,4 nelle Aziende Usl di Foligno e Terni. Peraltro anche nelle due rimanenti Aziende Usl, i valori di tale indice superano notevolmente la media nazionale, 120,6 per cento.
Come conseguenza dell'alta quota di popolazione anziana presente, l'Umbria mostra un elevato valore dell'indice di mortalità (11,7 per 1.000 abitanti) che a livello di singola Azienda Usl segue l'andamento dell'indice di vecchiaia: Foligno e Terni presentano i valori più elevati con un tasso di mortalità pari a 12,0 e 12,7 per 1.000 abitanti, rispettivamente. Specularmene queste Aziende Usl presentano anche il valore più basso dell'indice di natalità, pari a 7,2 per 1.000 abitanti in entrambe, Città di Castello e Perugia presentano, invece, valori superiori (8,1 la prima e 8,2 la seconda).
Infine, queste ultime due Aziende Usl, si confermano tra più le fertili come si evince osservando i dati relativi al numero di bimbi tra gli zero e i quattro anni per donna feconda. In particolare, Città di Castello ha il più elevato numero di bimbi tra zero e quattro anni per donna feconda: ben 21,1, di poco al di sotto della media nazionale pari a 21,8.
Con riferimento al numero medio di componenti la famiglia, la regione presenta un valore medio praticamente analogo a quello medio nazionale: 2,7 componenti a fronte della media nazionale di 2,6.
Per quanto riguarda il tasso migratorio, le quattro Asl sperimentano tutte valori positivi, con un minimo di 3,6 per 1.000 abitanti a Terni ed un massimo di 6,4 in quella di Perugia.

4.11.2. Contesto economico (provinciale)

La situazione economica della regione sembra caratterizzata da alti livelli occupazionali e di attività e da bassa produttività per occupato. Analizzando i dati ad essa relativi, si osserva che il tasso di attività regionale risulta pari al 45,8 per cento (meno 1,8 punti percentuali rispetto al dato nazionale), con la percentuale più bassa nella provincia di Terni, 40,8 per cento, e con la percentuale più alta nella provincia di Perugia dove, il tasso di attività, è pari a quello medio nazionale. Una situazione migliore si nota però, dai dati sulla disoccupazione; il dato regionale è infatti inferiore a quello nazionale (8,6 per cento di disoccupati contro l'11,8 per cento): di questa situazione sembrano peraltro beneficiarne quasi esclusivamente i maschi, che a livello regionale presentano un tasso di disoccupazione (pari al 5,0 per cento) di quasi la metà rispetto al dato nazionale, e di oltre la metà rispetto alle donne per le quali, il tasso di disoccupazione, è del 14,0 per cento. La provincia che gode di una situazione migliore dal punto di vista occupazionale, è Terni che ha un tasso di disoccupazione dell'8,2 per cento (di cui 4,4 per cento maschile e 14,2 per cento femminile) contro l'8,7 per cento di Perugia (di cui 5,1 per cento maschile e 13,9 per cento femminile).
Il dato relativo al valore aggiunto pro-capite, conferma la bassa produttività regionale, è infatti inferiore a quello nazionale, 30 milioni di lire pro-capite contro i 32 medi nazionali, con un valore minimo nella provincia di Terni in cui il valore aggiunto pro-capite è pari a 26 milioni. Parallelamente, anche i depositi bancari, sono inferiori al valore medio nazionale, 16 milioni a fronte di 17; ancora una volta è Terni a presentare il valore minimo, pari a 14 milioni pro-capite (tav. 4.11.2.).

4.11.3. Mortalità evitabile

La mortalità evitabile in Umbria, presenta valori mediamente inferiori a quelli medi nazionali: con riferimento a tutte le cause di morte, per uomini e donne è pari, a livello regionale, a 152,0 e a 67,3 per 100.000 abitanti a fronte della media nazionale di 170,9 per gli uomini e di 70,0 per le donne. A livello di singole Asl, la situazione appare abbastanza diversificata, nei valori che rimangono però tutti sotto i livelli medi nazionali, (tav. 4.11.3.). Rappresenta un'eccezione la Asl di Città di Castello, dove i valori della mortalità evitabile maschile, per tutte le cause, sono maggiori rispetto alle altre Asl, e per le donne si attesta su 76,1 per 100.000 abitanti, livello notevolmente superiore alla media italiana. In merito alla struttura del dato, si rileva che i decessi evitabili con misure di prevenzione primaria sono 97,5 per 100.000 abitanti, per gli uomini e 28,9 per le donne; mentre i decessi evitabili con diagnosi precoce e/o diversi approcci terapeutici sono pari a 2,4 per gli uomini e 18,7, per 100.000 abitanti, per le donne; infine, sono da attribuire ad un'inadeguata igiene e assistenza sanitaria 52,1 morti maschili e 152,0 morti femminili, per 100.000 abitanti. A livello di singole Asl, come già detto, è da evidenziare la situazione di Città di Castello, in cui le morti attribuibili a carenze nella prevenzione primaria femminile, e all'igiene e assistenza sanitaria sono, per entrambi i sessi, superiori alla media nazionale (tav. 4.11.3.).

4.11.4. Rete ospedaliera

La dotazione complessiva di posti letto, in l'Umbria ammonta a 4,3 posti letto per 1.000 abitanti; valore notevolmente inferiore alla media nazionale che è pari a 5,1

posti letto per 1.000 abitanti.
I dati evidenziano come la quota maggiore di posti letto (2,1 per 1.000 abitanti) sia ubicata in presidi ospedalieri delle Aziende sanitarie locali, (tale quota è di poco inferiore alla media italiana di 2,3 letti per 1.000 abitanti). I posti letto sono concentrati soprattutto in due aree: quella di Città di Castello (con 4,2 posti letto per 1.000 abitanti), e quella di Foligno (con 3,9 posti letto per 1.000 abitanti).
Per quanto concerne i posti letto in presidi classificati come Aziende Ospedaliere, rileviamo un numero medio di posti letto per abitante, superiore alla media nazionale: 2,1 per 1000 abitanti contro i 1,8 a livello nazionale (tav. 4.11.4.).
L'offerta di posti letto da parte di strutture private accreditate è limitata alla sola area geografica della Azienda Sanitaria Locale di Perugia, con 0,7 posti letto per 1.000 abitanti contro una media nazionale di 1,0.
Per quanto concerne la struttura dell'offerta, e quindi l'intensità assistenziale, si evidenzia un allineamento regionale della disponibilità di letti per le specialità di base (a livello regionale è pari a 336,5 posti letto per 100.000 abitanti contro i 343,6 medi in Italia), con punte massime nelle già citate Asl di Città di Castello (504,2) e di Foligno (444,5).
Anche per le specialità a media ed elevata assistenza, come per le terapia intensive e sub intensive, i valori sembrano tutti inferiori alla media italiana (a livello regionale rispettivamente, 52,7 e 20,6 posti letto per 100.000 abitanti contro i 71,7 e 22,8 medi in Italia).
Si evidenzia inoltre, il permanere di una forte carenza di posti letto per la riabilitazione e lungodegenza. I posti letto con questa destinazione risultano, infatti, appena 7,2 per 100.000 abitanti a fronte di una media italiana di 58,2. Nessun letto è presente nell'area di Città di Castello, mentre l'offerta si concentra a Perugia e Foligno (rispettivamente 11,7 e 9,0 posti letto per 100.000 abitanti).
Per quel che concerne il tasso di utilizzazione dei posti letto, questo risulta a livello regionale inferiore a quello medio italiano: 73,0 per cento a fronte del 76,4 per cento nazionale; a livello di singola Asl, Terni (76,6 per cento) ha valori leggermente superiori alla media nazionale, mentre è basso l'utilizzo dei letti nelle Asl di Città di Castello (67,2 per cento).

4.11.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn

Il numero complessivo di dipendenti delle Aziende Usl dell'Umbria è di 123,0 per 10.000 abitanti dato superiore rispetto a quello medio nazionale pari a 108,9, anche se in realtà solo due su quattro Aziende sanitarie locali, presentano valori superiori alla media italiana: Città di Castello con 137,2 dipendenti per 10.000 abitanti e Foligno con 175,0 dipendenti.
Per quanto concerne il numero di medici dipendenti del Ssn per 10.000 abitanti, questo risulta notevolmente superiore rispetto al dato nazionale: 22,1 contro 17,2 medici per 10.000 abitanti a livello nazionale. A livello di Asl si distingue quella di Foligno, in cui sono presenti 31,7 medici per 10.000 abitanti quasi il doppio della media nazionale. Del totale medici ci sono 8,5 medici per 10.000 abitanti che operano in presidi classificati come Aziende Ospedaliere, mentre per i medici impiegati nelle Aziende sanitarie locali sono 13,5 per 10.000 abitanti, con un picco di 23,1 medici nella Azienda Usl di Foligno ed un minimo in quella di Perugia che ne ha solo 9,0 per 10.000 abitanti.
Anche per quanto riguarda il personale infermieristico si deve rilevare la superiorità dei dati rispetto a quelli medi nazionali. Vi sono infatti, 63,3 infermieri per 10.000 abitanti contro i 52,5 a livello nazionale; Foligno è l'Azienda Sanitaria con

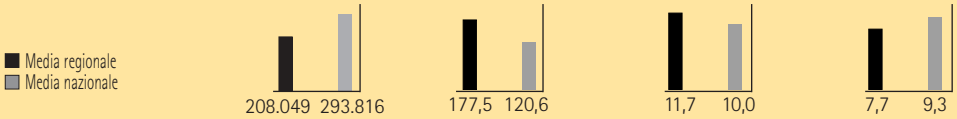
il più elevato numero di infermieri (92,8) seguita da Città di Castello (72,5). Gli infermieri impiegati nelle Aziende Ospedaliere sono 24,5 per 10.000 abitanti mentre quelli appartenenti alle Aziende sanitarie locali sono 38,8 per 10.000 abitanti. Mentre il numero di infermieri per medico a livello regionale è lievemente inferiore alla media nazionale, ed è pari a 2,9 infermieri per medico (tav. 4.11.5.).

4.11.6. Medicina di base

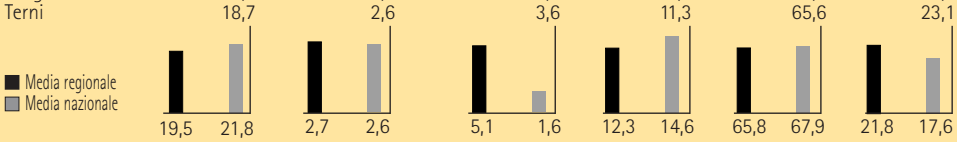
Nella regione il numero di adulti per medico è inferiore a quello che si registra a livello nazionale: 879 adulti per medico di base contro i 1.035. La stessa situazione si verifica nella pediatria di base: vi sono infatti, mediamente, 883 bambini (tra 0 e 14 anni) residenti per medico pediatra. Da una analisi dei dati si osserva che in realtà è la Asl di Terni che abbassa notevolmente la media di entrambi gli indicatori, sono infatti presenti 602 adulti per medico di base e 596 bambini per medico pediatra, mentre nelle altre Asl entrambi gli indicatori sono vicini al valore medio italiano (tav. 4.11.6.).
Riguardo all'attività prescrittiva il dato regionale è superiore a quello medio nazionale (6,3 ricette per assistito), con un minimo di 5,9 ricette nella Asl di Foligno ed un massimo in quella di Terni (7,0). L'importo medio delle ricette è, a livello regionale, invece, inferiore alla media nazionale ed è pari a 42.118 lire: il valore medio più alto si registra nella Asl di Città di Castello (44.300 lire) mentre quello minimo in quella di Perugia, 40.400 lire.

TAVOLA 4.11.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Città di Castello	111.617	162,9	11,6	8,1
Perugia	333.306	162,1	10,8	8,2
Foligno	166.439	187,7	12,0	7,2
Terni	220.834	203,4	12,7	7,2



Usl	Bimbi x donna feconda (e)	Numero medio di componenti la famiglia (f)	Tasso migratorio (x 1000) (g)	Popolazione 0-14 anni % su totale	Popolazione 15-64 anni % su totale	Popolazione > 64 anni % su totale
Città di Castello	21,1	2,7	5,8	13,0	65,7	21,2
Perugia	19,7	2,7	6,4	12,7	66,7	20,6
Foligno	19,1	2,7	4,0	12,3	64,5	23,2
Terni	18,7	2,6	3,6	11,3	65,6	23,1

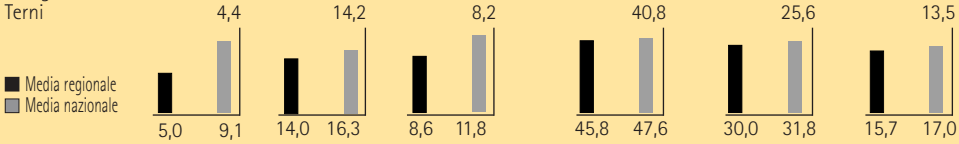


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Popolazione media residente 1998
(b) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione (x1.000)
(d) Nati nell'anno diviso popolazione totale residente (x1.000)
(e) Bimbi residenti <5 anni diviso donne in età feconda (15-44 anni)(x 100)
(f) Popolazione diviso numero delle famiglie
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 4.11.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività (d)	Valore aggiunto pro-capite (e)	Depositi bancari pro-capite (e)
Perugia	5,1	13,9	8,7	47,6	31,6	16,6
Terni	4,4	14,2	8,2	40,8	25,6	13,5

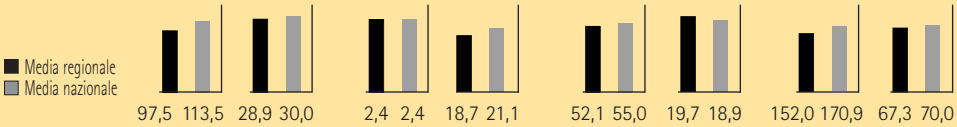


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat, Ancitel e Istituto Tagliacarne - Anno 1998

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi (x100)
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine (x100)
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro (x100)
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore espresso in milioni di lire

TAVOLA 4.11.3. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause (a)

Usl	Prevenz. Primaria		Diagn. Precoce e Terapia		Igiene e Ass. Sanit.		Tutte le Cause	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Città di Castello	103,0	36,3	1,3	19,6	55,2	20,2	159,5	76,1
Perugia	93,2	25,8	2,7	19,1	53,0	21,6	148,9	66,5
Foligno	106,6	29,5	3,0	17,2	46,6	18,6	156,2	65,3
Terni	94,3	29,0	1,9	18,7	53,3	18,0	149,5	65,7

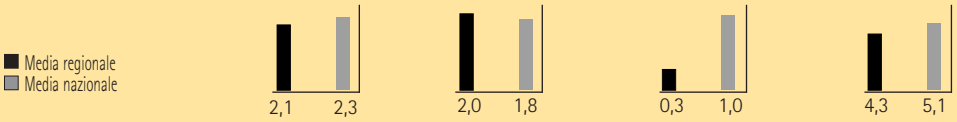


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1996,1997 e 1998

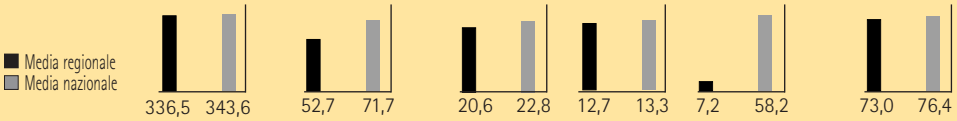
(a) Tassi standardizzati (x 100.000 ab.); morti 5-69 anni; popolazione tipo = popolazione mondiale

TAVOLA 4.11.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Città di Castello	4,1	|	-	6,1
Perugia	1,4	|	0,7	4,0
Foligno	3,9	2,0	-	5,9
Terni	0,8	|	-	2,7



Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. (d)
	Specialità di base	Specialità a media assistenza	Specialità a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez.	
Città di Castello	504,2	59,4	21,1	23,3	-	67,2
Perugia	312,4	43,6	21,1	7,2	11,7	75,8
Foligno	444,5	84,5	23,5	24,0	9,0	71,1
Terni	206,6	39,3	17,5	7,2	2,7	76,6

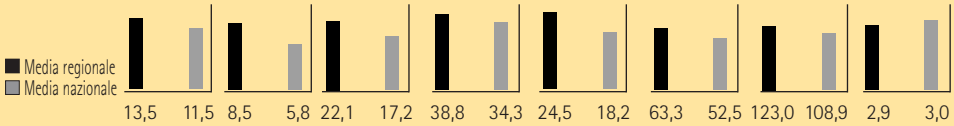


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 1.000 residenti
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS. Inoltre per il complesso delle Aziende ospedaliere si è tenuto conto dell'indice medio regionale di posti letto attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Azienda Usl della regione di appartenenza.
(d) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)

TAVOLA 4.11.5. Medici e Infermieri dipendenti del Ssn (a)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (b)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Città di Castello	18,3		26,8	48,0		72,5	137,2	2,7
Perugia	9,0		17,6	26,7		51,2	102,2	2,9
Foligno	23,1	8,5	31,7	68,3	24,5	92,8	175,0	2,9
Terni	10,6		19,2	29,9		54,4	108,1	2,8

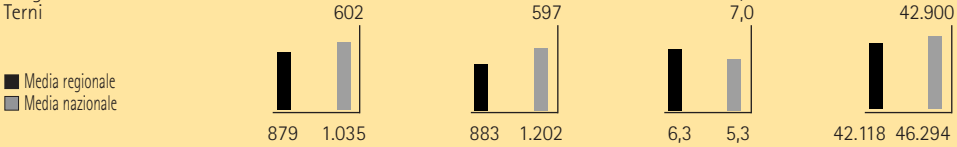


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Valori x 10.000 abitanti
(b) Media regionale del personale delle Aziende ospedaliere. Al personale delle Aziende ospedaliere è stato associato un bacino di utenza regionale. Per questo motivo tale personale è stato convenzionalmente attribuito pro-quota a ciascuna delle Aziende Usl della regione.

TAVOLA 4.11.6. Medicina di base

Usl	Scelte per medico (a)	Scelte per pediatra (b)	Prescriz. Farmaceutiche del Ssn per residente (c)	Importo Medio per ricetta (d)
Città di Castello	1.044	1.120	6,3	44.300
Perugia	1.047	1.007	6,0	40.400
Foligno	1.089	1.081	5,9	42.800
Terni	602	597	7,0	42.900



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat e Ministero della Salute - Anno 1998

(a) Residenti >14 anni diviso numero dei medici
(b) residenti < 15 anni diviso numero dei pediatri
(c) Numero di ricette
(d) Spesa farmaceutica lorda diviso numero di ricette (lire)

4.12. Marche

4.12.1. Contesto demografico

La regione Marche ha oltre 1.400.000 di abitanti, (pari al 2,5 per cento della popolazione italiana), suddivisi, per l'assistenza sanitaria, in 13 Aziende Usl la cui numerosità oscilla tra un minimo di 44.604 assistiti (Azienda Usl di Fabriano) ed i 234.568 della Azienda Usl di Ancona.
La struttura per età della popolazione mostra la preponderanza della popolazione anziana rispetto a quella giovane. I residenti con più di 64 anni rappresentano, infatti, il 20,9 per cento della popolazione a fronte del 13,0 per cento dei giovani residenti sotto i 14 anni; la popolazione appartenente alla classe di età 15-64 anni, rappresenta invece il 66,1 per cento.
A livello di singole Asl, in tutte, la percentuale di popolazione anziana è superiore alla media nazionale (17,6), anche se la percentuale maggiore di anziani, si trova nelle Asl di Camerino (25,8 per cento di popolazione anziana) e di Fabriano, che presenta un valore del 23,8 per cento; in entrambe, inoltre, è presente un basso numero di giovani sotto i 14 anni, appena l'11,6 e 11,9 per cento, rispettivamente. La Asl più "giovane" risulta quella di San Benedetto del Tronto in cui, la quota di popolazione anziana è la più bassa della regione (19,2 per cento) mentre quella di popolazione con età sotto i 14 anni è la più alta, pari al 14,0 per cento.
L'indice di vecchiaia medio regionale risulta pertanto, maggiore rispetto al valore nazionale ed è pari a 161,4, con punte massime di 223,1 e 200,1 nelle già citate Aziende Usl, di Camerino e Fabriano. In conseguenza dell'elevata quota di popolazione anziana presente, la regione presenta, in media un indice di mortalità superiore alla media nazionale (11,1) che, a livello di singola Azienda Usl, segue l'andamento dell'indice di vecchiaia: Camerino e Fabriano presentano, ancora una volta, i valori più elevati, con un tasso di mortalità pari a 14,4 e 13,2, rispettivamente. Il valore più basso dell'indice di natalità, che in tutte le Aziende Usl è inferiore a quello medio nazionale, si trova nella Azienda Usl di Camerino: appena 6,5 per 1.000 abitanti, mentre quella di Ascoli Piceno si distingue per il valore più elevato, 9,1 per 1.000 abitanti.
Analizzando i dati relativi al numero di bimbi tra gli zero e i 4 anni per donna feconda, risulta che il dato regionale è inferiore alla media italiana (20,4 bambini per donna feconda) e non si riscontrano significative differenze tra le singole Aziende Usl. Con riferimento al numero medio di componenti la famiglia, la regione presenta un valore medio in linea con quello medio nazionale: 2,7 componenti a fronte della media nazionale di 2,6, senza differenze di rilievo tra le singole Aziende Usl.
Da ultimo, riguardo al tasso migratorio, i dati si presentano in tutte le Asl positivi e superiori alla media nazionale (1,6 per 1.000 abitanti) con un valore minimo di 0,7 per 1.000 abitanti, nella Asl di Ascoli Piceno ed un massimo di 10,0 nella Asl di Civitanova Marche (tav. 4.12.1.).

4.12.2. Contesto economico (provinciale)

Gli indicatori economici regionali evidenziano una situazione economica prospera, essendo questi quasi tutti superiori ai valori medi nazionali.
Analizzando i dati relativi al tasso di attività, questo si presenta superiore al valor medio nazionale (48,3 il dato regionale e 47,6 quello nazionale) ed anche osservando l'indice a livello di singole province, si nota come, quasi tutte, presentino valori più elevati rispetto al dato nazionale, con l'unica eccezione di Ancona in cui il tasso di attività risulta inferiore (45,4). Dal punto di vista occupazionale, la situazione delle Marche è particolarmente favorevole: la disoccupazione totale è quasi la metà rispetto a quella nazionale (6,3 per cento), tale situazione va a vantaggio sia di uomini che di donne: per i primi il tasso di disoccupazione è appena del 3,8 per cento (9,1 il dato nazionale) con un massimo del 4,2 per cento nella provincia di Ancona, mentre per le seconde sale al 9,9 per cento, con un massimo del 10,2 per cento nella provincia di Ascoli Piceno. Il dato relativo al valore aggiunto pro-capite, conferma lo sviluppo della regione, è infatti superiore a quello nazionale, 33 milioni di lire pro-capite contro i 32 medi nazionali, con un valore massimo, che ne indica l'elevata produttività, nella provincia di Ancona di 38 milioni pro-capite. I depositi bancari, sono in linea al valore medio nazionale di 17 milioni pro-capite (tav. 4.12.2.).

4.12.3. Mortalità evitabile

La mortalità evitabile nelle Marche, presenta valori mediamente inferiori a quelli medi nazionali: con riferimento a tutte le cause di morte, per uomini e donne è pari rispettivamente, a 144,6 e a 59,2 per 100.000 abitanti a fronte della media nazionale di 170,9 per gli uomini e di 70,0 per le donne. A livello di singole Asl, la situazione appare abbastanza differenziata, ma in nessuna viene superato il valore medio nazionale, eccetto che per la Azienda Usl di Senigallia, in cui il valore della mortalità evitabile per tutte le case femminile è pari a 73,1 per 100.000 abitanti (tav. 4.12.3.).
In merito alle diverse cause, si rileva che i decessi evitabili con misure di prevenzione primaria sono 97,0, per 100.000 abitanti, per gli uomini e 26,6 per le donne ogni 100.000 abitanti; mentre i decessi evitabili con diagnosi precoce e/o diversi approcci terapeutici sono pari a 1,9 per gli uomini e 19,7 per le donne; infine, sono da attribuire ad un'inadeguata igiene e assistenza sanitaria 45,7 morti maschili e 12,9 morti femminili per 100.000 abitanti. A livello di singole Asl, Fabriano è quella con il maggior numero di decessi a causa della carenza di prevenzione primaria, sia maschile che femminile, con 124,7 decessi maschili per 100.000 abitanti, e con 41,0 decessi femminili per 100.000 abitanti; da rilevare, in ultimo, la Azienda Usl di Camerino in cui sono del tutto assenti i decessi maschili dovuti ad una carenza di diagnosi e terapia precoce (tav. 4.12.3.).

4.12.4. Rete ospedaliera

Il numero complessivo di posti letto, nella regione Marche ammonta a 5,6 per 1.000 abitanti, risulta, pertanto, leggermente superiore alla media nazionale che è pari a 5,1 posti letto per 1.000 abitanti.
L'offerta maggiore di posti letto (3,7 per 1.000 abitanti) proviene dai presidi ospedalieri delle Aziende sanitarie locali, a fronte di una media italiana di 2,3 letti per

1.000 abitanti. La distribuzione dei posti letto tra le varie Asl è molto differenziata: la quota maggiore dei posti letto dei presidi ospedalieri è ubicata nella Asl di Camerino (7,8 posti letto per 1.000 abitanti) mentre la Asl di Pesaro presenta una forte carenza di tale offerta, appena lo 0,7 per 1.000 abitanti; anche la Asl di Ancona presenta un offerta piuttosto limitata (1,1). Relativamente ai posti letto delle Aziende Ospedaliere, rileviamo un numero medio di letti per abitante inferiore alla media nazionale: 1,3 per 1000 abitanti contro 1,8 a livello nazionale (tav. 4.12.4.). Anche l'offerta di posti letto da parte di strutture private accreditate è leggermente inferiore a quella media italiana, 0,7 posti letto per 1.000 abitanti, a livello regionale, con punte minime di 0,5 posti letto per 1.000 residenti nella Azienda Usl di Senigallia e punte massime di 1,6 in quella di Civitanova Marche.
Analizzando i dati relativi alla struttura dell'offerta, e quindi l'intensità assistenziale, si evidenzia a livello regionale, una maggiore disponibilità rispetto alla media nazionale, di letti per le specialità di base (pari a 418,6 posti letto per 100.000 abitanti contro i 343,6 medi in Italia), con picchi nelle Asl di Fano (546,7) e di Camerino, in cui il numero di posti letto per questa destinazione sono quasi il doppio della media nazionale (777,4).
Per le specialità a media assistenza il valore medio regionale è di 77,9 posti letto per 100.000 abitanti, con un minimo di 34,1 nella Azienda Usl di Pesaro ed un massimo di 157,4 in quella di Senigallia. Per le specialità ad elevata assistenza e la riabilitazione, i valori si presentano invece, inferiori alla media italiana, 19,4 e 33,4 posti letto per 100.000 abitanti, rispettivamente. Di contro per le terapie intensive e subintensive i valori sono superiori alla media nazionale, 15,9 a fronte di 13,3 per 100.000 abitanti. Per quel che concerne il tasso di utilizzazione dei posti letto, questo risulta perfettamente in linea con quello medio italiano: 76,4 per cento (tav. 4.12.4.).

4.12.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn

Il numero complessivo di dipendenti delle Aziende Usl della Regione è di 113,2 per 10.000 abitanti dato superiore rispetto a quello medio nazionale, pari a 108,9, con un minimo di 67,6 dipendenti per 10.000 abitanti, nella Asl di Pesaro, ed un massimo di 158,8 in quella di Camerino.
Relativamente al numero di medici dipendenti del Ssn per 10.000 abitanti, questo risulta allineato al dato nazionale: 17,8 contro 17,2 medici per 10.000 abitanti a livello nazionale. A livello di Asl i valori più alti si presentano nella Asl di Urbino (25,7 medici per 10.000 abitanti) e Fabriano (23,5) anche se, molte altre Asl superano la media nazionale (tav. 4.12.5.).
A livello regionale, i medici che operano nelle Aziende Ospedaliere, sono 4,6 per 10.000 abitanti, mentre i medici impiegati nelle Aziende sanitarie locali sono 13,6 per 10.000 abitanti contro una media nazionale di 11,5. Le Aziende Asl con il maggior numero di medici per 10.000 abitanti impiegati nelle Aziende Ospedaliere, sono Urbino e Fabriano (21,5 la prima, e 19,3 medici per 10.000 abitanti, la seconda). Per quanto riguarda il personale infermieristico risulta numericamente superiore alla media italiana: vi sono infatti, 57,0 infermieri per 10.000 abitanti contro i 52,5 a livello nazionale; Camerino e Urbino sono le Aziende Usl con il più elevato numero di infermieri per 10.000 abitanti, 77,6 e 70,5 rispettivamente. Gli infermieri impiegati nelle Aziende Ospedaliere sono, a livello regionale, 12,4 per 10.000 abitanti (dato peraltro uguale in tutte le Aziende Usl), mentre, quelli appartenenti alle Aziende sanitarie locali, sono 44,6 per 1.000 abitanti.

Il numero di infermieri per medico a livello regionale, è praticamente uguale a quello medio italiano (3,0), ed è pari a 3,2 infermieri per medico (tav. 4.2.5.).

4.12.6. Medicina di base

Nella regione Marche il numero di adulti per medico è sostanzialmente in linea con la media nazionale: 1.041 adulti per medico di base contro i 1.035. Mentre per quanto riguarda la pediatria di base i dati sono inferiori: vi sono infatti, mediamente, 1.113 bambini (tra 0 e 14 anni) residenti per medico pediatra. Da una analisi dei dati si osserva che la Asl di Ancona è quella che presenta i valori più bassi a livello regionale, con 980 bambini per medico pediatra.
Riguardo all'attività prescrittiva, il dato regionale è superiore a quello medio nazionale (5,9 ricette per assistito), con un minimo di 5,4 ricette nella Asl di San Benedetto del Tronto ed un massimo in quella di Jesi (6,4). L'importo medio delle ricette è, sempre a livello regionale, inferiore alla media nazionale ed è pari a 45.626 lire: il valore medio più alto si registra nella Asl di Ancona (52.100 lire) mentre quello minimo in quella di Fabriano, dove l'importo medio delle ricette è di 38.800 lire (tav. 4.12.6.).

TAVOLA 4.12.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Pesaro	136.476	151,4	10,1	8,9
Urbino	79.867	172,9	11,1	8,2
Fano	125.393	160,5	10,7	7,6
Senigallia	74.657	179,9	11,7	8,2
Jesi	101.294	175,7	11,4	7,8
Fabriano	44.604	200,1	13,2	8,3
Ancona	234.568	162,6	10,7	8,3
Civitanova Marche	109.054	140,2	9,8	8,8
Macerata	130.370	173,8	12,0	8,1
Camerino	48.506	223,1	14,4	6,5
Fermo	153.078	154,8	11,5	8,6
San Benedetto del Tronto	97.577	137,2	9,5	8,9
Ascoli Piceno	117.723	143,9	11,0	9,1
Media regionale	111.782	161,4	11,1	8,7
Media nazionale	293.816	120,6	10,0	9,3

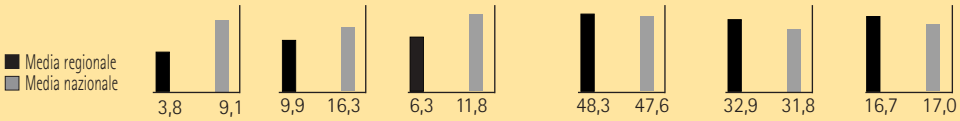
Usl	Bimbi x donna feconda (e)	Numero medio di componenti la famiglia (f)	Tasso migratorio (x 1000) (g)	Popolazione 0-14 anni % su totale	Popolazione 15-64 anni % su totale	Popolazione > 64 anni % su totale
Pesaro	20,1	2,7	7,6	12,7	68,2	19,2
Urbino	20,1	2,6	7,6	12,9	64,8	22,3
Fano	20,1	2,6	7,5	13,0	66,2	20,8
Senigallia	19,6	2,7	7,7	12,3	65,4	22,2
Jesi	20,0	2,7	5,2	12,5	65,4	22,0
Fabriano	20,0	2,7	9,4	11,9	64,3	23,8
Ancona	20,1	2,6	3,2	12,5	67,1	20,4
Civitanova Marche	20,9	2,9	10,0	13,7	67,1	19,2
Macerata	20,6	2,8	5,0	12,8	65,0	22,2
Camerino	19,6	2,5	9,1	11,6	62,7	25,8
Fermo	20,9	2,8	5,0	13,3	66,2	20,5
San Benedetto del Tronto	20,6	2,9	5,9	14,0	66,9	19,2
Ascoli Piceno	21,5	2,8	0,7	14,1	65,6	20,3
Media regionale	20,4	2,7	5,8	13,0	66,1	209
Media nazionale	21,8	2,6	1,6	14,6	67,9	17,6

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Popolazione media residente 1998
(b) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione (x1.000)
(d) Nati nell'anno diviso popolazione totale residente (x1.000)
(e) Bimbi residenti <5 anni diviso donne in età feconda (15-44 anni)(x 100)
(f) Popolazione diviso numero delle famiglie
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 4.12.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività (d)	Valore aggiunto pro-capite (e)	Depositi bancari pro-capite (e)
Pesaro	3,6	10,1	6,3	50,4	30,4	18,2
Ancona	4,2	9,7	6,4	45,4	37,7	17,5
Macerata	3,8	9,6	6,2	47,7	31,3	16,1
Ascoli Piceno	3,4	10,2	6,1	50,5	30,6	14,6

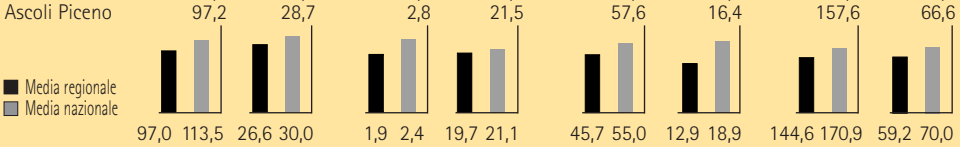


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat, Ancitel e Istituto Tagliacarne - Anno 1998

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi (x100)
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine (x100)
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro (x100)
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore espresso in milioni di lire

TAVOLA 4.12.3. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause (a)

Usl	Prevenz. Primaria Maschi	Prevenz. Primaria Femmine	Diagn. Precoce e Terapia Maschi	Diagn. Precoce e Terapia Femmine	Igiene e Ass. Sanit. Maschi	Igiene e Ass. Sanit. Femmine	Tutte le Cause Maschi	Tutte le Cause Femmine
Pesaro	115,1	26,3	3,1	16,5	40,3	13,5	158,5	56,3
Urbino	108,5	22,7	1,5	13,6	51,1	15,2	161,1	51,5
Fano	97,4	26,7	1,9	18,6	47,8	12,9	147,1	58,2
Senigallia	105,4	24,4	0,5	30,7	50,1	18,0	156,0	73,1
Jesi	103,0	18,8	1,9	18,3	50,0	8,3	154,9	45,4
Fabriano	124,7	41,0	2,8	21,3	42,0	10,2	169,5	72,5
Ancona	91,2	27,5	2,4	22,0	42,0	10,6	135,6	60,1
Civitanova Marche	99,4	25,8	0,9	16,2	31,3	13,8	131,6	55,8
Macerata	98,3	26,0	2,2	17,2	45,9	9,7	146,4	52,9
Camerino	96,9	24,0	0,0	24,6	41,9	13,2	138,8	61,8
Fermo	77,1	33,5	1,3	19,8	50,8	11,3	129,2	64,6
S. Ben. del Tronto	79,1	21,8	1,7	20,8	42,8	19,3	123,6	61,9
Ascoli Piceno	97,2	28,7	2,8	21,5	57,6	16,4	157,6	66,6



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1996,1997 e 1998

(a) Tassi standardizzati (x 100.000 ab.); morti 5-69 anni; popolazione tipo = popolazione mondiale

TAVOLA 4.12.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Pesaro	0,8		-	2,0
Urbino	4,7		-	5,9
Fano	5,4		-	6,7
Senigallia	4,4		0,6	6,3
Jesi	3,9		1,2	6,4
Fabriano	3,9		-	5,2
Ancona	1,1	1,3	0,6	3,0
Civitanova Marche	2,9		1,7	5,9
Macerata	6,6		1,3	9,2
Camerino	7,8		-	9,1
Fermo	3,8		0,7	5,8
San Benedetto del Tronto	3,4		1,6	6,3
Ascoli Piceno	4,4		1,0	6,7
Media regionale	3,7	1,3	0,7	5,7
Media nazionale	2,3	1,8	1,0	5,1

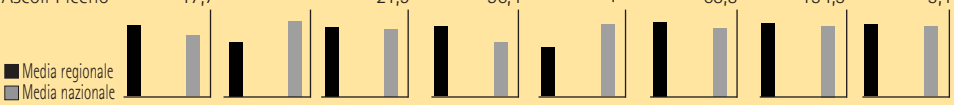
Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. (d)
	Specialità di base	Specialità a media assistenza	Specialità a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez.	
Pesaro	144,4	34,1	9,1	6,7	9,2	78,8
Urbino	490,2	49,1	11,6	20,5	21,7	73,2
Fano	546,7	62,0	21,1	23,4	18,0	78,3
Senigallia	404,4	157,4	23,8	20,1	19,9	79,3
Jesi	445,3	123,0	28,8	19,5	19,1	77,5
Fabriano	366,4	58,8	9,1	26,9	54,0	77,5
Ancona	217,8	42,6	9,1	6,7	26,3	77,7
Civitanova Marche	370,8	93,7	12,8	14,0	100,0	80,9
Macerata	680,3	120,0	37,5	19,0	59,1	72,3
Camerino	777,4	87,7	9,1	27,3	9,2	75,1
Fermo	456,9	62,9	28,0	14,5	21,6	78,2
S. Ben. del Tronto	486,3	92,5	11,1	18,0	19,4	72,0
Ascoli Piceno	458,1	96,1	33,7	17,7	60,1	76,3
Media regionale	418,6	77,9	19,4	15,9	33,4	76,4
Media nazionale	343,6	71,7	22,8	13,3	58,2	76,4

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 1.000 residenti
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS. Inoltre per il complesso delle Aziende ospedaliere si è tenuto conto dell'indice medio regionale di posti letto attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Azienda Usl della regione di appartenenza.
(d) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)

TAVOLA 4.12.5. Medici e Infermieri dipendenti del Ssn (a)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (b)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Pesaro	5,3		9,5	21,5		33,9	67,6	3,6
Urbino	21,5		25,7	58,1		70,5	137,7	2,7
Fano	15,3		19,5	51,8		64,3	123,9	3,3
Senigallia	17,3		21,5	60,9		73,4	144,4	3,4
Jesi	15,9		20,1	53,9		66,3	125,8	3,3
Fabriano	19,3		23,5	56,9		69,4	138,4	3,0
Ancona	6,5		10,7	22,1		34,5	76,0	3,2
Civitanova Marche	14,8	4,2	19,0	40,8	12,4	53,2	107,4	2,8
Macerata	17,0		21,1	63,4		75,8	146,4	3,6
Camerino	17,1		21,3	65,1		77,6	158,8	3,6
Fermo	13,5		17,7	43,8		56,2	109,4	3,2
S. Ben. del Tronto	13,8		18,0	39,1		51,6	103,6	2,9
Ascoli Piceno	17,7		21,9	56,4		68,8	134,3	3,1



13,6 11,5 4,2 5,8 17,8 17,2 44,6 34,3 12,4 18,2 57,0 52,5 113,2 108,9 3,2 3,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Valori x 10.000 abitanti
(b) Media regionale del personale delle Aziende ospedaliere. Al personale delle Aziende ospedaliere è stato associato un bacino di utenza regionale. Per questo motivo tale personale è stato convenzionalmente attribuito pro-quota a ciascuna delle Aziende Usl della regione.

TAVOLA 4.12.6. Medicina di base

Usl	Scelte per medico (a)	Scelte per pediatra (b)	Prescriz. Farmaceutiche del Ssn per residente (c)	Importo Medio per ricetta (d)
Pesaro	1.055	1.016	5,6	47.400
Urbino	980	1.287	6,1	39.800
Fano	1.030	1.162	5,7	45.100
Senigallia	1.056	1.024	6,2	45.300
Jesi	1.030	1.155	6,4	45.500
Fabriano	1.062	1.061	6,1	38.800
Ancona	1.011	980	6,2	52.100
Civitanova Marche	1.095	1.148	5,6	43.600
Macerata	1.053	1.282	6,1	47.400
Camerino	998	1.868	6,7	42.100
Fermo	1.037	1.127	5,9	39.200
San Benedetto del Tronto	1.119	1.048	5,4	47.000
Ascoli Piceno	1.042	1.108	5,7	46.600

1.041 1.035 1.114 1.202 5,9 5,3 45.626 46.294

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat e Ministero della Salute - Anno 1998

(a) Residenti >14 anni diviso numero dei medici
(b) residenti < 15 anni diviso numero dei pediatri
(c) Numero di ricette
(d) Spesa farmaceutica lorda diviso numero di ricette (lire)

4.13. Lazio

4.13.1. Contesto demografico

Il Lazio ha una popolazione complessiva di 5.248.868 abitanti, ripartita in 12 Aziende sanitarie locali con una dimensione che va dal minimo di 150.592 abitanti, facenti capo all'Asl di Rieti, al massimo di 649.021 abitanti dell'Asl Roma/B (tav. 4.13.1.).
L'analisi della struttura per età della popolazione indica che la quota di giovani (0-14 anni) è di poco inferiore al dato nazionale (14,3 per cento contro il 14,6 per cento); la popolazione di età compresa tra 15 e 64 anni è pari al 69,2 per cento del totale a fronte del dato medio del Paese di 67,9 per cento; infine la quota di persone con più di 64 anni è il 16,6 per cento mentre a livello nazionale si attesta al 17,6 per cento.
Si noti che l'Asl Roma/A è la più "anziana" della regione con il 24,5 per cento di individui con più di 64 anni (valore superiore anche alla media nazionale) e solo il 9,8 per cento di ragazzi fino a 14 anni. L'Asl di Latina presenta, al contrario, la più alta percentuale di giovani fino a 14 anni (16,5 per cento) e solo il 14,1 per cento di anziani, mentre l'Asl Roma/E presenta il maggior numero di abitanti con età compresa tra i 15 ed i 64 anni, pari al 71,5 per cento, immediatamente seguita dall'Asl Roma/D con il 71,3 per cento (tav. 4.13.1.).
La struttura per età della popolazione del Lazio si riverbera negli indici di vecchiaia.
Tale indice risulta pari nella regione al 115,9 per cento, valore inferiore alla media nazionale di 120,6 ed è caratterizzato da una forte variabilità interna: si passa dall'80,6 per cento nell'Asl Roma/E al 251,5 per cento nell'Asl Roma/A.
Anche l'indice di mortalità (9,4 contro il 10,0 per 1.000 abitanti) e di natalità (8,8 a fronte del 9,3 per 1.000 abitanti) sono caratterizzati da una forte variabilità interna.
Il tasso di mortalità presenta punte che vanno da 7,8 per 1.000 abitanti nelle Asl Roma/H e Latina, all'11,5 nell'Asl di Rieti; per il tasso di natalità invece il valore massimo si registra nell'Asl Roma/F (10,5) mentre il tasso più basso si trova nell'Asl di Rieti (7,7).
Il numero di bimbi in età (0-4 anni) per cento donne in età feconda, evidenzia una fecondità regionale analoga a quella nazionale: lo scarto è di 0,8 punti percetuali. Anche questo dato è caratterizzato da una forte variabilità interna: l'Asl Roma A presenta 17,2 bambini di età inferiore a cinque anni, ogni cento donne in età feconda, mentre l'Asl Roma/G ha un tasso di fecondità del 22,8 per cento.
Il Lazio, inoltre, registra in media 2,6 componenti per nucleo familiare, pari al dato medio nazionale; solo le Asl di Roma F con 2,3 componenti e l'Asl di Rieti con 2,5 componenti si attestano a livelli inferiori al dato medio del Paese.
Infine si assiste alla contemporanea presenza nella regione di tassi migratori negativi nelle Asl di Roma/A, B, C, D, E e positivi in tutte le altre Aziende sanitarie locali.

4.13.2. Contesto economico (provinciale)

La situazione di relativo benessere economico del Lazio è evidenziata dall'insieme degli indicatori del contesto economico.
Il tasso di attività regionale, considerando tra la popolazione attiva anche la popolazione anziana, si discosta in misura minima dalla media nazionale (47,3 per cento a fronte del 47,6 per cento nazionale), con variazioni interne che oscillano dal minimo del 43,0 per cento della provincia di Frosinone al massimo del 48,2 per cento della provincia di Roma (tav. 4.13.2.).
Il tasso di disoccupazione totale del Lazio ricalca esattamente la media nazionale dell'11,8 per cento. Nello specifico, il tasso regionale di disoccupazione femminile (15,7 per cento) è inferiore a quello medio nazionale (16,3 per cento), mentre la situazione si inverte per quanto riguarda la popolazione maschile (9,5 per cento regionale a fronte del 9,1 per cento nazionale).
La provincia con più elevato tasso di disoccupazione totale è Viterbo con il 13,7 per cento, di cui il 9,4 per cento maschile e il 21,6 femminile, mentre la situazione migliore si riscontra nella provincia di Rieti, con il 9,6 per cento totale (6,9 per cento maschile e 13,8 per cento femminile).
Sul versante della produzione la situazione è positiva. Il valore aggiunto pro capite (35,3 milioni di lire) supera di circa 4 milioni il valore aggiunto medio del Paese. La provincia più produttiva è Roma con 38,8 milioni di lire, mentre quella meno produttiva è Rieti con 23,0 milioni. Si noti, in particolare, che la provincia di Roma presenta anche un tasso di disoccupazione di poco inferiore alla media nazionale (11,6 per cento a fronte dell'11,8 per cento).
I depositi bancari del Lazio, pari a 20,8 milioni di lire, superano di oltre 3 milioni il dato nazionale, ma i dati interni alla regione evidenziano una forte variabilità: si passa dai 9,3 milioni di lire nella provincia di Frosinone ai 24,9 milioni nella provincia di Roma.

4.13.3. Mortalità evitabile

La mortalità evitabile presenta nel Lazio valori inferiori a quelli medi italiani per i maschi (160,0 morti per cause evitabili per 100.000 abitanti contro 170,9 nazionali), mentre per le femmine si registrano valori superiori (71,9 morti su 100.000 abitanti a fronte dei 70,0 nazionali).
A livello di singole Aziende sanitarie locali esiste tuttavia una certa variabilità: il numero più elevato di morti evitabili maschili (per tutte le cause) lo si registra nell'Asl Roma/F (163,5), quello più basso a Rieti (145,7). Per la popolazione femminile, invece, i decessi evitabili variano dal minimo di 61,6 dell'Asl di Rieti al massimo di 76,6 nelle Asl di Roma/A, B, C, D, E.
Con riferimento alle diverse cause di morte, per la popolazione regionale maschile sono i decessi evitabili con misure di prevenzione primaria a risultare particolarmente alti (100,3 morti per 100.000 abitanti); le morti maschili evitabili con diagnosi precoci e/o diversi approcci terapeutici sono solo 2,5; infine, 57,2 morti maschili per 100.000 abitanti sono da attribuire ad una inadeguata igiene ed assistenza sanitaria. Passando a considerare l'universo femminile, si osserva che i decessi evitabili con misure di prevenzione primaria sono 30,8 per 100.000 abitanti; 21,4 sono i decessi evitabili con diagnosi precoci e 19,7 per 100.000 abitanti sono da attribuire ad una inadeguata igiene ed assistenza (tav. 4.13.3.).
È interessante sottolineare che per le donne i dati regionali assumono, per ciascuna delle cause esaminate, valori superiori alla media nazionale.

A livello di singole Aziende sanitarie locali, il numero di decessi dovuti a carenze nelle misure di prevenzione primaria passa per gli uomini da 105,5 nell'Asl di Latina a 82,2 in quella di Rieti, mentre per le donne va dal minimo di 25,3 decessi nell'Asl di Frosinone a 33,2 nelle cinque Asl di Roma (A, B, C, D, E).
La variabilità dei dati interni è comunque accentuata se guardiamo le altre due cause: diagnosi precoce/terapia e igiene/assistenza sanitaria. Le morti evitabili con diagnosi precoce e terapia vanno: per gli uomini da 3,3 decessi nell'Asl Roma/G a 1,1 a Rieti; per le donne, da 23,2 nelle prime quattro Asl di Roma a 17,0 in quella di Frosinone.
Il numero di decessi maschili legato a scarsa igiene e assistenza sanitaria è tre volte più grande dei risultati per le donne; si passa dai valori minimi di 52,3 decessi maschili (Asl Roma/H) e 14,5 decessi femminili (Asl di Rieti) ai valori massimi di 62,4 nell'Asl di Rieti e 20,9 nell'Asl Roma/G rispettivamente per gli uomini e per le donne.

4.13.4. Rete ospedaliera

Nel Lazio, la dotazione complessiva di posti letto ammonta a 6,2 per 1.000 abitanti; valore notevolmente superiore alla media nazionale che è pari a 5,1 posti letto per 1.000 abitanti. L'Asl Roma/H dispone in totale di 9,4 posti letto, a fronte dei soli 3,8 dell'Asl Roma/B.
A livello complessivo, la quota maggiore di posti letto del Lazio è ubicata in presidi ospedalieri delle Aziende sanitarie locali (2,3 per 1.000 abitanti), mentre i posti letto totali in presidi classificati come Aziende Ospedaliere sono pari a 1,7 (contro 1,8 posti letto nazionali) sempre per 1.000 abitanti.
Per quanto concerne le Aziende sanitarie locali, la quota minore di posti letto è imputabile all'Asl Roma/B (con 0,8 posti letto), mentre quella maggiore all'Asl di Frosinone con 3,8 posti letto. L'offerta di posti letto da parte delle Strutture Private Accreditate è nella regione pari a 2,1 posti letto per 1.000 abitanti a fronte degli 0,9 a livello nazionale: con una oscillazione interna che va dal minimo di Frosinone (0,6 posti letto) al massimo dell'Asl Roma/H (4,4 posti letto) (tav. 4.13.4.).
Per quanto concerne, invece, la struttura dell'offerta, e quindi l'intensità assistenziale, la disponibilità di posti letto per specialità di base è pari a 357,6 posti letto per 100.000 abitanti contro i 343,6 medi in Italia, con punte massime di 478,2 posti letto nell' Asl Roma/E e 209,6 posti letto nell'Asl Roma/B.
A fronte di un livello nazionale di 71,7 posti letto per specialità a media assistenza e di 22,8 posti letto ad elevata assistenza, i valori regionali sono pari rispettivamente a 67,9 e 25,4.
All'interno della Regione, Viterbo presenta il maggior numero di posti letto a media assistenza (106,6 per 100.000 abitanti) mentre l'Asl Roma/F tocca il minimo di 42,7. È l'Asl Roma/C che conquista il primato di maggiore disponibilità di posti letto per specialità ad elevata assistenza, con 35,3 posti letto, a fronte del livello minimo 17,4 posti letto toccato nella Asl Roma/A.
I posti letto di terapia intensiva e subintensiva, sono appena 8,7 nell'Asl Roma/F e 18,1 nell'Asl Roma/C.
I posti letto destinati alla riabilitazione e lungodegenza sono 158,2 per 100.000 abitanti a fronte di una media italiana di 58,2, con una consistente variabilità nei dati interni: si passa da 380,2 posti letto di Roma/H agli 8,6 di Rieti.
Per quel che concerne, infine, il tasso di utilizzazione dei posti letto, questo risulta a livello regionale superiore a quello medio italiano: 81,9 per cento a fronte del 76,4 per cento nazionale.

A livello di singola Azienda Sanitaria Locale, solo l'Asl di Rieti si posiziona ad un livello inferiore a quello medio nazionale (72,1 per cento), mentre il livello massimo interessa l'Asl Roma/H con l'86,3 per cento.

4.13.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn

Il numero complessivo di dipendenti delle Aziende sanitarie locali nella regione Lazio (89,7 per 10.000 abitanti) si colloca al disotto del dato medio nazionale (108,9 per 10.000 abitanti). Quest'ultimo valore è superato solo da tre Aziende sanitarie locali: Roma/A (128,4), Viterbo (112,6) e Rieti (129,3); il valore minimo, di contro, interessa l'Asl Roma/B, che ha 54,9 dipendenti totali per 10.000 abitanti (tav. 4.13.5.).
La ragione di questi valori è, in larga misura, da ricercarsi nella caratteristica della Regione di avere la più alta quota di letti ospedalieri privati accreditati a livello nazionale.
Per quanto concerne il numero di medici dipendenti del Ssn per abitante, esso risulta complessivamente di poco inferiore al dato medio nazionale (16,1 medici per 10.000 abitanti contro 17,2 a livello nazionale). Sono tuttavia presenti notevoli differenze tra le diverse Aziende sanitarie locali, con un'oscillazione che va dal minimo di 11,8 medici per 10.000 abitanti dell'Asl Roma/D, al massimo pari a 22,2 della Asl di Rieti.
Sempre a livello regionale, i medici che operano in presidi classificati come Aziende Ospedaliere sono 3,5 per 10.000 abitanti e, dunque, risultano inferiori alla quota media nazionale di 5,8; di contro i medici operanti nelle Aziende sanitarie locali (compresi i relativi presidi ospedalieri) sono più numerosi rispetto al dato medio nazionale (12,6 contro 11,5 per 10.000 abitanti). Ancora una volta, il valore minimo interessa l'Asl Roma/D (8,3) ed il valore massimo è imputabile all'Asl di Rieti (18,7).
Per quanto concerne il personale infermieristico, l'occupazione appare anch'essa inferiore, e significativamente, a quella nazionale: 41,4 contro 52,5 per 1.000 abitanti; essa è variabile tra le Aziende sanitari locali: il dato più elevato è riscontrabile nell'Asl di Rieti (62,9) ed il più basso nella Asl Roma/B (25,4 infermieri per 1.000 abitanti).
La disponibilità di infermieri in rapporto agli abitanti è sempre inferiore al dato nazionale, sia con riferimento a quelli operanti nelle Aziende Ospedaliere, sia con riferimento alle Aziende sanitarie locali. Relativamente alle Aziende Ospedaliere, abbiamo 9,2 infermieri per 10.000 abitanti a fronte dei 18,2 nazionali; la quota di infermieri appartenenti alle Aziende sanitarie locali del Lazio è, invece, pari a 32,2 per 10.000 abitanti, contro i 34,3 della media nazionale; il valore minimo si registra nell'Asl Roma/B (16,2 per 10.000 abitanti) ed il massimo nell'Asl di Rieti (53,7).
L'indicatore relativo al numero di infermieri per medico si attesta, prevalentemente, a livelli inferiori ai 3,0 infermieri per medico, superato solo dall'Asl Roma/A (3,3); il valore minimo interessa l'Asl Roma/E, con 2,0 infermieri per medico.

4.13.6. Medicina di base

Nella regione Lazio sono 932 gli abitanti adulti residenti per medico di base (contro i 1.035 nazionali) e 1.022 i bambini residenti in età pediatrica (0-14 anni) per medico pediatra, a fronte dei 1.202 registrati nel Paese (tav. 4.13.6.).

Il numero di residenti per medico passa da 765 adulti per medico dell'Asl Roma/A ai 1.028,0 adulti per medico della Roma/H. Per quanto concerne i dati interni al settore pediatrico, la variabilità aumenta: si va dal minimo di 735 bambini per medico pediatra nell'Asl Roma/A al massimo di 1.380 bambini per medico pediatra a Frosinone.

A livello di attività prescrittiva, nella regione Lazio si registra un numero di ricette per assistito esattamente uguale alla media nazionale (5,3 ricette pro-capite in media), anche se ancora una volta le differenze interne tra le diverse Asl sono notevoli: 1,5 ricette mediamente prescritte per singolo assistito nell'Asl Roma/G, a fronte delle 6,6 di Rieti e Roma/B.

Infine, dal punto di vista dell'onere economico si evidenzia un importo medio per ricetta prescritta di lire 49.457, superiore alla media nazionale pari a lire 46.294.

Analizzando i dati ad un maggiore livello di dettaglio, vediamo che a fronte dell'importo minimo di lire 41.700 nell'Asl Roma/H, l'importo massimo è pari a lire 55.200 per ricetta prescritta nell'Asl Roma/E. Si noti che le due Asl prescrivono rispettivamente 5,2 e 5,1 ricette per assistito.

TAVOLA 4.13.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Roma/A	497.737	251,5		
Roma/B	649.021	136,8		
Roma/C	538.448	120,6	9,8	8,4
Roma/D	511.764	115,6		
Roma/E	503.307	80,6		
Roma/F	241.568	90,4	8,2	10,5
Roma/G	408.185	93,2	8,7	9,9
Roma/H	456.319	82,5	7,8	10,2
Viterbo	291.642	146,3	11,2	8,0
Rieti	150.592	156,6	11,5	7,7
Latina	506.947	85,4	7,8	9,4
Frosinone	493.340	110,3	9,8	8,5
Media regionale	437.406	115,9	9,4	8,8
Media nazionale	293.816	120,6	10,0	9,3

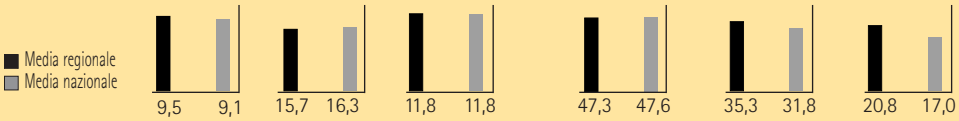
Usl	Bimbi x donna feconda (e)	Numero medio di componenti la famiglia (f)	Tasso migratorio (x 1000) (g)	Popolazione 0-14 anni % su totale	Popolazione 15-64 anni % su totale	Popolazione > 64 anni % su totale
Roma/A	17,2			9,8	65,7	24,5
Roma/B	20,1			13,0	69,3	17,7
Roma/C	20,0	2,6	-0,9	13,2	70,8	16,0
Roma/D	20,5			13,3	71,3	15,4
Roma/E	22,5			15,8	71,5	12,7
Roma/F	22,5	2,3	12,2	15,5	70,5	14,0
Roma/G	22,8	2,8	7,3	15,9	69,2	14,9
Roma/H	21,8	2,7	11,4	16,0	70,9	13,2
Viterbo	19,8	2,6	5,8	13,5	66,7	19,8
Rieti	21,3	2,5	4,6	13,8	64,6	21,6
Latina	22,6	2,8	2,8	16,5	69,4	14,1
Frosinone	21,1	2,8	6,0	15,9	66,5	17,6
Media regionale	21,0	2,6	2,9	14,3	69,2	16,6
Media nazionale	21,8	2,6	1,6	14,6	67,9	17,6

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Popolazione media residente 1998
(b) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione (x1.000)
(d) Nati nell'anno diviso popolazione totale residente (x1.000)
(e) Bimbi residenti <5 anni diviso donne in età feconda (15-44 anni)(x 100)
(f) Popolazione diviso numero delle famiglie
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 4.13.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività (d)	Valore aggiunto pro-capite (e)	Depositi bancari pro-capite (e)
Viterbo	9,4	21,6	13,7	43,8	25,8	11,9
Rieti	6,9	13,8	9,6	45,8	23,0	10,6
Roma	9,6	14,9	11,6	48,2	38,8	24,9
Latina	9,9	15,3	11,7	47,6	26,0	10,0
Frosinone	8,7	21,2	13,1	43,0	27,1	9,3

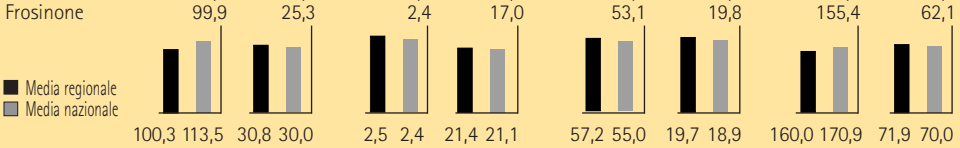


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat, Ancitel e Istituto Tagliacarne - Anno 1998

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi (x100)
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine (x100)
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro (x100)
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore espresso in milioni di lire

TAVOLA 4.13.3. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause (a)

Usl	Prevenz. Primaria Maschi	Prevenz. Primaria Femmine	Diagn. Precoce e Terapia Maschi	Diagn. Precoce e Terapia Femmine	Igiene e Ass. Sanit. Maschi	Igiene e Ass. Sanit. Femmine	Tutte le Cause Maschi	Tutte le Cause Femmine
Roma/A								
Roma/B								
Roma/C	97,6	33,2	2,4	23,2	58,5	20,2	158,5	76,6
Roma/D								
Roma/E								
Roma/F	102,0	26,2	2,4	18,1	59,1	18,6	163,5	62,9
Roma/G	104,3	28,1	3,3	19,1	55,8	20,9	163,4	68,1
Roma/H	103,9	29,4	3,0	18,4	52,3	16,2	159,2	64,0
Viterbo	98,2	26,2	2,8	20,6	57,2	18,5	158,2	65,3
Rieti	82,2	29,8	1,1	17,3	62,4	14,5	145,7	61,6
Latina	105,5	28,4	2,2	21,5	52,7	19,4	160,4	69,3
Frosinone	99,9	25,3	2,4	17,0	53,1	19,8	155,4	62,1



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1996,1997 e 1998

(a) Tassi standardizzati (x 100.000 ab.); morti 5-69 anni; popolazione tipo = popolazione mondiale

TAVOLA 4.13.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Roma/A	1,5		1,7	4,9
Roma/B	0,8		1,3	3,8
Roma/C	2,2		1,2	5,0
Roma/D	1,5		3,5	6,6
Roma/E	2,9		4,0	8,6
Roma/F	1,5	1,7	0,7	4,0
Roma/G	2,5		2,4	6,7
Roma/H	3,4		4,4	9,4
Viterbo	3,4		2,7	7,8
Rieti	3,6		-	5,3
Latina	2,8		2,0	6,5
Frosinone	3,8		0,6	6,1
Media regionale	2,4	1,7	2,2	6,2
Media nazionale	2,3	1,8	1,0	5,1

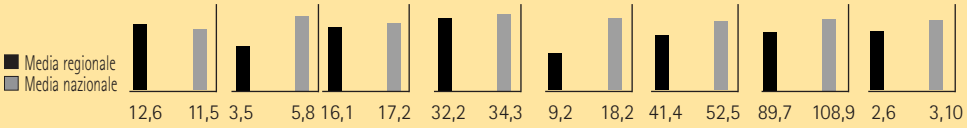
Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. (d)
	Specialità di base	Specialità a media assistenza	Specialità a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez.	
Roma/A	291,0	60,7	17,4	11,2	109,5	80,8
Roma/B	209,6	54,9	22,2	11,9	82,5	85,2
Roma/C	361,0	62,4	35,3	18,1	26,8	78,0
Roma/D	241,5	70,1	18,2	13,1	321,6	85,8
Roma/E	478,2	79,5	23,6	17,4	259,9	80,6
Roma/F	260,7	42,7	20,7	8,7	62,4	77,6
Roma/G	320,8	61,0	24,3	10,9	249,2	82,7
Roma/H	449,1	74,2	24,2	15,9	380,2	86,3
Viterbo	449,4	106,6	27,0	12,7	181,1	79,9
Rieti	416,3	61,5	30,7	14,2	8,6	72,1
Latina	449,5	77,0	32,0	12,1	77,1	78,8
Frosinone	438,8	66,6	31,2	10,7	58,9	82,8
Media regionale	357,6	67,9	25,4	13,3	158,2	81,9
Media nazionale	343,6	71,7	22,8	13,3	58,2	76,4

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 1.000 residenti
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS. Inoltre per il complesso delle Aziende ospedaliere si è tenuto conto dell'indice medio regionale di posti letto attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Azienda Usl della regione di appartenenza.
(d) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)

TAVOLA 4.13.5. Medici e Infermieri dipendenti del Ssn (a)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (b)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Roma/A	15,2		18,8	52,7		61,9	128,4	3,3
Roma/B	8,6		12,2	16,2		25,4	54,9	2,1
Roma/C	12,9		16,4	31,4		40,6	85,4	2,5
Roma/D	8,3		11,8	17,2		26,4	59,2	2,2
Roma/E	11,5		15,0	20,9		30,1	72,2	2,0
Roma/F	9,5		13,0	24,7		33,9	74,7	2,6
Roma/G	12,7	3,5	16,2	36,0	9,2	45,2	97,8	2,8
Roma/H	13,1		16,7	39,4		48,6	102,4	2,9
Viterbo	16,3		19,8	41,9		51,1	112,6	2,6
Rieti	18,7		22,2	53,7		62,9	129,3	2,8
Latina	14,2		17,8	34,8		44,0	94,9	2,5
Frosinone	15,4		19,0	39,3		48,5	108,0	2,6

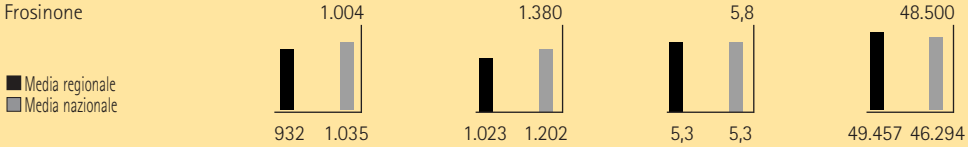


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Valori x 10.000 abitanti
(b) Media regionale del personale delle Aziende ospedaliere. Al personale delle Aziende ospedaliere è stato associato un bacino di utenza regionale. Per questo motivo tale personale è stato convenzionalmente attribuito pro-quota a ciascuna delle Aziende Usl della regione.

TAVOLA 4.13.6. Medicina di base

Usl	Scelte per medico (a)	Scelte per pediatra (b)	Prescriz. Farmaceutiche del Ssn per residente (c)	Importo Medio per ricetta (d)
Roma/A	765	735	5,8	45.600
Roma/B	934	842	6,6	54.600
Roma/C	804	950	6,0	53.300
Roma/D	950	947	4,7	51.600
Roma/E	920	980	5,1	55.200
Roma/F	1.026	1.102	5,5	44.900
Roma/G	1.021	1.103	1,5	46.200
Roma/H	1.028	1.040	5,2	41.700
Viterbo	1.009	1.158	6,1	42.300
Rieti	999	1.093	6,6	46.000
Latina	998	1.270	5,6	51.400
Frosinone	1.004	1.380	5,8	48.500



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat e Ministero della Salute - Anno 1998

(a) Residenti >14 anni diviso numero dei medici
(b) residenti < 15 anni diviso numero dei pediatri
(c) Numero di ricette
(d) Spesa farmaceutica lorda diviso numero di ricette (lire)

4.14. Abruzzo

4.14.1. Contesto demografico

La popolazione della regione ammonta a 1.276.685 residenti, divisi per l'assistenza sanitaria in 6 Asl: solo Pescara (293.473) e Teramo (289.373) sono in linea con il dato nazionale (293.816), le restanti Asl hanno tutte una numerosità inferiore a quella nazionale (tav. 4.14.1.).
La struttura per grandi classi d'età della popolazione mostra che il dato regionale della fascia 0-14 anni è identico a quello nazionale (14,6) mentre, tra le Asl, L'Aquila è quella con una minore presenza di giovani (13,6) e Teramo supera il dato medio regionale attestandosi al 15,1 per cento. Ma la classe d'età che maggiormente si discosta dal dato nazionale (17,6) è quella con più di 64 anni il cui dato medio regionale fa riscontrare un valore del 19,4 per cento. L'analisi della fascia centrale della popolazione (15-64 anni) si presenta abbastanza omogenea tra le Asl, nessuna delle quali, però, raggiunge il valore medio nazionale (67,9).
L'indice di vecchiaia della regione è superiore a quello nazionale (132,1 per cento contro 120,6) e, tra le Aziende Usl, lo scarto con il dato nazionale si fa anche più marcato, registrando a L'Aquila il valore più alto di 151,8.
Il tasso di mortalità, a livello regionale, è in linea con quello medio nazionale (10,2 il primo e 10,0 per 1.000 il secondo); L'Aquila e Sulmona/Avezzano, in particolare, sono le uniche due Asl che superano entrambi i valori, quello regionale e quello nazionale, misurando, rispettivamente, 11,2 e 11,1 per 1.000.
Per quanto concerne il tasso di natalità Pescara (9,4) e Teramo (9,2) sono in linea con il dato nazionale (9,3) mentre l'azienda che registra il valore minimo è Avezzano/Sulmona (7,8).
Con riferimento al numero di bambini per cento donne in età feconda, in linea con il dato nazionale (21,8) troviamo le Asl di Lanciano/Vasto (21,1) e Teramo (21,7); nella Asl di Pescara il valore di questo indice, pari a 22,2, risulta superiore sia al dato nazionale sia a quello regionale (21,3).
La dimensione media dei nuclei familiari della regione (2,8) è superiore a quella media nazionale (2,6); tra le aziende, tutte con valori superiori a quello nazionale, spiccano Teramo e Chieti con ben 3 componenti per famiglia.
Tutte le Aziende Usl dell'Abruzzo sono caratterizzate da flussi positivi del tasso migratorio.

4.14.2. Contesto economico (provinciale)

Quella abruzzese è una realtà economica complessa. Ai bassi tassi di disoccupazione non corrispondono, infatti, né un alto tasso di attività, né un elevato valore aggiunto, tantomeno una consistente disponibilità di ricchezza espressa dai depositi bancari (tav. 4.14.2.).
Analizzando i suddetti indicatori tra le province e confrontandoli con i valori

nazionali emerge che il tasso di disoccupazione regionale 9,1 è inferiore a quello nazionale (11,8) in tutte le province e raggiunge il valore di 8,2 nella provincia di Chieti. Quello maschile, che si attesta a 6,7 per cento, risulta essere inferiore rispetto a quello nazionale. Anche la disoccupazione femminile al 13,3 per cento è inferiore a quella nazionale (16,3); l'unica provincia in linea con il dato nazionale è Teramo: 16,2 per cento.
È sempre a Teramo che troviamo, al contrario di quanto registrato per il tasso di disoccupazione femminile, il più basso tasso di disoccupazione maschile: 5,6 per cento. Le restanti province possiedono tutte tassi inferiori alla media nazionale.
Il tasso di attività, calcolato sulla popolazione di 15 anni e oltre, risulta pari a 45,2 per cento: valore leggermente inferiore a quello medio nazionale (47,6); solo nella provincia di Teramo il tasso è superiore alla media: 48,5.
L'apporto produttivo della regione, misurato attraverso il valore aggiunto pro-capite, risulta inferiore alla media nazionale: si attesta infatti a 27,5 milioni contro i 31,8; esiste una certa disomogeneità tra le province, nessuna delle quali, però, raggiunge il valore nazionale.
I depositi bancari pro-capite sono in media pari a 12,6 milioni, inferiori al dato nazionale di 17,0 milioni: Chieti è la provincia meno ricca con 11,1 milioni di depositi pro-capite.

4.14.3. Mortalità evitabile

Per quanto concerne la mortalità evitabile, che comprende la fascia d'età 5-69 anni, relativa a tutte le cause di morte, per il sesso femminile si registra un valore di 58,6 morti evitabili per 100.000 abitanti, di gran lunga inferiore a quello medio nazionale (70,0); l'Azienda Usl di L'Aquila presenta la situazione più favorevole con sole 54,3 morti evitabili seguita dalla Asl di Teramo (54,8 morti ogni 100.000 abitanti) (tav. 4.14.3.). Gli uomini pur avendo una mortalità evitabile superiore a quella femminile, si attestano a livello regionale a 149,0 morti evitabili contro 170,9 dato nazionale; la Asl di Chieti ha il valore più basso: 133,8 per 100.000 abitanti.
Rispetto alla composizione del dato, la carenza di prevenzione primaria maschile provoca tassi di mortalità superiori a quelli femminili, la media regionale è rispettivamente 93,6 contro 23,3 morti evitabili; tra le Asl Teramo ha il valore più alto 101,1, decessi maschili per centomila, mentre nella Asl di Chieti sono 83,9 ogni 100.000. Sempre riferito agli uomini nessuna Asl raggiunge il valore medio nazionale di 113,5 morti evitabili ogni 100.000 abitanti. Migliore risulta, invece, all'interno delle Asl della regione la situazione femminile, i cui valori si attestano tutti intorno alla media regionale pari a 23,3 e inferiore al dato medio nazionale che misura 3,0.
Le morti attribuibili alla carenza di diagnosi e terapia precoce, risultano per la donna di gran lunga superiori rispetto a quelli maschili (18,2 decessi ogni 100.000 donne contro 1,8 ogni 100.000 uomini). Per quanto riguarda le donne, nella Asl di Pescara i decessi sono superiori alla media nazionale: 22,4 contro 21,1 ogni 100.000 donne.
Delle cause di morte evitabili attribuibili a disfunzioni nelle misure di igiene e assistenza sanitaria, i dati regionali risultano migliori di quelli nazionali sia per gli uomini che per donne: 53,6 decessi ogni 100.000 uomini (55,0 la media nazionale), 17,1 ogni 100.000 donne (18,9 dato nazionale). Tra le Asl spiccano i valori minimi dell'Aquila (12,1) per le donne e Chieti (47,2) per gli uomini.

4.14.4. Rete ospedaliera

L'offerta complessiva di posti letto della regione è pari a 6,2 per 1.000 abitanti; valore considerevolmente superiore alla media nazionale che ammonta a 5,1 posti letto per 1.000 abitanti (tav. 4.14.4.). La Asl più dotata è Chieti (8,4) seguita da L'Aquila (7,7) e Pescara (7,1); il valore più basso si registra nella Asl di Lanciano/Vasto la cui dotazione è di 4,2 posti letto per 1.000 abitanti.
L'Abruzzo non possiede Aziende Ospedaliere, quindi l'offerta di posti letto del Servizio sanitario nazionale è suddivisa tra le strutture ospedaliere delle Asl e gli Istituti privati accreditati, di conseguenza la media regionale dei primi si discosta sensibilmente da quella nazionale (rispettivamente 4,5 contro 2,3 posti letto per 1.000 abitanti). Anche i posti letto delle strutture private accreditate (1,7) sono superiori alla media nazionale (1,0). Tra le Asl spicca L'Aquila per la maggiore dotazione di posti letto (6,8) delle Aziende sanitarie locali; mentre da parte del privato accreditato, Chieti risulta essere quella con più posti letto: 3,7 per 1.000 abitanti. Non ci sono posti letto privati accreditati nelle Asl di Lanciano/Vasto e Teramo.
Il tasso di utilizzazione dei posti letto risulta essere superiore a quello medio italiano: 79,4 per cento a fronte del 76,4 per cento nazionale; a livello di singola Asl, spiccano Teramo e Pescara con tassi superiori all'80 per cento (precisamente 84,1 e 82,1 per cento), il valore più basso lo si registra nella Asl di Lanciano/Vasto (76,4) che coincide con la media nazionale.
Dall'analisi della destinazione dei posti letto per specialità di base, media ed elevata assistenza, terapia intensiva e subintensiva e, infine, riabilitazione e lungodegenza, si riscontra che a livello regionale i valori medi sono in linea con il dato nazionale o sono superiori.
I posti letto per la Specialità di base sono superiori a quelli medi nazionali (rispettivamente 381,8 e 343,6 per 100.000 abitanti) e raggiungono nella Asl Avezzano/Sulmona 483,2 per 100.000 abitanti. Nella Asl di L'Aquila si trovano il maggior numero di posti letto per 100.000 abitanti, dedicati all'attività di media assistenza (153,9 a fronte di 80,8 posti letto regionali). La media regionale della specialità elevata assistenza (22,3) è allineata al dato nazionale (22,8); tra le regioni spiccano i dati relativi alla Asl di Lanciano/Vasto, appena 4,7 posti letto, e a quella di Pescara, dotata di ben 32,0 posti letto per 100.000 abitanti.
Per la terapia intensiva e subintensiva a fronte di una disponibilità nazionale di appena 13,3 posti letto quella regionale ammonta a 17,1; tra le Asl, quella di Chieti presenta il valore massimo di 22,1 i posti letto.
La riabilitazione e lungodengenza ha una media regionale (114,3) superiore a quella nazionale (58,2), tuttavia all'interno delle Asl i valori oscillano da 290,9 posti letto di Chieti a soli 23,9 posti letto per 100.000 abitanti di Lanciano/Vasto.

4.14.5. Medici ed infermieri dipendenti del Ssn

Il personale del Servizio Sanitario Nazionale nella regione Abruzzo è concentrato nelle sole Aziende Usl, non essendo presenti Aziende Ospedaliere (tav. 4.14.5.).
Il numero totale di dipendenti per 10.000 abitanti (113,5) supera quello medio nazionale (108,9); tra le Asl spiccano L'Aquila (141,0) e Chieti (127,2) con un numero di dipendenti di gran lunga superiore al dato nazionale. A livello regionale il numero dei medici, si discosta favorevolmente per l'Abruzzo da quello medio nazionale (rispettivamente 19,0 e 11,5 per 10.000 abitanti), L'Aquila e Chieti si confermano le due Asl con la maggiore disponibilità di medici per abi-

tante: 23,1 e 20,2 per 10.000 abitanti. Anche per quanto concerne il personale infermieristico, l'occupazione appare di gran lunga superiore rispetto a quella nazionale: 54,4 per 10.000 abitanti a livello regionale e 34,3 la media nazionale. Tra le Asl ai primi due posti troviamo sempre L'Aquila con una dotazione pari a 68,6 infermieri (per 10.000 abitanti) seguita da Chieti con 62,0 infermieri per 10.000 abitanti.
La media regionale degli infermieri per medico (2,9) è in linea con quella nazionale (3,0) e solo nelle Asl di Avezzano/Sulmona e Lanciano Vasto si registrano valori inferiori (rispettivamente 2,3 e 2,6 infermieri per medico).

4.14.6. Medicina di base

La disponibilità di medici di base per adulti residenti è in questa regione di poco inferiore alla media nazionale. Di conseguenza, il carico di assistiti per ogni medico è pari a 1.062 contro 1.035 a livello nazionale (tav. 4.14.6.). Tra le Asl si registra una certa disomogeneità; emerge il dato relativo alla Asl Avezzano/Sulmona con 1.112 adulti per medico e quello della Asl di L'Aquila con 1.008 adulti per medico.
Per quanto riguarda i pediatri della regione, il carico medio di bimbi e giovani fino a 14 anni risulta essere inferiore al dato nazionale (rispettivamente 1.120 a fronte di 1.202), anche se non mancano situazioni gravi come nella Asl di Chieti, dove ogni pediatra sopporta il carico di ben 6.446 bambini.
Il numero di ricette per assistito, nella regione, è in linea con quanto registrato a livello nazionale; tra le Asl, al contrario, i dati dell'attività prescrittiva risultano disomogenei: 6,2 ricette per assistito nella Asl di Lanciano/Vasto, solo 3,0 ricette per assistito nella Asl di Chieti a fronte di un dato nazionale di 5,3 ricette.
La spesa media per ricetta, a livello regionale, è di lire 46.485 contro 46.294 della media nazionale; nella Asl di Avezzano/Sulmona si spende di più, ben 49.400 lire, di meno nella Asl di Chieti con appena 37.700 lire a ricetta.

TAVOLA 4.14.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Avezzano/Sulmona	201.337	141,6	11,1	7,8
Chieti	176.701	128,2	9,7	8,5
Lanciano/Vasto	213.145	146,7	10,9	8,3
L'Aquila	102.654	151,8	11,2	8,2
Pescara	293.476	124,3	9,4	9,4
Teramo	289.373	119,7	9,7	9,2
Media regionale	212.781	132,1	10,2	8,7
Media nazionale	293.816	120,6	10,0	9,3

Usl	Bimbi x donna feconda (e)	Numero medio di componenti la famiglia (f)	Tasso migratorio (x 1000) (g)	Popolazione 0-14 anni % su totale	Popolazione 15-64 anni % su totale	Popolazione > 64 anni % su totale
Avezzano/Sulmona	20,5	2,6	1,1	14,4	65,1	20,4
Chieti	20,6	3,0	2,8	14,6	66,7	18,7
Lanciano/Vasto	21,1	2,7	2,5	14,2	64,9	20,9
L'Aquila	20,8	2,6	2,9	13,6	65,8	20,6
Pescara	22,2	2,7	2,6	15,0	66,3	18,7
Teramo	21,7	3,0	3,1	15,1	66,7	18,1
Media regionale	21,3	2,8	2,5	14,6	66,0	19,4
Media nazionale	21,8	2,6	1,6	14,6	67,9	17,6

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Popolazione media residente 1998
(b) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione (x1.000)
(d) Nati nell'anno diviso popolazione totale residente (x1.000)
(e) Bimbi residenti <5 anni diviso donne in età feconda (15-44 anni)(x 100)
(f) Popolazione diviso numero delle famiglie
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 4.14.2. Contesto economico

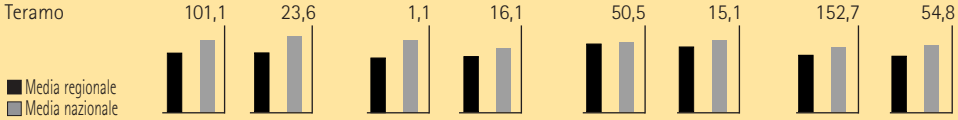
Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività (d)	Valore aggiunto pro-capite (e)	Depositi bancari pro-capite (e)
L'Aquila	7,0	12,7	9,1	42,1	25,2	12,0
Teramo	5,6	16,2	9,7	48,5	27,0	13,7
Pescara	7,8	13,1	9,7	45,6	29,7	13,9
Chieti	6,4	11,4	8,2	45,0	28,1	11,1
Media regionale	6,7	13,3	9,1	45,2	27,5	12,6
Media nazionale	9,1	16,3	11,8	47,6	31,8	17,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat, Ancitel e Istituto Tagliacarne - Anno 1998

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi (x100)
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine (x100)
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro (x100)
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore espresso in milioni di lire

TAVOLA 4.14.3. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause (a)

Usl	Prevenz. Primaria		Diagn. Precoce e Terapia		Igiene e Ass. Sanit.		Tutte le Cause	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Avezzano/Sulmona	95,1	23,1	3,4	18,6	50,5	20,6	149,0	62,3
Chieti	83,9	21,7	2,7	16,6	47,2	20,6	133,8	58,9
Lanciano/Vasto	84,6	23,3	0,8	16,0	55,1	18,3	140,5	57,6
L'Aquila	94,9	23,6	1,3	18,6	62,4	12,1	158,6	54,3
Pescara	98,0	23,7	1,7	22,4	58,5	15,2	158,2	61,3
Teramo	101,1	23,6	1,1	16,1	50,5	15,1	152,7	54,8

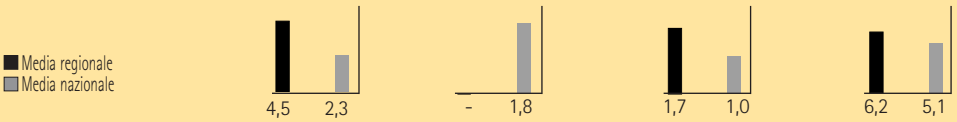


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1996,1997 e 1998

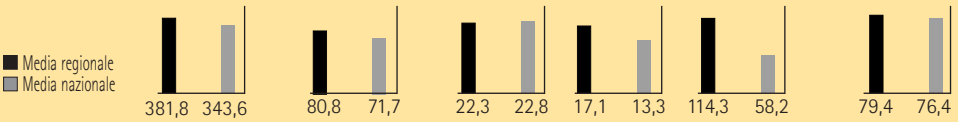
(a) Tassi standardizzati (x 100.000 ab.); morti 5-69 anni; popolazione tipo = popolazione mondiale

TAVOLA 4.14.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Avezzano/Sulmona	4,0	-	2,0	6,0
Chieti	4,8	-	3,7	8,4
Lanciano/Vasto	4,2	-	-	4,2
L'Aquila	6,8	-	1,0	7,7
Pescara	3,8	-	3,4	7,1
Teramo	4,8	-	-	4,8



Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. (d)
	Specialità di base	Specialità a media assistenza	Specialità a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez.	
Avezzano/Sulmona	483,2	62,6	13,4	14,4	26,8	80,2
Chieti	410,8	95,6	23,8	22,1	290,9	79,0
Lanciano/Vasto	305,9	68,0	4,7	14,5	23,9	76,4
L'Aquila	476,4	153,9	25,3	15,6	101,3	66,8
Pescara	354,0	78,8	32,0	21,8	227,0	82,1
Teramo	343,8	69,8	29,7	13,5	24,5	84,1



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 1.000 residenti
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS. Inoltre per il complesso delle Aziende ospedaliere si è tenuto conto dell'indice medio regionale di posti letto attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Azienda Usl della regione di appartenenza.
(d) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)

TAVOLA 4.14.5. Medici e Infermieri dipendenti del Ssn (a)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (b)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Avezzano/Sulmona	18,8	-	18,8	43,5	-	43,5	102,3	2,3
Chieti	20,2	-	20,2	62,0	-	62,0	127,2	3,1
Lanciano/Vasto	18,3	-	18,3	48,4	-	48,4	105,6	2,6
L'Aquila	23,1	-	23,1	68,6	-	68,6	141,0	3,0
Pescara	18,2	-	18,2	54,1	-	54,1	109,9	3,0
Teramo	18,5	-	18,5	57,1	-	57,1	112,9	3,1
Media regionale	19,0	-	19,0	54,4	-	54,4	113,5	2,9
Media nazionale	11,5	5,8	17,2	34,3	18,2	52,5	108,9	3,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Valori x 10.000 abitanti
(b) Media regionale del personale delle Aziende ospedaliere. Al personale delle Aziende ospedaliere è stato associato un bacino di utenza regionale. Per questo motivo tale personale è stato convenzionalmente attribuito pro-quota a ciascuna delle Aziende Usl della regione.

TAVOLA 4.14.6. Medicina di base

Usl	Scelte per medico (a)	Scelte per pediatra (b)	Prescriz. Farmaceutiche del Ssn per residente (c)	Importo Medio per ricetta (d)
Avezzano / Sulmona	1.112	1.163	5,8	49.400
Chieti	1.070	6.446	3,0	37.700
Lanciano / Vasto	1.057	918	6,2	46.600
L'Aquila	1.008	819	5,6	47.900
Pescara	1.026	900	5,9	47.300
Teramo	1.087	1.124	5,6	45.800
Media regionale	1.062	1.120	5,4	46.485
Media nazionale	1.035	1.202	5,3	46.294

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat e Ministero della Salute - Anno 1998

(a) Residenti >14 anni diviso numero dei medici
(b) residenti < 15 anni diviso numero dei pediatri
(c) Numero di ricette
(d) Spesa farmaceutica lorda diviso numero di ricette (lire)

4.15. Molise

4.15.1. Contesto demografico

Il Molise ha una popolazione di 329.437 abitanti, pari allo 0,6 per cento della popolazione italiana, suddivisa per l'assistenza sanitaria in 4 Aziende sanitarie locali.
La più piccola è l'Asl dell'Alto Molise con 14.714 abitanti, mentre la più grande è quella del Centro Molise con 132.843 abitanti.
I dati che descrivono la struttura per età della popolazione hanno forti analogie con il dato nazionale, seppure con una tendenza ad un maggiore invecchiamento: per quanto riguarda la percentuale di bambini residenti (0-14 anni) sul totale della popolazione, sia con riferimento alla quota di anziani: ci sono in Molise il 15,1 per cento di bambini, contro il 14,6 per cento nazionale, mentre la popolazione con più di 65 anni è pari al 20,0 per cento a fronte del 17,6 per cento del Paese (tav. 4.15.1.).
La popolazione con età compresa tra i 15 e i 64 anni è pari al 64,9 per cento del totale a fronte del 67,9 per cento nazionale.
Dall'osservazione dei dati a livello di singole Aziende sanitarie locali, risulta che l'Asl dell'Alto Molise presenta la più bassa percentuale di giovani (13,1 per cento) e di popolazione compresa tra 15 e 64 anni (59,1 per cento) e contemporaneamente la massima percentuale di anziani riscontrata nella regione (27,8 per cento). Viceversa, l'Asl del Basso Molise presenta il 19,1 per cento di popolazione con più di 64 anni e il 66,3 per cento di popolazione compresa tra i 15 e i 64 anni.
Strettamente legato alla struttura per età della popolazione è l'indice di vecchiaia pari al 132,9 per cento a fronte del 120,6 per cento nazionale; l'Asl con il più alto rapporto di anziani e bambini è quella dell'Alto Molise (211,8 per cento) mentre le altre tre Asl non superano il 131,0 per cento.
Anche il tasso di mortalità regionale (10,9 per 1.000 abitanti) è superiore a quello medio nazionale (10,0 per 1.000 abitanti) ed è ancora una volta l'Asl dell'Alto Molise a registrare il valore maggiore (15,4) mentre le altre Asl si attestano a valori prossimi al 10,7.
Il tasso di natalità è inferiore a quello medio complessivo italiano (8,6 a fronte del 9,3) e non presenta significative variazioni nelle diverse Asl della regione. Il dato minimo (7,0 bambini per 1.000 abitanti) si registra nell'Alto Molise, come era lecito aspettarsi.
Infine, il numero di bimbi di età 0-4 anni, per cento donne in età feconda, si allinea, in Molise, ai valori medi nazionali (21,5 contro 21,8 del Paese) e gli stessi dati si mantengono piuttosto stabili se si osserva la situazione di ciascuna delle singole Aziende sanitarie locali.
Anche per quanto riguarda la dimensione del nucleo familiare, il dato regionale si allinea a quello nazionale (2,7 componenti a fronte dei 2,6); il valore massimo (2,8) si registra nella Asl di Pentria.

Il tasso migratorio è negativo nell'Asl dell'Alto Molise (-1,6 per 1.000 abitanti) e nel Centro Molise (-2,3 per 1.000 abitanti); è positivo invece nell'Asl di Pentria (1,3) e in quella del Basso Molise (0,7).

4.15.2. Contesto economico (provinciale)

In Molise tutti gli indicatori economici presi in esame evidenziano una situazione di ritardo nello sviluppo rispetto al resto del Paese.
Il tasso di attività regionale, pari a 45,7 appartenenti alla forza lavoro per cento abitanti, è inferiore alla media nazionale (47,6 per cento). A livello provinciale il tasso di attività passa dal 45,0 per cento nella provincia di Isernia al 46,0 per cento nella provincia di Campobasso (tav. 4.15.2.).
Il tasso di disoccupazione totale, pari al 16,8 per cento, è superiore alla media nazionale (11,8 per cento). Nello specifico, la disoccupazione regionale femminile (23,4 per cento) è doppia rispetto a quella maschile (12,7 per cento). Isernia presenta una situazione occupazionale interna migliore rispetto alla situazione di Campobasso, come mostrano i dati sulla disoccupazione maschile e femminile: il 10,1 per cento degli uomini e il 21,0 per cento delle donne risultano inoccupati nella provincia di Isernia, a fronte rispettivamente del 13,7 per cento e 24,3 per cento nella provincia di Campobasso.
Sul versante della produzione, il valore aggiunto pro-capite del Molise (24,3 milioni di lire) risulta inferiore ai livelli medi nazionali (31,8 milioni). La provincia di Isernia, in particolare, tocca il minimo regionale (22,6 milioni di lire pro-capite).
Anche i dati pro-capite relativi ai depositi bancari sottolineano questa situazione di difficoltà economica della regione: i depositi bancari sono circa la metà del livello medio nazionale (8,9 milioni di lire a fronte dei 17,0 milioni nazionali).
La provincia più ricca è Campobasso con 9,5 milioni pro-capite, mentre Isernia è la provincia con meno disponibilità (7,5 milioni di depositi bancari pro-capite).

4.15.3. Mortalità evitabile

In Molise si registrano 165,7 morti evitabili per il sesso maschile ogni 100.000 abitanti e 70,3 morti per il sesso femminile, contro valori medi nazionali rispettivamente pari a 170,9 e 70,0.
La situazione fra le diverse Aziende sanitarie locali appare, peraltro, piuttosto diversificata.
Il numero di morti evitabili (per tutte le cause) più elevato lo si registra nell'Asl del Centro Molise per gli uomini (169,9 morti per 100.000 abitanti) e nell'Asl del Basso Molise per le donne (80,6); il numero più basso si registra, invece, nell'Alto Molise per gli uomini (120,2 morti ogni 100.000 abitanti) e nell'Asl di Pentria per le donne (55,7) (tav. 4.15.3.).
Con riferimento alle diverse cause, i decessi evitabili con interventi di prevenzione primaria sono inferiori alla media nazionale sia per gli uomini (104,2 morti su 100.000 abitanti contro i 113,5 nazionali) che per le donne (27,6 decessi contro i 30,0 nazionali).
Anche per i decessi evitabili dovuti alla carenza di diagnosi precoce e terapia, i dati del Molise sono inferiori a quelli medi nazionali: 1,2 decessi regionali maschili contro i 2,4 nazionali; 17,7 decessi femminili per 100.000 abitanti contro i 21,1 nazionali.

Il dato regionale relativo alle morti evitabili derivate da carenze nelle misure di igiene ed assistenza sanitaria, è invece superiore a quello medio nazionale sia per gli uomini (60,3 contro 55,0) che per le donne (25,0 a fronte di 18,9).
L'analisi dei dati con riferimento alle diverse Aziende sanitarie locali mette in luce scarti significativi al riguardo. Nel caso dei decessi maschili dovuti a carenze di prevenzione primaria, ad esempio, si va dal minimo di 67,9 decessi per 100.000 abitanti nell'Asl dell'Alto Molise al massimo di 112,8 del Basso Molise. Per quelli femminili, si oscilla da 18,6 decessi dell'Asl di Pentria a 32,8 decessi dell'Asl del Centro Molise, sempre ogni 100.000 abitanti.

4.15.4. Rete ospedaliera

La dotazione complessiva di posti letto di cui dispone la regione Molise (5,3 per 1.000 abitanti) risulta superiore rispetto alla media nazionale di 5,1 posti letto per 1.000 abitanti. A fronte dei 9,9 posti letto presenti nell'Asl dell'Alto Molise, l'Asl del Centro Molise dispone di appena 4,4 posti letto per 1.000 abitanti.
Si evidenzia come la quota maggiore di posti letto (4,7 per 1.000 abitanti) sia ubicata presso i presidi ospedalieri delle Asl (a fronte di un dato nazionale pari a 2,3 per 1.000 abitanti), con una certa variabilità interna: 9,6 posti letto nell'Asl dell'Alto Molise a fronte dei 3,4 del Centro Molise.
Le Aziende Ospedaliere ospitano invece 3,1 posti letto per 1.000 abitanti contro la media nazionale di 1,8 (tav. 4.15.4.).
Per quanto riguarda la struttura dell'offerta, e quindi l'intensità assistenziale, si evidenzia come i dati relativi al Molise risultino superiori alla media italiana con riferimento alla disponibilità di letti per le specialità di base (417,7 per 100.000 abitanti contro 343,6 per 100.000), mentre per la riabilitazione e lungodegenza la situazione è opposta (25,5 posti letto per 100.000 abitanti contro i 58,2 medi in Italia).
In particolare, l'Alto Molise risulta essere da un lato l'Asl con il maggior numero di posti letto per specialità di base (897,1 posti letto) e dall'altro quella con il minor numero di posti letto per riabilitazione e lungodegenza (13,7 posti letto). Il Centro Molise è ancora una volta la Asl con il minor numero di posti letto, in questo caso destinati alle specialità di base (315,4 posti letto).
I valori regionali sono superiori alla media nazionale anche per la terapia intensiva e sub intensiva (15,5 posti letto per 100.000 abitanti contro i 13,3 per 100.000 abitanti rilevati a livello nazionale). I dati massimi interessano l'Asl di Pentria con 33,3 posti letto per terapia intensiva e sub intensiva e l'Asl del Centro Molise con 13,7 posti letto; i dati minimi di contro si registrano nell'Asl dell'Alto Molise (0,9 posti letto per 100.000 abitanti).
Infine, per quanto riguarda il tasso di utilizzazione dei posti letto, esso risulta a livello provinciale superiore a quello medio italiano: 80,5 per cento a fronte del 76,4 per cento nazionale. In questo caso è l'Asl del Centro Molise a registrare il livello maggiore pari all'87,7 per cento.

4.15.5. Medici ed infermieri dipendenti del Ssn

Il Molise ha un numero complessivo di dipendenti delle Aziende Usl pari a 113,3 per 10.000 abitanti, risultando dunque più alto del dato medio nazionale (108,9 ogni 10.000 abitanti). Il dato nazionale è peraltro superato soltanto dall'Azienda Sanitaria Locale dell'Alto Molise, che con 164,5 dipendenti si attesta anche al

livello massimo regionale; il valore minimo, di contro, interessa il Centro Molise con 101,0 dipendenti totali ogni 10.000 abitanti (tav. 4.15.5.).
In dettaglio si può analizzare la composizione regionale del personale medico ed infermieristico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale.
Per quanto concerne il numero di medici dipendenti del Ssn, tutti in Aziende sanitarie locali, esso risulta complessivamente superiore al dato medio nazionale (20,1 medici per 10.000 abitanti a fronte dei 17,2 nazionali). Le quattro Aziende sanitarie locali della regione presentano tutte valori superiori alla media nazionale, con la punta minima di 18,4 dell'Asl del Centro Molise e quella massima pari a 28,5 medici per 10.000 abitanti dell'Alto Molise.
Il dato relativo agli infermieri è analogo a quello medio nazionale (52,3 contro 52,5 per 1.000 abitanti), ma risulta variabile tra le singole Aziende sanitarie locali: 68,6 infermieri ogni 1.000 abitanti nell'Alto Molise e 45,8 nel Centro Molise.
Si contano 52,3 infermieri ogni 10.000 abitanti appartenenti alle quattro Asl del Molise, contro i 34,3 nazionali.
Quest'ultimo valore è superato da tutte le Asl interne; in particolare, si noti il dato relativo all'Asl del Centro Molise (45,8 per 10.000 abitanti) e quello dell'Alto Molise (68,6).
Infine, l'indicatore relativo al numero di infermieri per medico si attesta a livelli inferiori ai 3,0 infermieri per medico: 2,4 infermieri per medico nell'Alto Molise (valore minimo) e 2,8 infermieri per medico nell'Asl di Pentria.

4.15.6. Medicina di base

In Molise, il carico per medico di base si attesta a 1.007 adulti residenti rispetto ad una media nazionale di 1.035 adulti per medico.
I dati relativi alla pediatria sono, al contrario, inferiori al dato nazionale: 1.378 i bambini da 0 a 14 anni residenti per medico pediatra, a fronte di una media nazionale pari a 1.202,4 (tav. 4.15.6.).
Tra le singole Aziende sanitarie locali presenti sul territorio regionale, sono riscontrabili alcune differenze per quanto concerne il numero di adulti residenti per medico: si passa da 913 adulti per medico nell'Alto Molise a 1.087 abitanti adulti per medico.
Maggiori differenze interne si riscontrano nei dati sulla pediatria: sono 1.929 i bambini per pediatra nell'Alto Molise e 1.197 quelli presenti nell'Asl di Pentria.
A livello di attività prescrittiva, sono 5,0 le ricette prescritte mediamente nella regione per singolo assistito, a fronte della media nazionale di 5,3 ricette. I dati variano tra le singole Aziende sanitarie locali: 5,5 ricette per assistito nelle Asl dell'Alto Molise e di Pentria; 4,8 ricette nelle Asl di Centro e Basso Molise.
Infine, dal punto di vista dell'onere economico, la spesa media per ricetta (lire 47.293) è superiore a quella media del Paese (lire 46.294). Nello specifico, si passa da un importo minimo di lire 44.300 per ricetta nell'Asl dell'Alto Molise a quello massimo di lire 50.100 del Basso Molise.

TAVOLA 4.15.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Alto Molise	14.714	211,8	15,4	7,0
Pentria	77.207	128,9	10,7	8,8
Centro Molise	132.843	129,7	10,8	8,6
Basso Molise	104.674	130,6	10,6	8,8
Media regionale	82.359	132,9	10,9	8,6
Media nazionale	293.816	120,6	10,0	9,3

Usl	Bimbi x donna feconda (e)	Numero medio di componenti la famiglia (f)	Tasso migratorio (x 1000) (g)	Popolazione 0-14 anni % su totale	Popolazione 15-64 anni % su totale	Popolazione > 64 anni % su totale
Alto Molise	21,9	2,5	-1,6	13,1	59,1	27,8
Pentria	21,3	2,8	1,3	15,5	64,5	20,0
Centro Molise	21,9	2,7	-2,3	15,4	64,7	19,9
Basso Molise	21,1	2,7	0,7	14,6	66,3	19,1
Media regionale	21,5	2,7	-0,5	15,1	64,9	20,0
Media nazionale	21,8	2,6	1,6	14,6	67,9	17,6

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Popolazione media residente 1998
(b) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione (x1.000)
(d) Nati nell'anno diviso popolazione totale residente (x1.000)
(e) Bimbi residenti <5 anni diviso donne in età feconda (15-44 anni)(x 100)
(f) Popolazione diviso numero delle famiglie
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 4.15.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività (d)	Valore aggiunto pro-capite (e)	Depositi bancari pro-capite (e)
Campobasso	13,7	24,3	17,7	46,0	24,9	9,5
Isernia	10,1	21,0	14,3	45,0	22,6	7,5
Media regionale	12,7	23,4	16,8	45,7	24,3	8,9
Media nazionale	9,1	16,3	11,8	47,6	31,8	17,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat, Ancitel e Istituto Tagliacarne - Anno 1998

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi (x100)
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine (x100)
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro (x100)
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore espresso in milioni di lire

TAVOLA 4.15.3. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause (a)

Usl	Prevenz. Primaria		Diagn. Precoce e Terapia		Igiene e Ass. Sanit.		Tutte le Cause	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Alto Molise	67,9	32,5	-	19,8	52,3	12,5	120,2	64,8
Pentria	99,1	18,6	2,5	19,2	64,7	17,8	166,3	55,6
Centro Molise	112,8	32,8	0,7	15,6	56,4	22,4	169,9	70,8
Basso Molise	102,6	26,3	1,1	18,8	62,5	35,5	166,2	80,6
Media regionale / Media nazionale	104,2 113,5	27,6 30,0	1,2 2,4	17,7 21,1	60,3 55,0	25,0 18,9	165,7 170,9	70,3 70,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1996,1997 e 1998

(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

TAVOLA 4.15.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Alto Molise	9,6		-	9,9
Pentria	6,7	0,3	-	7,0
Centro Molise	3,4		0,7	4,4
Basso Molise	4,3		-	4,6
Media regionale / Media nazionale	4,7 2,3	0,3 1,8	0,3 1,0	5,3 5,1

Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. (d)
	Specialità di base	Specialità a media assistenza	Specialità a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez.	
Alto Molise	897,1	70,6	6,7	0,9	13,7	67,7
Pentria	582,9	49,6	6,7	33,3	29,2	80,0
Centro Molise	315,4	43,3	44,3	13,7	25,0	87,7
Basso Molise	358,3	59,1	11,5	6,6	25,2	76,2
Media regionale / Media nazionale	417,7 343,6	51,0 71,7	23,4 22,8	15,5 13,3	25,5 58,2	80,5 76,4

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 1.000 residenti
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS. Inoltre per il complesso delle Aziende ospedaliere si è tenuto conto dell'indice medio regionale di posti letto attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Azienda Usl della regione di appartenenza.
(d) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)

TAVOLA 4.15.5. Medici e Infermieri dipendenti del Ssn (a)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (b)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Alto Molise	28,5	-	28,5	68,6	-	68,6	164,5	2,4
Pentria	21,9	-	21,9	61,4	-	61,4	129,3	2,8
Centro Molise	18,4	-	18,4	45,8	-	45,8	101,0	2,5
Basso Molise	19,8	-	19,8	51,5	-	51,5	109,9	2,6
Media regionale	20,1	-	20,1	52,3	-	52,3	113,3	2,6
Media nazionale	11,5	5,8	17,2	34,3	18,2	52,5	108,9	3,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Valori x 10.000 abitanti
(b) Media regionale del personale delle Aziende ospedaliere. Al personale delle Aziende ospedaliere è stato associato un bacino di utenza regionale. Per questo motivo tale personale è stato convenzionalmente attribuito pro-quota a ciascuna delle Aziende Usl della regione.

TAVOLA 4.15.6. Medicina di base

Usl	Scelte per medico (a)	Scelte per pediatra (b)	Prescriz. Farmaceutiche del Ssn per residente (c)	Importo Medio per ricetta (d)
Alto Molise	913	1.929	5,5	44.300
Pentria	1.087	1.198	5,5	47.200
Centro Molise	1.004	1.572	4,8	45.500
Basso Molise	972	1.273	4,8	50.100
Media regionale	1.007	1.378	5,0	47.293
Media nazionale	1.035	1.202	5,3	46.294

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat e Ministero della Salute - Anno 1998

(a) Residenti >14 anni diviso numero dei medici
(b) residenti < 15 anni diviso numero dei pediatri
(c) Numero di ricette
(d) Spesa farmaceutica lorda diviso numero di ricette (lire)

4.16. Campania

4.16.1. Contesto demografico

La Campania ha una popolazione di 5.794.739 unità, pari al 10,0 per cento della popolazione italiana, suddivisa per l'assistenza sanitaria in 13 Aziende Usl, la maggior parte delle quali ha una numerosità che supera di gran lunga quella media nazionale di 293.816 cittadini (tav. 4.16.1.). La più popolosa è Napoli/1 con 1.027.977 assistiti, la meno numerosa Avellino/1 con soltanto 172.522.
La popolazione presenta una struttura per età che evidenzia una quota di giovani fino a 14 anni superiore di 5,1 punti percentuali rispetto a quella nazionale; al contrario, la quota di persone con più di 64 anni, è solo il 13,2 per cento della popolazione campana, quando a livello nazionale si registra i1 17,6 per cento. La classe d'età 15-64 anni mostra un valore di poco inferiore a quello nazionale pari a 67,1 contro il 67,9 per cento della popolazione.
Tra le Usl della regione, Napoli/2 e Napoli/3 sono quelle con la percentuale più alta sia di giovani (rispettivamente 22,7 e 23,7 per cento) sia di popolazione compresa nella fascia d'età 15-64 (rispettivamente 68,7 e 68,2 per cento), e più bassa di anziani (8,6 e 8,2 per cento).
I valori degli indici demografici che seguono hanno una stretta correlazione con la struttura per età della popolazione descritta. Infatti, la media regionale dell'indice di vecchiaia (67,1 per cento) è quasi la metà di quella media nazionale (120,6 per 100); tra le Aziende sanitarie locali, Napoli/2 e Napoli/3 confermano, per questo indice, i dati più bassi (rispettivamente 37,9 e 34,4 per cento), mentre le Asl di Benevento e Salerno/3 mostrano valori che si avvicinano a quello nazionale; solo l'Azienda Sanitaria Locale di Avellino/1 supera il valore medio nazionale, attestandosi al 131,9 per cento).
In conseguenza della bassa quota di anziani, anche il tasso di mortalità a livello regionale è inferiore a quello medio nazionale (8,3 contro 10,0 per 1.000) con punte che vanno dal 5,8 per 1.000 rilevato nella Azienda Sanitaria Locale di Napoli/2 al 10,8 di Avellino/1.
Specularmente, il capoluogo campano ha il tasso di natalità più alto d'Italia: il valore massimo si registra nella Asl Napoli/2 (15,1 per 1.000) seguito da Napoli/3 (14,3 per 1.000) e Napoli/4 (13,9 per 1.000); l'indice più basso si trova ancora ad Avellino/1 (8,9 per 1.000), seguito da Salerno/3, (9,3 per 1.000 come la media nazionale).
Il numero di figli della fascia d'età 0-4 anni per cento donne in età feconda, conferma l'alta fecondità nella Regione: nella Asl Napoli/2 si ha una percentuale del 30,5, seguono Napoli/3 e Napoli/4 rispettivamente con il 29,8 e 29,3; le restanti Aziende sanitarie locali presentano tutte valori superiori alla media nazionale di 21,8 bimbi per cento donne.
Un altro primato di questa Regione rispetto al resto del Paese è nella dimensione del nucleo familiare, che vede in media 3,1 componenti, e risulta superiore alla media nazionale di 2,6; il valore di questo indice è eterogeneo in quasi tutte le 13 Aziende sanitarie locali; si registra, comunque, un valore massimo di 3,6 componenti nella Asl Napoli/3.

Il quadro demografico descritto, congiunto a condizioni economiche che denunciano un ritardo nello sviluppo della Regione, spiega il saldo migratorio negativo (-4,5 per 1.000). Nella Usl di Napoli/1 si assiste all'esodo maggiore, pari a –17,0 per 1.000, l'unico polo d'attrazione è Napoli/2 con un saldo positivo pari all'8,4 per mille.

4.16.2. Contesto economico (provinciale)

La regione Campania, come altre regioni del sud Italia, non offre un quadro rassicurante rispetto alla sua situazione economica, pur avendo, dal punto di vista demografico, delle grosse potenzialità, numerosa è, infatti, la forza di lavoro di cui dispone (tav. 4.16.2.).
Il tasso di attività, che rapporta gli appartenenti alle forze lavoro alla popolazione dai 15 anni in su, risulta essere a livello regionale inferiore a quello nazionale (rispettivamente 44,4 e 47,6 per cento) e nella provincia di Napoli si abbassa ulteriormente (43,3 per cento); delle restanti province solo Benevento è in linea con la media nazionale (47,5 per cento).
Il tasso di disoccupazione conferma la situazione critica di questa regione, infatti il valore medio regionale è pari a 23,8 per cento, più del doppio rispetto a quello medio nazionale (11,8 per cento); alla provincia di Napoli, poi, spetta il "primato" negativo 27,4 per cento, seguono la provincia di Caserta (25,4 per cento) e quella di Avellino (20,7 per cento).
L'innalzamento dei livelli occupazionali che ha coinvolto, in questi ultimi anni, soprattutto la componente femminile non trova riscontro nel territorio campano, dove la disoccupazione femminile, tra le più alte d'Italia (32,6 per cento media regionale), raggiunge nella provincia di Napoli il valore del 38,2 per cento.
Di conseguenza, il contributo alla produzione della ricchezza del Paese, misurato attraverso il valore aggiunto, da parte della regione (20,3 milioni) è più basso rispetto a quello medio nazionale (31,8 milioni). Nessuna Provincia si avvicina al dato nazionale; il contributo di Caserta (17,1) risulta essere quello più basso.
I depositi bancari confermano la poca disponibilità di ricchezza della regione (10,3 milioni) rispetto alla media nazionale (17,0 milioni); tra le 5 province, Napoli (11,6 milioni) e Salerno (9,9 milioni) si avvicinano al dato regionale.

4.16.3. Mortalità evitabile

La mortalità evitabile per tutte le cause di morte della regione campana presenta dati superiori a quelli nazionali sia per gli uomini che per le donne: 189,1 decessi ogni 100.000 uomini contro 170,9 media nazionale; 79,5 decessi femminili ogni 100.000 donne contro 70,0 a livello nazionale (tav. 4.16.3.). All'interno delle Asl si assiste a una forte disomogeneità, spesso con valori di gran lunga superiori rispetto a quelli medi nazionali, in alcune Asl i decessi maschili ogni 100.000 abitanti uomini si attestano intorno a valori superiori a 200: Napoli/3 (226,7), Caserta/2 (215,8), Napoli/4 (210,0), Napoli /1 (209,3) e Salerno/1 (207,7). Mentre dati più confortanti e inferiori alla media nazionale si registrano nelle Asl di Avellino/1 (138,4 decessi ogni 100.000 abitanti uomini) e Salerno/3 (150,6).
Equivalente situazione di disomogeneità tra le Asl nel panorama femminile, dove si rileva però una forte variabilità di esiti. Avellino/1 si trova ancora al primo posto per il minor numero di decessi evitabili, appena 53,1 per 100.000 donne, seguita da Salerno/3 con 58,3.
Le morti causate da scarsa prevenzione primaria maschile sono di poco superiore alla

media nazionale (rispettivamente 115,8 e 113,5 morti ogni 100.00 uomini). Spiccano, tra le Asl, alcuni dati: Napoli/3 (142,1) e Caserta/2 (139,2), mentre il minor numero di morti evitabili ogni 100.000 abitanti uomini si registra nelle Asl di Avellino/1 (83,6) e Salerno/3 (91,1). Per quanto concerne le donne la media regionale (31,6) è di poco superiore a quella nazionale (30,0) e molte sono le Asl con valori inferiori o in linea con il dato nazionale.
I valori regionali per la diagnosi precoce e terapia sono in linea con quelli medi nazionali (2,7 morti per cause evitabili ogni 100.000 abitanti di sesso maschile e 21,1 decessi per le donne contro valori nazionali rispettivamente pari a 2,4 e 21,1). Anche in questo caso la situazione nelle 13 Asl è piuttosto diversificata: in riferimento al sesso femminile nelle Asl Napoli/1 e Avellino/2 si hanno i valori estremi pari rispettivamente a 25,6 e 14,3 decessi ogni 100.000 donne; per quanto concerne gli uomini, le Asl di Caserta/2 e Salerno/2 rappresentano la prima il picco più alto 3,8, l'altra quello più basso, 1,5 decessi ogni 100.000 uomini.
I dati che maggiormente si discostano dai valori medi nazionali si riscontrano nelle misure di igiene e assistenza sanitaria, che rappresentano un primato regionale negativo per entrambi i sessi (70,6 morti ogni 100.000 abitanti di sesso maschile e 26,8 decessi femminili contro valori nazionali rispettivamente pari a 55,0 e 18,9).

4.16.4. Rete ospedaliera

La rete ospedaliera campana consta di 4,1 posti letto per 1.000 abitanti; valore di gran lunga inferiore rispetto alla media nazionale che è pari a 5,1 (tav. 4.16.4.).
La maggiore dotazione si riscontra nell'Azienda Usl di Salerno/1 (7,3 posti letto per 1.000 abitanti) sensibilmente superiore al valore medio nazionale, mentre nella Asl Napoli/3 si riscontra il dato minore: solo 1,8 posti letto.
Per quanto concerne i posti letto dei presidi delle Asl e delle Aziende Ospedaliere, il numero medio regionale, per entrambi, risulta inferiore a quello nazionale (1,6 e 1,2 posti letto per 1.000 abitanti contro valori nazionali pari a 2,3 e 1,8).
L'offerta di posti letto da parte del Servizio Sanitario Nazionale nella regione Campania si avvale, in modo consistente, delle strutture private accreditate; nella Asl Avellino/2, ad esempio, l'offerta di posti letto del privato accreditato (3,0) supera l'ammontare di quella messa a disposizione dai presidi delle Asl e delle Aziende Ospedaliere (rispettivamente 0,5 e 1,2 posti letto per 1.000 abitanti).
Analizzando l'offerta dei posti letto dal lato della destinazione, alla specialità di base sono riservati 259,1 posti letto per 100.000 abitanti, ammontare che risulta essere inferiore rispetto a quello nazionale (343,6).
Alla specialità a media assistenza sono destinati a livello nazionale 71,7 posti letto per 100.000 abitati, il dato regionali risulta, in questo caso, superiore e pari a 74,4. Tuttavia forti oscillazioni sono presenti tra le 13 Asl, quella maggiormente dotata è Avellino/2 pari a 132,3 posti letto, mentre la Asl Napoli/3 ne possiede solo 35,6 ogni 100.000 residenti.
Per la specialità a elevata assistenza i posti letto medio regionali sono 25,4, superiori rispetto alla media italiana (22,8); sul territorio regionale il valore varia da un minimo di 15,7, nelle Asl di Avellino/1, Napoli/2 e Napoli/3, fino ad un massimo di 47,9 nella Asl di Salerno/1.
Per quanto riguarda, invece, la terapia intensiva e subintensiva, la Asl Napoli/1 (19,1) possiede un numero di posti letto superiore alla media regionale (11,7), mentre Napoli/3, con appena 4,6 letti per 100.000 abitanti, è quella con una dotazione minore. I posti letto per l'attività di riabilitazione e lungodegenza sono nella regione Campania di gran lunga inferiori a quelli nazionali: rispettivamente 40,9 e

58,2. Anche per i letti destinati a questa specialità si osservano forti oscillazioni tra le Asl, 144,3 posti letto sono quelli che appartengono alla Asl Salerno/1, mentre appena 2,3 posti letto per 100.000 abitanti quelli offerti dalla Asl Napoli/2.

4.16.5. Medici e infermieri dipendenti del Ssn

Il numero complessivo di dipendenti delle Aziende Usl nella regione Campania (90,5 per 10.000 abitanti) si colloca al di sotto del dato medio nazionale (108,9 per 10.000 abitanti) (tav. 4.16.5.). Tra le Asl, solo Napoli/1 (135,3) e Salerno/1 (143,8) superano il dato nazionale; delle restanti Asl ben 8 hanno valori inferiori alla media regionale: Avellino/2 (55,6), Benevento (74,7), Caserta/2 (83,0), Napoli/2 59,4, Napoli/3 (50,7), Napoli/4 (60,7) e Napoli/5 (81,9).
Per quanto concerne il solo personale sanitario, suddiviso in medici e infermieri entrambi per 10.000 abitanti, il dato regionale relativo al totale dei medici (16,5) è in linea con quello nazionale (17,2), mentre per gli infermieri la disponibilità regionale (40,8) si discosta sensibilmente da quella nazionale (52,5).
Dall'analisi di queste due categorie professionali emergono alcuni dati interessanti. La Asl Salerno/1 possiede il più alto numero di medici (25,0), e di infermieri (69,9) per 10.000 abitanti. Analizzando, a livello regionale, l'ubicazione del personale per tipo di struttura (Azienda Usl o Azienda Ospedaliera), i medici e gli infermieri delle Aziende Usl sono rispettivamente 11,7 e 29,7 per 10.000 abitanti, mentre sono dipendenti di Aziende Ospedaliere rispettivamente e 4,8 medici e 11,1 infermieri. Gli infermieri per medico sono 2,5 e nessun dato tra le Asl supera quello medio nazionale di 3,0 infermieri per medico.

4.16.6. Medicina di base

Tutti gli indicatori usati per descrivere l'offerta della medicina di base in Campania risultano a livello regionale superiori ai dati nazionali (tav. 4.16.6.). Per quanto riguarda i medici di famiglia il carico per ognuno di loro è solo di poco superiore alla media nazionale: 1.044 contro 1.035 adulti residenti. Nelle 13 Asl, però, tale numerosità subisce consistenti oscillazioni, si passa da valori inferiori ai 1.000 utenti delle Asl Salerno/1, Napoli/1, Napoli/3, Caserta/1 e Avellino/1 al valore massimo di Napoli/5 che registra ben 1.467 adulti residenti per medico.
Come ricordiamo la popolazione 0-14 in questa regione è la più alta del Paese, di conseguenza anche il carico per i pediatri risulta essere superiore al dato nazionale del 40% circa; la cifra esatta a livello regionale è di 1.699 contro 1.202 dato nazionale. Nessuna Asl ha una numerosità inferiore o in linea con quella nazionale; Napoli/5 registra un valore di 3.088 unità per pediatra.
L'attività prescrittiva delle Asl a livello regionale è di poco superiore alla media nazionale (rispettivamente 5,9 e 5,3 ricette per ogni assistito). Anomalie rispetto alla media regionale si registrano nella Asl di Napoli/1, dove vengono effettuate 8 ricette per assistito, e Napoli/5 in cui sono emesse appena 3,3 ricette per assistito. La spesa media per ricetta è di lire 47.471 nella regione campana, mentre a livello nazionale è di lire 46.294: la Asl Napoli/1 conferma il suo primato anche per l'importo maggiore delle ricette (52.700) seguita da Napoli/2 e Benevento, anch'essi con un importo medio superiore alle 50.000 mila lire. Solo 37.000 è, invece, l'importo medio delle ricette emesse nella Asl di Salerno/1.

TAVOLA 4.16.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Avellino/1	172.522	131,9	10,8	8,9
Avellino/2	268.673	87,4	9,4	10,3
Benevento	294.512	111,9	10,2	9,7
Caserta/1	396.452	69,3	8,5	11,6
Caserta/2	456.960	52,1	7,3	13,0
Napoli/1	1.027.977	80,4	9,8	11,4
Napoli/2	500.746	37,9	5,8	15,1
Napoli/3	393.025	34,4	6,4	14,3
Napoli/4	539.027	43,6	6,7	13,9
Napoli/5	653.257	63,1	8,0	12,2
Salerno/1	266.952	58,4	8,1	12,7
Salerno/2	550.680	84,6	8,5	10,1
Salerno/3	273.956	114,7	9,7	9,3
Media regionale	445.749	67,1	8,3	12,0
Media nazionale	293.816	120,6	10,0	9,3

Usl	Bimbi x donna feconda (e)	Numero medio di componenti la famiglia (f)	Tasso migratorio (x 1000) (g)	Popolazione 0-14 anni % su totale	Popolazione 15-64 anni % su totale	Popolazione > 64 anni % su totale
Avellino/1	24,2	2,8	-4,3	16,4	62,0	21,6
Avellino/2	23,8	2,9	0,8	17,9	66,4	15,7
Benevento	24,4	2,9	-2,5	17,0	64,0	19,0
Caserta/1	27,3	2,9	-0,5	19,5	66,9	13,5
Caserta/2	28,7	3,1	-2,8	21,4	67,5	11,2
Napoli/1	25,5	2,8	-17,0	18,2	67,1	14,7
Napoli/2	30,5	3,3	8,4	22,7	68,7	8,6
Napoli/3	29,8	3,6	-8,7	23,7	68,2	8,2
Napoli/4	29,3	3,3	-0,8	22,3	68,0	9,7
Napoli/5	26,3	3,3	-7,9	19,4	68,4	12,2
Salerno/1	27,6	3,4	-2,5	20,4	67,6	11,9
Salerno/2	24,1	3,0	0,7	17,9	66,9	15,2
Salerno/3	23,1	2,8	-3,0	16,7	64,2	19,1
Media regionale	26,8	3,1	-4,5	19,7	67,1	13,2
Media nazionale	21,8	2,6	1,6	14,6	67,9	17,6

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Popolazione media residente 1998
(b) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione (x1.000)
(d) Nati nell'anno diviso popolazione totale residente (x1.000)
(e) Bimbi residenti <5 anni diviso donne in età feconda (15-44 anni)(x 100)
(f) Popolazione diviso numero delle famiglie
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 4.16.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività (d)	Valore aggiunto pro-capite (e)	Depositi bancari pro-capite (e)
Caserta	20,5	34,8	25,4	43,4	17,1	7,7
Benevento	15,8	18,4	16,8	47,5	19,3	8,6
Napoli	22,8	38,2	27,4	43,3	21,1	11,6
Avellino	15,8	28,6	20,7	46,2	19,4	8,7
Salerno	11,7	24,3	16,1	46,7	20,9	9,9
Media regionale / Media nazionale	19,6 / 9,1	32,6 / 16,3	23,8 / 11,8	44,4 / 47,6	20,3 / 31,8	10,3 / 17,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat, Ancitel e Istituto Tagliacarne - Anno 1998

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi (x100)
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine (x100)
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro (x100)
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore espresso in milioni di lire

TAVOLA 4.16.3. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause (a)

Usl	Prevenz. Primaria Maschi	Prevenz. Primaria Femmine	Diagn. Precoce e Terapia Maschi	Diagn. Precoce e Terapia Femmine	Igiene e Ass. Sanit. Maschi	Igiene e Ass. Sanit. Femmine	Tutte le Cause Maschi	Tutte le Cause Femmine
Avellino/1	83,6	22,5	1,8	17,0	53,0	13,6	138,4	53,1
Avellino/2	98,4	29,0	2,2	14,3	65,9	28,3	166,5	71,6
Benevento	97,3	26,3	2,5	17,8	54,8	24,2	154,6	68,3
Caserta/1	126,3	29,7	1,7	20,5	68,8	30,2	196,8	80,4
Caserta/2	139,2	34,4	3,8	22,8	72,8	29,3	215,8	86,5
Napoli/1	123,7	40,6	3,3	25,6	82,3	29,8	209,3	96,0
Napoli/2	116,6	28,7	3,4	19,2	73,8	24,0	193,8	71,9
Napoli/3	142,1	34,0	3,0	20,6	81,6	30,3	226,7	84,9
Napoli/4	123,6	30,9	2,9	20,1	83,5	32,0	210,0	83,0
Napoli/5	113,1	28,7	2,8	23,6	63,8	25,8	179,7	78,1
Salerno/1	127,9	44,5	1,9	23,3	77,9	30,2	207,7	98,0
Salerno/2	99,8	27,0	1,5	18,1	60,0	20,6	161,3	65,7
Salerno/3	91,1	21,1	1,9	16,0	57,6	21,2	150,6	58,3
Media regionale / Media nazionale	115,8 / 113,5	31,6 / 30,0	2,7 / 2,4	21,1 / 21,1	70,6 / 55,0	26,8 / 18,9	189,1 / 170,9	79,5 / 70,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1996,1997 e 1998

(a) Tassi standardizzati (x 100.000 ab.); morti 5-69 anni; popolazione tipo = popolazione mondiale

TAVOLA 4.16.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Avellino/1	2,6		0,2	4,1
Avellino/2	0,5		3,0	4,8
Benevento	1,6		1,3	4,1
Caserta/1	1,9		1,7	4,8
Caserta/2	1,3		0,9	3,5
Napoli/1	2,4		1,8	5,5
Napoli/2	0,6	1,2	0,3	2,1
Napoli/3	0,2		0,4	1,8
Napoli/4	0,6		1,2	3,1
Napoli/5	1,7		1,0	4,0
Salerno/1	4,5		1,5	7,3
Salerno/2	1,6		1,4	4,2
Salerno/3	2,5		0,7	4,5
Media regionale	1,6	1,2	1,2	4,1
Media nazionale	2,3	1,8	1,0	5,1

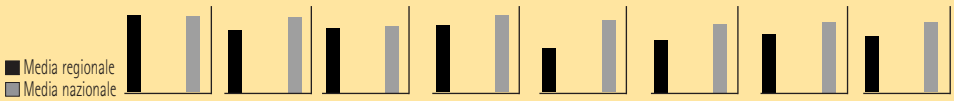
Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. (d)
	Specialità di base	Specialità a media assistenza	Specialità a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez.	
Avellino/1	279,1	66,2	15,7	15,6	30,7	78,9
Avellino/2	242,1	132,3	25,0	13,9	63,7	75,7
Benevento	270,5	46,3	23,8	7,3	63,4	68,4
Caserta/1	319,6	83,1	31,6	10,4	38,9	71,9
Caserta/2	249,8	46,1	20,3	6,1	24,8	74,0
Napoli/1	322,9	113,9	27,6	19,1	64,7	74,9
Napoli/2	145,7	39,5	15,7	10,0	2,3	81,0
Napoli/3	114,4	35,6	15,7	4,6	13,7	77,3
Napoli/4	204,8	51,1	22,0	5,7	26,7	76,3
Napoli/5	266,5	67,1	28,1	9,0	24,6	74,7
Salerno/1	422,6	99,2	47,9	15,1	144,3	77,7
Salerno/2	250,5	82,1	23,5	15,3	45,2	77,4
Salerno/3	302,0	81,4	39,4	16,3	8,5	75,8
Media regionale	259,1	74,4	25,4	11,7	40,9	75,4
Media nazionale	343,6	71,7	22,8	13,3	58,2	76,4

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 1.000 residenti
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS. Inoltre per il complesso delle Aziende ospedaliere si è tenuto conto dell'indice medio regionale di posti letto attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Azienda Usl della regione di appartenenza.
(d) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)

TAVOLA 4.16.5. Medici e Infermieri dipendenti del Ssn (a)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (b)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Avellino/1	13,2		18,0	27,2		38,3	92,9	2,1
Avellino/2	6,7		11,5	11,7		22,8	55,6	2,0
Benevento	7,9		12,7	21,6		32,7	74,7	2,6
Caserta/1	13,8		18,6	34,0		45,1	102,9	2,4
Caserta/2	9,3		14,1	28,4		39,5	83,0	2,8
Napoli/1	18,5		23,3	50,2		61,3	135,3	2,6
Napoli/2	7,8		12,6	15,7		26,7	59,4	2,1
Napoli/3	4,5	4,8	9,3	11,6	11,1	22,6	50,7	2,4
Napoli/4	6,8		11,6	14,9		26,0	60,7	2,2
Napoli/5	10,9		15,7	27,4		38,5	81,9	2,4
Salerno/1	20,2		25,0	58,8		69,9	143,8	2,8
Salerno/2	13,0		17,8	28,3		39,4	94,1	2,2
Salerno/3	13,7		18,5	37,4		48,5	101,3	2,6

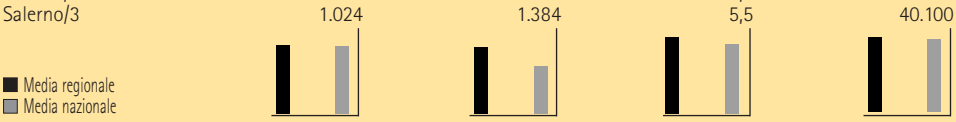


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Valori x 10.000 abitanti
(b) Media regionale del personale delle Aziende ospedaliere. Al personale delle Aziende ospedaliere è stato associato un bacino di utenza regionale. Per questo motivo tale personale è stato convenzionalmente attribuito pro-quota a ciascuna delle Aziende Usl della regione.

TAVOLA 4.16.6. Medicina di base

Usl	Scelte per medico (a)	Scelte per pediatra (b)	Prescriz. Farmaceutiche del Ssn per residente (c)	Importo Medio per ricetta (d)
Avellino/1	988	1.490	5,0	41.500
Avellino/2	1.016	1.927	5,8	49.200
Benevento	1.023	1.789	6,0	50.600
Caserta/1	988	1.985	5,6	44.400
Caserta/2	1.009	1.844	6,3	48.300
Napoli/1	963	1.499	8,0	52.700
Napoli/2	1.035	1.441	5,2	50.700
Napoli/3	983	1.633	6,7	44.100
Napoli/4	1.037	1.482	5,7	48.400
Napoli/5	1.467	3.088	3,3	40.900
Salerno/1	867	1.475	6,9	37.000
Salerno/2	1.144	1.796	5,6	47.600
Salerno/3	1.024	1.384	5,5	40.100



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat e Ministero della Salute - Anno 1998

(a) Residenti >14 anni diviso numero dei medici
(b) residenti < 15 anni diviso numero dei pediatri
(c) Numero di ricette
(d) Spesa farmaceutica lorda diviso numero di ricette (lire)

4.17. Puglia

4.17.1. Contesto demografico

La Puglia ha oltre 4 milioni di abitanti, pari al 7,1 per cento della popolazione italiana, ripartiti tra le 12 Aziende sanitarie locali.
Gli assistiti variano da 215.384 persone nell'Asl Foggia/2 ai 590.387 nella più "affollata" Bari 4. L'analisi dei dati relativi alla struttura per età della popolazione permette di evidenziare una quota di giovani fino a 14 anni superiore al livello medio nazionale (17,7 per cento contro il 14,6 per cento), una quota di persone con età compresa tra 15 e 64 anni pari al 67,7 per cento a fronte del 67,9 per cento nazionale ed una popolazione anziana inferiore alla media nazionale (14,6 per cento contro il 17,6 per cento). L'Asl più "giovane" della Puglia è Bari/3, che si compone per il 20,9 per cento di giovani fino a 14 anni e solo per il 13,1 per cento di anziani; viceversa le Asl di Foggia/3 e Lecce/2 presentano entrambe la percentuale massima di anziani (16,1 per cento).
L'indice di vecchiaia (82,5 per cento) è inferiore a quello medio nazionale (120,6 per cento) ed è caratterizzato da una forte variabilità interna: si passa dal 100,3 per cento nell'Asl Lecce/1 al 62,5 per cento di Bari/3 (tav. 4.17.1.).
Anche il tasso di mortalità regionale è inferiore a quello medio del Paese (8,3 per 1.000 abitanti contro 10,0 nel Paese): è massimo nelle Asl Foggia/1 e Foggia/3 (9,3 per 1.000 abitanti) e minimo nell'Asl Foggia/2 (7,5).
Il tasso di natalità di contro è superiore a quello medio nazionale (10,6 per 1.000 abitanti a fronte del 9,3 nazionale). All'interno della regione, Foggia/2 ha il tasso di natalità più elevato (13,1), mentre Lecce 1 registra il tasso di natalità minimo del 9,3, ricalcando in ogni caso la media nazionale.
Il numero medio di bambini con meno di 5 anni, rapportato a 100 donne in età feconda, è superiore a quello medio nazionale (23,8 contro 21,8 bimbi). Il dato minimo (20,6 bimbi per cento donne) interessa l'Asl Lecce/1, caratterizzata anche da un elevato indice di vecchiaia, mentre il massimo (28,9 bimbi) si registra nell'Asl Bari/3. Il numero medio di componenti la famiglia è di poco superiore a quello nazionale (2,9 componenti a fronte di 2,6); nessuna delle 12 Aziende sanitarie locali pugliesi si attestano, con riferimento a quest'ultimo dato, a livelli inferiori a quelli nazionali: 2,8 componenti nelle Asl di Bari/4 e di Taranto a fronte dei 3,2 componenti nell'Asl di Foggia/2.
Il tasso migratorio è negativo per la maggioranza delle Aziende sanitarie locali della Puglia; fa eccezione l'Asl Bari/5 (6,5 per 1.000), mentre il dato minimo di –1,6 per 1.000 lo si registra nell'Asl Bari/1.

4.17.2. Contesto economico (provinciale)

La situazione economica della regione Puglia, così come emerge dall'analisi degli indicatori utilizzati, si differenzia in negativo rispetto al resto del Paese.

Il tasso di attività, che considera appartenente alle forze lavoro la popolazione di 15 anni ed oltre, risulta pari al 43,5 per cento a fronte del dato nazionale del 47,6 per cento.
I dati provinciali oscillano dal 46,5 per cento (valore massimo) della provincia di Brindisi, al minimo del 40,2 per cento relativo alla provincia di Foggia.
Il tasso di disoccupazione è particolarmente alto: 20,3 per cento a fronte di una media nazionale pari all'11,8 per cento.
I maggiori problemi occupazionali sono presenti nella provincia di Lecce, con il 24,4 per cento di disoccupazione totale (di cui 33,2 per cento femminile e 19,2 per cento maschile), mentre la situazione meno problematica si riscontra nella provincia di Brindisi avente un tasso di disoccupazione pari al 16,2 per cento. Nella provincia di Brindisi la disoccupazione maschile raggiunge il 13,5 per cento contro quella femminile pari al 20,9 per cento (tav. 4.17.2.).
Il dato che misura l'apporto complessivo delle regioni alla produzione di ricchezza nazionale (valore aggiunto pro capite) è notevolmente inferiore della media nazionale (21,4 milioni contro i 31,8 milioni nazionali).
Anche i depositi bancari pro-capite (pari a 10,8 milioni) risultano inferiori al dato nazionale di 17,0 milioni. Le province più "produttive" sono Bari con 24,5 milioni e Taranto con 24,2 milioni; Lecce è la provincia meno "produttiva" con un valore aggiunto pro capite di 17,7 milioni.
Bari risulta essere anche la provincia più "ricca" con 13 milioni di depositi bancari pro capite, mentre Lecce conquista il primato di provincia con meno disponibilità (8,6 milioni).

4.17.3. Mortalità evitabile

La mortalità evitabile (per tutte le cause di morte) presenta in Puglia valori inferiori a quelli nazionali sia per i maschi (157,1 morti per cause evitabili su 100.000 abitanti contro 170,9) che per le donne (65,4 contro 70,0).
Per i decessi evitabili maschili si va dal massimo dell'Asl Foggia/3 (177,6 morti per 100.000 abitanti) al minimo di Bari 5 (129,1); le morti femminili, invece, sono minime presso l'Asl di Bari/5 (53,5) e arrivano a 73,7 morti evitabili per 100.000 abitanti nell'Asl di Foggia/2.
Anche con riferimento alla composizione delle morti evitabili, si evidenziano dati regionali inferiori alla media nazionale.
Sono 104,1 i decessi maschili e 24,6 i decessi femminili (valori per 100.000 abitanti) evitabili con misure di prevenzione primaria, a fronte di valori pari a 113,5 per gli uomini e 30,0 per le donne a livello nazionale.
I dati relativi alle singole Aziende sanitarie locali sono caratterizzati da una forte variabilità interna: si passa da 85,2 decessi maschili per 100.000 abitanti imputabili a carenza di prevenzione primaria nell'Asl Bari/5 a 114,1 nell'Asl Foggia/1; l'oscillazione è minore se guardiamo la popolazione femminile (20,9 morti per 100.000 abitanti nell'Asl Bari/5 contro 28,3 nell'Asl Bari/2).
Le morti evitabili con diagnosi precoci e/o diversi approcci terapeutici sono pari a 2,2 per gli uomini e 20,8 per 100.000 abitanti per le donne, a fronte dei dati nazionali rispettivamente di 2,4 e 21,1; gli scostamenti nei dati interni sono ridotti per i maschi (3,3 nell'Asl Bari/2 a fronte di 1,3 decessi per 100.000 abitanti nell'Asl Bari/3), ma accentuati per le donne (25,3 decessi per 100.000 abitanti nell'Asl Bari/1 contro i 16,2 nell'Azienda sanitaria locale Bari/5).
Infine, per le morti evitabili derivate da carenze nelle misure di igiene e di assistenza sanitaria, per gli uomini il valore regionale è inferiore a quello nazionale

(50,8 per 100.000 abitanti a fronte di 55,0) e raggiunge il minimo nell'Azienda sanitaria locale di Bari/3 con 40,9 decessi maschili evitabili per 100.000 abitanti (tav. 4.17.3.).
Risulta, invece superiore per le donne (in media 20,0 contro 18,9 a livello nazionale). Nelle Asl di Bari/2, Bari/5, Lecce/1 e Lecce/2 che si collocano rispettivamente con 17,3, 16,4, 18,5 e 16,7 decessi femminili evitabili con adeguate misure igieniche contemporaneamente al disotto della media regionale e nazionale.

4.17.4. Rete ospedaliera

La dotazione complessiva di posti letto di cui dispone la Puglia ammonta a 5,1 posti letto per 1.000 abitanti; valore analogo al livello medio nazionale.
I dati evidenziano come la quota maggiore di posti letto (2,8 per 1.000 abitanti contro i 2,3 nazionali) sia ubicata in presidi ospedalieri delle Aziende sanitarie locali. I posti sono distribuiti in maniera poco uniforme tra le varie Asl: quella con il maggior numero di posti letto (5,7 per 1.000 abitanti) è Bari/3, mentre quella di Foggia/3 ne conta appena 0,5.
Con riferimento ai presidi classificati come Aziende Ospedaliere, si rileva un numero medio di posti letto lievemente inferiore alla media nazionale: 1,7 posti letto per 1.000 abitanti contro 1,8 a livello nazionale (tav. 4.17.4.).
Anche l'offerta totale di posti letto da parte di strutture private accreditate è inferiore a quella media nazionale (0,5 posti letto contro i 0,9 nazionali). Passando ad analizzare la struttura dell'offerta, e quindi l'intensità assistenziale, si evidenzia a livello regionale una maggiore disponibilità di letti per specialità di base (369,3 posti letto a fronte dei 343,6 medi del Paese), con punte massime di 463,4 posti letto nella Asl Bari/1 e minime di 224,1 posti letto nella Asl di Foggia/3.
Per le specialità a media ed elevata assistenza, i valori si presentano maggiori alla media italiana: 87,8 posti letto a media assistenza per 100.000 abitanti a fronte dei 71,7 medi in Italia e 28,0 posti letto ad elevata assistenza per 100.000 abitanti contro i 22,8 nazionali.
Per le terapie intensive e sub intensive il dato regionale riproduce esattamente la media nazionale di 13,3 posti letto.
Infine, i posti letto destinati a riabilitazione e lungodegenza sono notevolmente inferiori al dato nazionale (13,0 posti letto per 100.000 abitanti a fronte di una media italiana di 58,2). La Asl con la maggiore disponibilità di questi posti letto è Bari/5 con 32,2 posti letto per 100.000 abitanti, mentre Foggia/3 conta solo 3,1 posti letto per riabilitazione e lungodegenza.
Il tasso di utilizzazione di posti letto risulta a livello regionale pari al 75,4 per cento, quindi inferiore al 76,4 per cento nazionale.

4.17.5. Medici ed infermieri dipendenti del Ssn

Il numero di dipendenti del Ssn, in rapporto alla popolazione residente, delle Aziende sanitarie locali è pari a 91,5 per 10.000 abitanti, valore inferiore al dato nazionale (108,9): il più basso tasso è riscontrabile nell'Asl di Foggia/3 (70,2) ed il più alto nell'Asl Bari/5 (127,2).
Con riferimento alla disponibilità complessiva di medici per 10.000 abitanti, il dato complessivo della regione risulta di poco inferiore a quello medio nazionale (14,5 medici per 10.000 abitanti contro i 17,2 nazionali), con punte di 20,4

medici per 10.000 abitanti nell'Asl Bari/1 (dotazione massima regionale) e di 10,0 medici nell'Asl Foggia/3 (dotazione inferiore alla media nazionale e regionale).
In dettaglio, si osserva che il dato pugliese relativo ai medici occupati nelle Aziende sanitarie locali (9,9 per 10.000 abitanti) sia inferiore della media nazionale (11,5 per 10.000 abitanti). Il valore massimo è stato registrato nell'Asl Bari/1 con 15,7 medici ed il valore minimo nell'Asl Foggia/3 (5,3).
I medici dipendenti delle Aziende Ospedaliere, invece, sono presenti con un rapporto di 4,7 per 10.000 abitanti, più basso, dunque, della media nazionale (5,8).
Per il personale infermieristico, il rapporto con gli abitanti risulta inferiore al dato medio del Paese (42,6 infermieri per 10.000 abitanti contro i 52,5 nazionali), con sensibili discrepanze tra le Asl: si passa dal livello massimo di 61,6 infermieri per 10.000 abitanti dell'Asl Lecce/2, al livello minimo di 29,7 registrato nell'Asl Foggia/3. La stessa situazione si presenta sia con riferimento al personale infermieristico occupato nelle Asl (29,6 infermieri per 10.000 abitanti contro 34,3 nazionali) sia nelle Aziende Ospedaliere (12,9 a fronte di 18,2); se scendiamo nello specifico delle singole Asl, Bari/5 dispone del maggior numero di infermieri (49,6), mentre l'Asl Foggia/3 occupa soltanto 16,8 infermieri per 10.000 abitanti (tav. 4.17.5.).
Passando infine all'indicatore relativo alla disponibilità di infermieri per medico si osserva che tutte le dodici Aziende sanitarie locali della Puglia si attestano a valori prossimi a 3,0; in particolare le Asl di Bari/1, Bari/2 e Bari/3 dispongono di 2,7 infermieri per medico, mentre le Asl di Bari/5, Lecce/1 e Lecce/2 dispongono di 3,0 infermieri per medico.

4.17.6. Medicina di base

La Puglia con 1.032 adulti residenti per medico di base, si attesta ad un livello inferiore alla media nazionale di 1.035.
Nello specifico delle singole Asl, si contano 969 adulti residenti per medico nell'Asl Foggia 1, mentre l'Asl Bari/1 consta di 1.112 adulti per medico.
Considerando la pediatria di base, nella regione sono mediamente 1.225 i bambini (0-14 anni) per medico pediatra; il valore è quindi di poco superiore al dato medio nazionale pari a 1.202 bimbi.
Relativamente alle singole Aziende sanitarie locali i dati variano da 986 bambini per medico pediatra nell'Asl Bari/5 a 1.495 bambini nell'Asl Foggia/2.
Passando all'attività prescrittiva, i dati si allineano alla media nazionale: sono mediamente 5,4 le ricette prescritte per singolo assistito (5,3 a livello nazionale).
Si registra peraltro una certa differenza fra le varie Aziende sanitarie locali: 4,7 ricette per singolo assistito nell'Asl Bari/3, a fronte delle 5,9 di Lecce/1. Si noti che la situazione trova spiegazione nell'aspetto demografico regionale; l'indice di vecchiaia nella Asl di Lecce/1 è il maggiore, mentre quello di Bari/3 è il più basso (tav. 4.17.6.).
Dai dati relativi all'onere economico si osserva che in Puglia l'importo medio per ricetta risulta inferiore a quello rilevato a livello nazionale (lire 45.269 contro lire 46.294), con i picchi dell'Asl Lecce/2 (lire 50.400) e Brindisi (lire 41.400).

TAVOLA 4.17.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Bari/1	241.169	70,6	8,4	11,7
Bari/2	281.202	76,2	7,8	11,1
Bari/3	216.650	62,5	7,6	13,0
Bari/4	590.387	80,5	7,9	9,8
Bari/5	240.774	94,0	8,3	9,7
Brindisi	414.075	83,6	8,4	10,0
Foggia/1	219.833	80,5	9,3	12,0
Foggia/2	215.384	64,9	7,5	13,1
Foggia/3	261.426	96,1	9,3	10,3
Lecce/1	474.565	100,3	8,6	9,3
Lecce/2	343.150	95,0	8,8	10,2
Taranto	589.630	78,6	8,0	10,3
Media regionale	340.687	82,5	8,3	10,6
Media nazionale	293.816	120,6	10,0	9,3

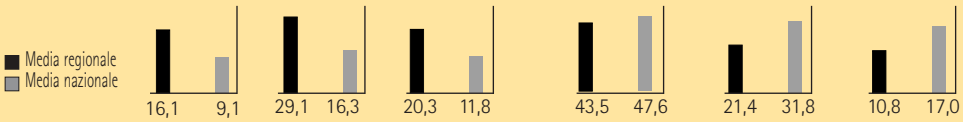
Usl	Bimbi x donna feconda (e)	Numero medio di componenti la famiglia (f)	Tasso migratorio (x 1000) (g)	Popolazione 0-14 anni % su totale	Popolazione 15-64 anni % su totale	Popolazione > 64 anni % su totale
Bari/1	26,7	3,0	-1,6	19,3	67,1	13,6
Bari/2	24,4	3,1	-3,1	17,9	68,5	13,6
Bari/3	28,9	3,1	-0,5	20,9	66,0	13,1
Bari/4	22,8	2,8	-4,2	17,0	69,2	13,7
Bari/5	22,6	2,9	6,5	16,8	67,4	15,8
Brindisi	23,3	3,0	-5,6	17,9	67,1	15,0
Foggia/1	26,5	3,1	-5,0	18,9	65,9	15,2
Foggia/2	27,7	3,2	-6,1	20,1	66,8	13,1
Foggia/3	22,9	3,1	-6,2	16,8	67,1	16,1
Lecce/1	20,6	2,9	-1,7	15,9	68,2	15,9
Lecce/2	23,1	3,0	-1,9	17,0	66,9	16,1
Taranto	23,4	2,8	-4,7	17,7	68,4	13,9
Media regionale	23,8	2,9	-3,2	17,7	67,7	14,6
Media nazionale	21,8	2,6	1,6	14,6	67,9	17,6

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Popolazione media residente 1998
(b) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione (x1.000)
(d) Nati nell'anno diviso popolazione totale residente (x1.000)
(e) Bimbi residenti <5 anni diviso donne in età feconda (15-44 anni)(x 100)
(f) Popolazione diviso numero delle famiglie
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 4.17.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività (d)	Valore aggiunto pro-capite (e)	Depositi bancari pro-capite (e)
Foggia	15,5	29,5	19,3	40,2	18,4	10,8
Bari	15,4	26,2	18,6	43,9	24,5	13,0
Taranto	16,7	35,8	23,1	44,6	24,2	9,0
Brindisi	13,5	20,9	16,2	46,5	18,4	9,4
Lecce	19,2	33,2	24,4	43,5	17,7	8,6

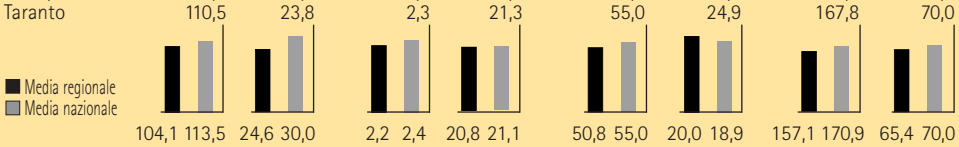


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat, Ancitel e Istituto Tagliacarne - Anno 1998

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi (x100)
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine (x100)
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro (x100)
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore espresso in milioni di lire

TAVOLA 4.17.3. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause (a)

Usl	Prevenz. Primaria Maschi	Prevenz. Primaria Femmine	Diagn. Precoce e Terapia Maschi	Diagn. Precoce e Terapia Femmine	Igiene e Ass. Sanit. Maschi	Igiene e Ass. Sanit. Femmine	Tutte le Cause Maschi	Tutte le Cause Femmine
Bari/1	109,0	26,6	1,6	25,3	46,7	21,1	157,3	73,0
Bari/2	91,3	28,3	3,3	20,8	47,3	17,3	141,9	66,4
Bari/3	93,7	23,3	1,3	20,4	40,9	19,1	135,9	62,8
Bari/4	94,8	23,8	2,0	22,3	55,4	19,0	152,2	65,1
Bari/5	85,2	20,9	1,5	16,2	42,4	16,4	129,1	53,5
Brindisi	109,0	24,0	2,2	22,9	52,2	19,9	163,4	66,8
Foggia/1	114,1	23,5	2,9	24,5	52,4	20,2	169,4	68,2
Foggia/2	102,4	24,0	2,7	24,3	45,5	25,4	150,6	73,7
Foggia/3	113,9	26,3	2,8	19,3	60,9	21,6	177,6	67,2
Lecce/1	106,5	27,7	1,4	17,3	53,6	18,5	161,5	63,5
Lecce/2	112,8	22,8	2,8	17,8	42,2	16,7	157,8	57,3
Taranto	110,5	23,8	2,3	21,3	55,0	24,9	167,8	70,0



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1996,1997 e 1998

(a) Tassi standardizzati (x 100.000 ab.); morti 5-69 anni; popolazione tipo = popolazione mondiale

TAVOLA 4.17.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Bari/1	4,6		-	6,3
Bari/2	3,4		0,1	5,3
Bari/3	5,7		-	7,4
Bari/4	1,6		1,6	5,0
Bari/5	3,6		0,7	6,0
Brindisi	2,6		0,1	4,5
Foggia/1	2,7	1,8	-	4,5
Foggia/2	3,4		0,2	5,3
Foggia/3	0,5		0,8	3,0
Lecce/1	2,6		0,4	4,7
Lecce/2	4,6		-	6,3
Taranto	2,0		0,8	4,6
Media regionale	2,8	1,8	0,5	5,1
Media nazionale	2,3	1,8	1,0	5,1

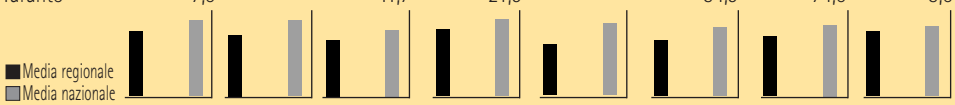
Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. (d)
	Specialità di base	Specialità a media assistenza	Specialità a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez.	
Bari/1	463,4	91,9	41,9	18,8	18,9	70,5
Bari/2	355,0	117,8	33,9	13,0	12,3	72,4
Bari/3	502,6	156,2	46,9	19,1	18,8	76,1
Bari/4	370,2	74,7	33,2	15,8	8,8	68,5
Bari/5	450,3	76,6	27,4	16,7	32,2	74,1
Brindisi	316,1	81,8	25,5	8,0	15,4	72,1
Foggia/1	323,6	79,0	26,0	8,0	8,6	66,4
Foggia/2	382,8	92,7	22,0	17,8	17,0	76,6
Foggia/3	224,1	50,1	18,3	8,0	3,1	73,8
Lecce/1	354,6	76,2	21,9	10,7	5,8	70,8
Lecce/2	448,5	124,5	27,0	22,3	8,3	73,5
Taranto	333,9	74,8	22,5	8,0	16,2	72,8
Media regionale	369,3	87,8	28,0	13,3	13,0	72,1
Media nazionale	343,6	71,7	22,8	13,3	58,2	76,4

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 1.000 residenti
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS. Inoltre per il complesso delle Aziende ospedaliere si è tenuto conto dell'indice medio regionale di posti letto attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Azienda Usl della regione di appartenenza.
(d) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)

TAVOLA 4.17.5. Medici e Infermieri dipendenti del Ssn (a)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (b)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Bari/1	15,7		20,4	41,0		54,0	115,3	2,7
Bari/2	12,9		17,6	34,3		47,2	105,2	2,7
Bari/3	7,4		12,1	19,9		32,9	75,0	2,7
Bari/4	7,3		12,0	21,8		34,8	82,5	2,9
Bari/5	15,2		19,9	49,6		62,6	127,2	3,1
Brindisi	9,3	4,7	14,0	29,5	12,9	42,4	87,0	3,0
Foggia/1	9,0		13,7	24,7		37,6	80,2	2,8
Foggia/2	7,2		11,9	21,8		34,8	73,7	2,9
Foggia/3	5,3		10,0	16,8		29,7	70,2	3,0
Lecce/1	10,7		15,3	34,1		47,0	98,8	3,1
Lecce/2	15,5		20,2	48,6		61,6	124,0	3,1
Taranto	7,0		11,7	21,9		34,9	74,0	3,0



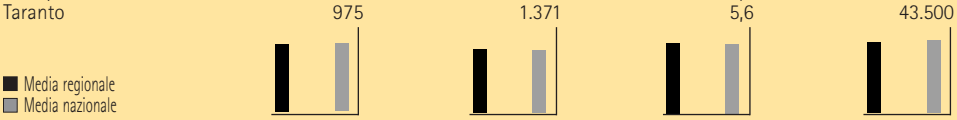
9,9 11,5 4,7 5,8 14,5 17,2 29,6 34,3 12,9 18,2 42,6 52,5 91,5 108,9 2,9 3,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Valori x 10.000 abitanti
(b) Media regionale del personale delle Aziende ospedaliere. Al personale delle Aziende ospedaliere è stato associato un bacino di utenza regionale. Per questo motivo tale personale è stato convenzionalmente attribuito pro-quota a ciascuna delle Aziende Usl della regione.

TAVOLA 4.17.6. Medicina di base

Usl	Scelte per medico (a)	Scelte per pediatra (b)	Prescriz. Farmaceutiche del Ssn per residente (c)	Importo Medio per ricetta (d)
Bari/1	1.112	1.329	5,2	46.100
Bari/2	1.045	1.198	4,9	45.700
Bari/3	1.051	1.162	4,7	46.500
Bari/4	1.056	1.130	5,4	50.300
Bari/5	1.066	986	5,3	44.700
Brindisi	1.052	1.279	5,2	41.400
Foggia/1	969	1.297	5,0	41.500
Foggia/2	1.012	1.495	5,4	43.200
Foggia/3	1.003	1.330	5,6	44.000
Lecce/1	1.026	1.048	5,9	43.300
Lecce/2	1.063	1.295	5,6	50.400
Taranto	975	1.371	5,6	43.500



1.032 1.035 1.225 1.202 5,4 5,3 45.269 46.294

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat e Ministero della Salute - Anno 1998

(a) Residenti >14 anni diviso numero dei medici
(b) residenti < 15 anni diviso numero dei pediatri
(c) Numero di ricette
(d) Spesa farmaceutica lorda diviso numero di ricette (lire)

4.18. Basilicata

4.18.1. Contesto demografico

La popolazione della Basilicata è di 609.092 abitanti, pari al 1,1 per cento della popolazione italiana ed è ripartita in 5 Aziende Usl che presentano una dimensione media di 121.818 residenti: meno della metà della dimensione media delle Aziende Usl a livello nazionale (293.816 cittadini). L'Azienda Usl con il numero più alto di assistiti è quella di Potenza con 222.458, quella di dimensioni più ridotte è Lagonegro con soltanto 80.803 residenti (tav. 4.18.1.).
La struttura per età della popolazione evidenzia una quota di giovani al di sotto dei 14 anni (16,8 per cento) superiore rispetto a quella registrata a livello nazionale (14,6 per cento), mentre appena inferiore al dato nazionale del 17,6 per cento è la quota di persone con più di 64 anni, che rappresenta il 17,1 per cento della popolazione. Valore inferiore a quello italiano (67,9 per cento) anche per la classe dai 15 ai 64 anni che costituisce il 66,1 per cento della popolazione lucana.
Tra le Asl della regione, l'Azienda di Lagonegro presenta la percentuale di popolazione giovanile più bassa a livello regionale (il 15,8 per cento, comunque superiore alla media nazionale) mentre quella con la maggiore presenza di giovani è la Asl di Venosa con il 17,6 per cento. La Asl con una maggiore componente di anziani è quella di Lagonegro con il 19,2 (valore superiore alla media nazionale di 17,6), mentre quella con il minore numero di ultrasessantaquattrenni è Matera con il 15,5 per cento di popolazione.
I valori degli indici di vecchiaia, di mortalità e di natalità rispecchiano la struttura per età della regione. L'indice di vecchiaia regionale pari al 101,6 per cento è minore del dato italiano (120,6 per cento); le Aziende sanitarie locali con una quota di popolazione anziana superiore alla media regionale sono Lagonegro con 121,9 e Potenza con 104,0 per cento. La Asl di Lagonegro, inoltre, coerentemente con il quadro demografico descritto, registra anche il tasso di mortalità più alto, il 10,4 per 1.000, superiore sia al tasso medio regionale pari al 9,3 per 1.000, che a quello nazionale del 10,0 per 1.000. Il tasso di mortalità più basso è invece presente nella Asl di Matera (8,5) che, infatti, registra la percentuale minima di anziani nella regione.
La maggiore presenza di giovani nella Asl di Venosa comporta un tasso di natalità del 10,3 per 1.000, il più alto a livello regionale e superiore al dato medio della Basilicata (9,4 per 1.000); sul versante della fertilità il numero di bimbi per donna feconda a Venosa risulta pari al 24,8 per cento, a fronte di un dato regionale del 22,7 per cento, e nazionale del 21,8. Lagonegro è la Asl meno feconda con 21,9 bambini per donne in età feconda.
Osservando la composizione del nucleo familiare, si evidenzia un numero medio di componenti pari a 2,8, tra i più alti del Paese e di poco superiore al dato italiano di 2,6. La punta più alta è a Matera (3,0 unità) e la più bassa a Lagonegro e Potenza (2,8 unità, comunque in linea con la media regionale). Il tasso migratorio negativo (-4,2 per 1.000) può essere spiegato con un ritardo nello sviluppo eco-

nomico della regione che spinge a cercare lavoro in contesti più favorevoli. È nella Asl di Venosa che si assiste all'esodo maggiore -6,2 per 1.000, quello minore si registra a Matera con -3,0 per 1.000.

4.18.2. Contesto economico (provinciale)

Le due province della regione presentano una situazione economica che si differenzia negativamente rispetto al resto del Paese con riferimento a tutti gli indicatori utilizzati (tav. 4.18.2.), sottolineando un ritardo nello sviluppo economico. Il tasso di attività, che risulta pari al 43,1 per cento (considerando fra i potenzialmente attivi anche la popolazione anziana), è inferiore alla media nazionale del 47,6 per cento, con percentuali di 41,9 a Potenza e 45,4 a Matera. A fronte di una bassa propensione ad offrirsi sul mercato del lavoro dei lucani, esiste un effetto di scoraggiamento testimoniato da un tasso di disoccupazione superiore al dato medio del Paese: 18,1 per cento, rispetto ad una media nazionale pari all'11,8 per cento. Nello specifico, la disoccupazione media regionale femminile è molto alta e pari al 27,4 per cento contro il 16,3 per cento a livello nazionale, ma anche quella maschile è superiore alla media italiana: 13,0 per cento, rispetto al 9,1 per cento medio nazionale. Non si riscontrano profonde differenze nelle due province.
Sul versante della produzione, il valore aggiunto pro-capite risulta molto inferiore alla media nazionale: 21,2 milioni contro i 31,8 della media nazionale, anche in questo caso senza marcate differenze tra le province.
I depositi bancari pro-capite sono in media pari a 9,6 milioni, notevolmente inferiori al dato nazionale di 17,0 milioni: la provincia di Matera è caratterizzata da un lievemente maggiore benessere economico, con 11,0 milioni di depositi pro-capite.

4.18.3. Mortalità evitabile

La mortalità evitabile riferita a tutte le cause di morte presenta valori meno elevati della media nazionale sia per gli uomini che per le donne: si registrano, infatti, 164,8 morti evitabili ogni 100.000 abitanti di sesso maschile e 62,9 femminili a fronte di un valore medio nazionale per uomini e donne rispettivamente pari a 170,9 e a 70,0 per 100.000 abitanti (tav. 4.18.3.).
La situazione si presenta molto diversificata fra le diverse Aziende sanitarie locali: nella Asl di Venosa si registra il numero più basso di morti evitabili maschili con 138,1 per 100.000, mentre quello più elevato è nella Asl di Lagonegro con 179,1 per 100.000, unico valore della regione maggiore del dato nazionale. Per la popolazione femminile, invece, il valore minore si registra nella Asl di Matera (59,9 per 100.000), e il più alto, sempre nella Asl di Lagonegro che con 66,0 morti evitabili ogni 100.000 abitanti, che supera il dato medio italiano.
Scomponendo il dato nelle tre categorie di mortalità evitabile considerate, si evidenzia che i decessi evitabili con adeguati interventi di prevenzione primaria sono 106,7 per 100.000 per gli uomini e 25,2 per le donne, complessivamente più bassi di quelli registrati a livello nazionale (rispettivamente di 113,5 e 30,0 per 100.000).
Le morti evitabili con diagnosi precoci e/o diversi approcci terapeutici sono pari a 1,8 per 100.000 per gli uomini e 15,2 per 100.000 per le donne, con entrambi i valori inferiori alla media nazionale (2,4 per gli uomini e 21,1 per le donne). Si possono, infine attribuire ad una non adeguata igiene ed assistenza sanitaria 56,3 per 100.000 abitanti morti maschili e 22,5 femminili, entrambe superiori ai dati medi del Paese (55,0 per gli uomini e 18,9 per le donne).

4.18.4. Rete ospedaliera

L'offerta totale di posti letto della regione Basilicata è di 4,4 per 1.000 abitanti; valore inferiore alla media nazionale che è pari a 5,1 posti letto per 1.000 abitanti.
In particolare, nei presidi ospedalieri delle Aziende Usl si registra il numero medio di letti per abitante più elevato (2,8) e superiore al dato nazionale: 2,3 posti letto per 1.000 abitanti (tav. 4.18.4.). Tale dotazione risulta però notevolmente diversa tra le diverse Asl e presenta il suo valore minimo nella Asl di Potenza con 1,1 posti letto per 1.000 abitanti e quello massimo nella Asl di Montalbano con un numero di posti letto pari a 4,5 molto superiore al valore nazionale (2,3).
Nelle Aziende Ospedaliere sono ubicati 1,5 posti letto per 1.000 abitanti, con una dotazione inferiore alla media nazionale di 1,8 letti per 1.000 abitanti. Si hanno le strutture private accreditate solo per la Asl di Potenza con un'offerta di posti letto (0,3 per 1.000 abitanti) inferiore alla media del Paese di 0,9.
Considerando l'offerta di posti letto in funzione dell'intensità assistenziale, si evidenzia una dotazione inferiore alla media nazionale per le specialità di base con 332,9 rispetto ai 343,6 posti letto per 100.000 abitanti. Il dato relativo alle diverse Asl è però estremamente variabile: si va da una dotazione minima di 212,5 posti letto nella Asl di Potenza alla punta massima di 505,9 posti letto nella Asl di Montalbano.
Per le specialità a media assistenza, si verifica una situazione analoga, con una dotazione di posti letto (49,6) molto inferiore alla media italiana di 71,7 posti letto per 100.000 abitanti. L'offerta di letti per l'elevata assistenza (34,1) è, al contrario maggiore della media nazionale (22,8) con punta massima a Matera (67,3). Per le terapie intensive e sub intensive (ricordando però che i criteri di classificazione regionale dei posti letto possono incidere sul dato), il valore regionale (7,7) è circa la metà di quello nazionale (13,3), con l'unica eccezione della Asl di Matera che supera la media nazionale con un numero di posti letto pari a 14,7 per 100.000 abitanti.
Si evidenzia inoltre una forte carenza di posti letto per la riabilitazione e lungodegenza, che risultano solo 16,9 per 100.000 abitanti a fronte di una media italiana di 58,2.
Il tasso di utilizzazione dei posti letto a livello regionale risulta inferiore a quello medio del Paese: 70,4 per cento a fronte del 76,4 per cento nazionale; la Asl di Potenza si differenzia dalle altre, per un tasso del 76,1 per cento, in linea con quello italiano.

4.18.5. Medici ed infermieri dipendenti del Ssn

Il numero complessivo di dipendenti delle Aziende Usl, pari a 94,8 per 10.000 abitanti si colloca al di sotto del dato medio nazionale (108,9 per 10.000 abitanti). Quest'ultimo valore è in realtà superato in tutte le Asl della regione all'infuori di quella di Potenza che registra un valore minimo di 56,4 dipendenti per 10.000 abitanti (tav. 4.18.5.).
In particolare si può notare come il numero di medici dipendenti del Ssn per abitante risulta inferiore al valore medio nazionale (15,3 medici per 10.000 abitanti contro 17,2 a livello nazionale). La dotazione di medici nella regione varia tra un minimo di 9,3 medici per 10.000 abitanti nella Asl di Potenza ad un massimo di 20,4 nella Asl di Lagonegro.
Distinguendo tra i medici che operano nelle Aziende Ospedaliere e quelli impiegati nelle Aziende sanitarie locali, le medie regionali rispettivamente di 4,3 e 11,0

risultano minori rispetto ai valori nazionali di 5,8 e di 11,5 per 10.000 abitanti, anche se l'unico valore inferiore alla media nazionale si registra sempre a Potenza con 5,0 medici per 10.000 abitanti.
Anche la disponibilità di personale infermieristico pari a 42,9 per 10.000 abitanti è inferiore alla media nazionale di 52,5 infermieri per 10.000 abitanti: in particolare, nelle diverse Asl, varia tra i 25,4 infermieri di Potenza ai 55,0 della Asl di Lagonegro (superiori alla media nazionale). Sia la dotazione di personale infermieristico operante nelle Aziende Usl che quello impiegato nelle Aziende Ospedaliere risulta inferiore al dato nazionale con 29,8 e 13,0 infermieri per 10.000 abitanti contro 34,3 e 18,3 infermieri registrati nel Paese.
Il numero di infermieri per medico a livello regionale è pari a 2,8 a fronte di 3,0 infermieri per medico secondo il dato nazionale: il valore di questo indice è inferiore alla media del Paese in tutte le Asl lucane (2,7), ad eccezione di Venosa con 3,3 infermieri per medico.

4.18.6. Medicina di base

Il numero di abitanti adulti (residenti) per medico di base è in media di 980, valore inferiore ai 1.035 che si registrano a livello nazionale (tav. 4.18.6.).
Al contrario, con riferimento alla pediatria di base, il valore medio regionale di 1.486 bambini per pediatra risulta superiore a quello riscontrato mediamente in Italia (1.202).
Analizzando i dati relativi alle singole Aziende Usl presenti nel territorio si registra una limitata variabilità del dato per quanto concerne il numero di residenti per medico passando dalla Asl di Lagonegro con 945 adulti per medico a quella di Montalbano con 1.010 per medico.
Maggiori differenze si riscontrano, invece, nei dati sulla pediatria a livello di singole Asl: si registra un numero minimo di bambini per pediatria di 1.096 nella Asl di Matera e un numero notevolmente più alto rispetto alla media regionale nella Asl di Lagonegro, con 3.184 bambini (0-14 anni) per pediatra, non giustificato dalla presenza di una quota elevata di giovani, ma dipendente probabilmente dallo scarso numero di pediatri nel territorio della Asl.
Considerando l'attività prescrittiva, il numero di ricette per assistito è equivalente al valore nazionale (5,3), variando però tra le 4,9 ricette per assistito a Matera e le 5,9 a Lagonegro. Da notare come il numero più elevato di prescrizioni si riscontri nella Asl con il più alto indice di vecchiaia della regione, mentre Matera, con il minor numero di ricette per assistito, presenta anche l'indice di vecchiaia minore.
La spesa media per ricetta prescritta è di lire 44.257, inferiore alla media nazionale (lire 46.294). In dettaglio, si passa da un importo medio di lire 38.400 nella Asl di Lagonegro alle 52.500 lire della Asl di Matera: la prima si caratterizza quindi per un numero più elevato di ricette, ma di basso importo medio; la seconda, al contrario, per un numero minore di ricette, ma di elevato importo medio.

TAVOLA 4.18.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Venosa	98.818	101,6	9,8	10,3
Potenza	222.458	104,0	9,2	9,0
Lagonegro	80.803	121,9	10,4	8,8
Matera	122.684	91,0	8,5	10,1
Montalbano Jonico	84.328	92,5	9,2	9,1
Media regionale	121.818	101,6	9,3	9,4
Media nazionale	293.816	120,6	10,0	9,3

Usl	Bimbi x donna feconda (e)	Numero medio di componenti la famiglia (f)	Tasso migratorio (x 1000) (g)	Popolazione 0-14 anni % su totale	Popolazione 15-64 anni % su totale	Popolazione > 64 anni % su totale
Venosa	24,8	2,9	-6,2	17,6	64,4	17,9
Potenza	22,0	2,8	-3,7	16,6	66,2	17,2
Lagonegro	21,9	2,8	-4,1	15,8	65,0	19,2
Matera	22,6	3,0	-2,6	17,0	67,6	15,5
Montalbano Jonico	22,7	2,9	-5,5	17,4	66,6	16,1
Media regionale	22,7	2,8	-4,2	16,8	66,1	17,1
Media nazionale	21,8	2,6	1,6	14,6	67,9	17,6

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Popolazione media residente 1998
(b) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione (x1.000)
(d) Nati nell'anno diviso popolazione totale residente (x1.000)
(e) Bimbi residenti <5 anni diviso donne in età feconda (15-44 anni)(x 100)
(f) Popolazione diviso numero delle famiglie
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 4.18.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività (d)	Valore aggiunto pro-capite (e)	Depositi bancari pro-capite (e)
Potenza	13,1	28,0	18,4	41,9	21,0	8,9
Matera	12,6	26,3	17,5	45,4	21,6	11,0
Media regionale	13,0	27,4	18,1	43,1	21,2	9,6
Media nazionale	9,1	16,3	11,8	47,6	31,8	17,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat, Ancitel e Istituto Tagliacarne - Anno 1998

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi (x100)
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine (x100)
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro (x100)
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore espresso in milioni di lire

TAVOLA 4.18.3. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause (a)

Usl	Prevenz. Primaria		Diagn. Precoce e Terapia		Igiene e Ass. Sanit.		Tutte le Cause	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Venosa	90,8	28,0	0,7	14,6	46,6	22,7	138,1	65,3
Potenza	106,0	25,3	0,8	19,0	61,5	18,8	168,3	63,1
Lagonegro	120,4	25,4	3,2	11,3	55,5	29,3	179,1	66,0
Matera	107,4	24,6	3,0	11,7	57,8	23,6	168,2	59,9
Montalbano Jonico	111,8	22,6	2,5	15,0	53,4	23,8	167,7	61,4
Media regionale	106,7	25,2	1,8	15,2	56,3	22,5	164,8	62,9
Media nazionale	113,5	30,0	2,4	21,1	55,0	18,9	170,9	70,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1996,1997 e 1998

(a) Tassi standardizzati (x 100.000 ab.); morti 5-69 anni; popolazione tipo = popolazione mondiale

TAVOLA 4.18.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Venosa	3,5		-	5,0
Potenza	1,1		0,3	2,9
Lagonegro	3,2	1,5	-	4,8
Matera	3,9		-	5,4
Montalbano Jonico	4,5		-	6,1
Media regionale	2,8	1,5	0,1	4,4
Media nazionale	2,3	1,8	1,0	5,1

Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. (d)
	Specialità di base	Specialità a media assistenza	Specialità a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez.	
Venosa	388,1	45,0	35,4	10,2	23,8	74,1
Potenza	212,5	37,9	23,3	4,1	8,3	76,1
Lagonegro	336,9	55,5	23,3	7,8	52,0	71,9
Matera	385,0	62,5	67,3	14,7	8,2	63,4
Montalbano Jonico	505,9	61,4	23,3	4,1	10,8	67,5
Media regionale	332,9	49,6	34,1	7,7	16,9	70,4
Media nazionale	343,6	71,7	22,8	13,3	58,2	76,4

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 1.000 residenti
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS. Inoltre per il complesso delle Aziende ospedaliere si è tenuto conto dell'indice medio regionale di posti letto attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Azienda Usl della regione di appartenenza.
(d) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)

TAVOLA 4.18.5. Medici e Infermieri dipendenti del Ssn (a)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (b)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Venosa	11,6		15,9	39,0		52,0	114,4	3,3
Potenza	5,0		9,3	12,4		25,4	56,4	2,7
Lagonegro	16,1	4,3	20,4	42,0	13,0	55,0	118,6	2,7
Matera	15,6		20,0	41,2		54,3	121,3	2,7
Montalbano Jonico	14,5		18,8	36,9		49,9	111,3	2,7

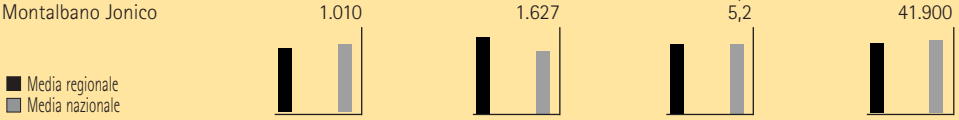
11,0 11,5 4,3 5,8 15,3 17,2 29,8 34,3 13,0 18,2 42,9 52,5 94,8 108,9 2,8 3,0

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Valori x 10.000 abitanti
(b) Media regionale del personale delle Aziende ospedaliere. Al personale delle Aziende ospedaliere è stato associato un bacino di utenza regionale. Per questo motivo tale personale è stato convenzionalmente attribuito pro-quota a ciascuna delle Aziende Usl della regione.

TAVOLA 4.18.6. Medicina di base

Usl	Scelte per medico (a)	Scelte per pediatra (b)	Prescriz. Farmaceutiche del Ssn per residente (c)	Importo Medio per ricetta (d)
Venosa	969	1.453	5,8	43.200
Potenza	982	1.476	5,2	43.800
Lagonegro	945	3.184	5,9	38.400
Matera	989	1.096	4,9	52.500
Montalbano Jonico	1.010	1.627	5,2	41.900



980 1.035 1.486 1.202 5,3 5,3 44.257 46.294

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat e Ministero della Salute - Anno 1998

(a) Residenti >14 anni diviso numero dei medici
(b) residenti < 15 anni diviso numero dei pediatri
(c) Numero di ricette
(d) Spesa farmaceutica lorda diviso numero di ricette (lire)

4.19. Calabria

4.19.1. Contesto demografico

La Calabria ha oltre 2.000.000 di abitanti, (circa il 4,0 per cento della popolazione italiana), ripartiti, per l'assistenza sanitaria, in 11 Aziende Usl, la cui numerosità oscilla tra un minimo di 111.995 assistiti, di Castrovillari, ed i 295.774 della Azienda Usl di Cosenza, solo altre due Aziende Usl superano i 250.000 assistiti: quelle di Catanzaro e Reggio Calabria, (tav. 4.19.1.).
Relativamente alla struttura per età della popolazione, i dati indicano, a livello regionale, un'elevata presenza di popolazione giovane (fino ai 14 anni) rispetto a quella anziana (con più di 64 anni di età), la prima rappresenta, infatti, il 18,0 per cento della popolazione contro il 15,8 per cento di anziani; la popolazione appartenente alla fascia di età 15-64 anni, rappresenta invece il 66,2 per cento, appena inferiore al dato nazionale (67,9).
Tra le Asl della regione, tutte presentano una quota di popolazione giovane superiore alla media nazionale, pari al 14,6 per cento, ma quelle con la percentuale più elevata di giovani, sono Crotone e Palmi, con il 20,1 ed il 20,2 per cento, rispettivamente; entrambe le Asl presentano allo stesso tempo, la percentuale più bassa di popolazione anziana (13,0 e 15,3 per cento); tra le Asl con il minor numero di anziani si colloca anche Rossano con un valore del 14,8 per cento. Le Asl che mostrano invece, la quota minore di giovani sono Paola (16,7 per cento) e Cosenza (16,5 per cento).
La struttura per età della popolazione della Calabria si riflette negli indici demografici regionali. L'indice di vecchiaia medio regionale è pari ad appena l'87,8 per cento, a fronte di una media nazionale del 120,6 per cento, con picchi di 100,5 e 99,4 nelle Aziende Usl di Locri e Paola, mentre la Asl di Crotone presenta il valore più basso della regione, (64,8). Anche il tasso di mortalità è mediamente inferiore a quello nazionale, ed è pari a livello regionale a 8,9 per 1.000 abitanti. A livello di singole Aziende Usl, solo quella di Locri presenta un valore superiore al dato nazionale, pari a 10,5 per 1.000 abitanti.
Relativamente all'indice di natalità, la regione supera, in valore, il dato nazionale: 10,1 per 1.000 contro 9,3; le Asl di Palmi e Crotone sperimentano i tassi più elevati rispettivamente: 12,3 per 1.000 abitanti la prima e 11,3 la seconda, mentre Paola e Castrovillari registrano valori sotto la media, pari per entrambe a 8,9 per 1.000 abitanti. Il dato relativo al numero di bimbi tra gli zero e i 4 anni per donna feconda, è superiore alla media in tutte le Asl della Regione, e particolarmente elevato, si presenta nella Asl di Palmi con 28,2 bimbi ogni 100 donne in età feconda. Riguardo al numero medio di componenti la famiglia, la regione presenta un valore medio tendenzialmente in linea con la media nazionale (2,9 contro 2,6), ad eccezione delle Asl di Crotone (3,1 componenti), Catanzaro (3,0) e Vibo Valentia (3,0). Da evidenziare infine, che il dato sul tasso migratorio, risulta ovunque negativo, evidenziando la presenza di fenomeni di emigrazione, con punte più elevate nella Asl di Rossano (-7,7 per 1.000 abitanti,) e in quella di Crotone (-7,8).

4.19.2. Contesto economico (provinciale)

La situazione economica della regione risulta, comparativamente al resto d'Italia, negativa: tutti gli indicatori economici regionali risultano inferiori ai valori medi nazionali.
Il tasso di attività, che rapporta gli appartenenti alle forze lavoro alla popolazione dai 15 anni in su, si presenta, a livello regionale, pari al 43,1 per cento, con un minimo del 36,2 per cento nella provincia di Crotone ed un massimo del 44,7 per cento nella provincia di Reggio Calabria.
Anche dal punto di vista occupazionale, la situazione della Regione risulta critica: il tasso di disoccupazione totale (26,1 per cento) risulta più del doppio rispetto al dato nazionale, e questo fenomeno interessa tanto la disoccupazione maschile (19,9 per cento) che quella femminile (37,3 per cento). Il problema della disoccupazione è particolarmente forte nella provincia di Catanzaro il cui livello medio è del 28,8 per cento.
Il dato relativo al valore aggiunto pro-capite, conferma la criticità dell'economia regionale, risultando pari a 18 milioni pro-capite, con un valore minimo di 17 milioni nella provincia di Crotone, (tav. 4.19.2.). Contro una media nazionale 17 milioni, anche i depositi bancari, risultano notevolmente inferiori, 8 milioni medi regionali; con un valore minimo di 6 milioni nella provincia di Vibo Valentia.

4.19.3. Mortalità evitabile

La mortalità evitabile in Calabria, presenta valori mediamente inferiori a quelli medi nazionali: con riferimento a tutte le cause di morte, per uomini e donne, è pari, a livello regionale, a 154,0 e a 64,7 per 100.000 abitanti a fronte della media nazionale di 170,9 per gli uomini e di 70,0 per le donne. A livello di singole Asl, la situazione appare abbastanza eterogenea, ma solo le Asl di Crotone, Locri e Palmi presentano valori superiori a quelli medi nazionali (tav. 4.19.3.).
In merito alle diverse cause, si rileva che i decessi evitabili con misure di prevenzione primaria sono 99,4, per 100.000 abitanti, per gli uomini e 25,7 per le donne; mentre i decessi evitabili con diagnosi precoce e/o diversi approcci, terapeutici sono pari a 1,6 per gli uomini e 17,6 per le donne; infine, sono da attribuire ad un'inadeguata igiene e assistenza sanitaria 53,0 morti maschili e ben 21,4 morti femminili a fronte di una media nazionale di 18,9 per 100.000 abitanti. Tra le singole Asl, si evidenziano quella di Lamezia Terme e di Reggio Calabria che presentano i valori più bassi della regione per decessi evitabili, sia maschili che femminili, dovuti a carenze nelle misure di prevenzione primaria; le Asl di Rossano e Catanzaro si distinguono invece, presentando i valori più bassi relativamente ai decessi evitabili (sia maschili che femminili) dovuti ad una carenza di diagnosi precoce e/o terapia (tav. 4.19.3.). Da ultimo, relativamente ai decessi imputabili ad una scarsa igiene e assistenza sanitaria, non si può non notare come i valori medi delle singole Asl siano, relativamente alle morti femminili, tutti superiori alla media italiana con un massimo di 27,7 decessi per 100.000 abitanti nella Asl di Crotone.

4.19.4. Rete ospedaliera

La dotazione complessiva di posti letto, di cui dispone la Calabria ammonta a 4,9 per 1.000 abitanti; valore lievemente inferiore alla media nazionale che è pari a

5,1 posti letto per 1.000 abitanti.
Si evidenzia che la quota maggiore di posti letto è ubicata nei presidi ospedalieri delle Aziende sanitarie locali (2,1 per 1.000 abitanti a fronte di una media italiana di 2,3 letti per 1.000 abitanti). Per quanto concerne i posti letto offerti dalle Aziende Ospedaliere, rileviamo un numero medio di letti per abitante inferiore alla media nazionale: 1,2 per 1.000 abitanti contro 1,8 a livello nazionale (tav. 4.11.4.). Mentre l'offerta di posti letto da parte di strutture private accreditate è superiore a quella media italiana, 1,6 contro 1,0 posti letto per 1.000 abitanti. La disponibilità complessiva di posti letto è uniformemente distribuita tra le singole Asl, e oscilla tra un minimo di 4,2 posti letto per 1.000 abitanti (Asl di Palmi) e 6,7 posti letto per 1.000 abitanti (Asl di Crotone).
Per quanto concerne la struttura dell'offerta, e quindi l'intensità assistenziale, si evidenzia un sostanziale allineamento dei valori regionali con quelli medi italiani, per le specialità di base (pari a 347,2 posti letto per 100.000 abitanti contro i 343,6 medi in Italia), con punte nelle Asl di Paola (474,8) e di Lamezia Terme (466,6).
Per le specialità a media ed elevata assistenza, e per le terapie intensive e sub intensive, i valori si presentano tutti inferiori alla media italiana; in particolare, 62,7 e 22,8 posti letto per 100.000 abitanti, per le specialità a media ed elevata assistenza, contro i 71,7 e 22,8 medi in Italia. Riguardo ai posti letto per la riabilitazione e lungodegenza, risultano pari a 49,5 per 100.000 abitanti a fronte di una media italiana di 58,2. Per quel che concerne il tasso di utilizzazione dei posti letto, questo è, a livello regionale, inferiore, anche se di poco, a quello medio italiano: 75,6 per cento a fronte del 76,4 per cento nazionale, (tav. 4.10.4.) peculiare il fatto che Crotone (la Asl con il maggior numero di posti letto) presenti anche il più basso tasso di utilizzo regionale, appena il 67,1 per cento, mentre le altre Asl, registrano mediamente valori superiori alla media regionale, (tav. 4.19.4.).

4.19.5. Medici ed infermieri dipendenti del Ssn

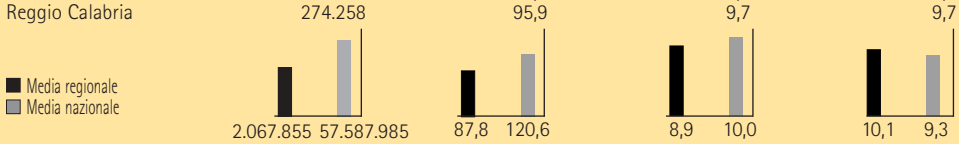
Il numero complessivo di dipendenti delle Aziende Usl della Regione è di 108,7 per 10.000 abitanti, dato praticamente analogo a quello medio nazionale (108,9), con un minimo di 68,6 dipendenti per 10.000 abitanti, nella Asl di Cosenza, ed un massimo di 139,1 in quella di Palmi, (tav. 4.19.5.).
Per quanto concerne il numero di medici dipendenti del Ssn per 10.000 abitanti, questo risulta superiore rispetto al dato nazionale: 18,3 contro 17,2 medici per 10.000 abitanti, a livello nazionale. A livello di Asl i valori più alti si presentano in quella di Vibo Valentia (24,4 medici per 10.000 abitanti), e Palmi, 23,5 medici per 10.000 abitanti. I medici che operano in presidi classificati come Aziende Ospedaliere, sono 5,3 per 10.000 abitanti, in linea la quota media nazionale, mentre i medici impiegati nelle Aziende sanitarie locali sono 14,4 per 10.000 abitanti contro la media nazionale di 11,5.
Per quanto riguarda il personale infermieristico si deve rilevare una tendenza inversa, infatti, vi sono, 43,8 infermieri per 10.000 abitanti contro i 52,5 a livello nazionale; Cosenza risulta l'Azienda Sanitaria con il rapporto minore di infermieri (25,6) seguita da Reggio Calabria (84,3). Gli infermieri impiegati nelle Aziende Ospedaliere sono 12,3 per 10.000 abitanti mentre quelli appartenenti alle Aziende sanitarie locali sono 31,5 per 10.000 abitanti. Anche il numero di infermieri per medico, a livello regionale, è inferiore alla media nazionale (3,0), ed è pari a 2,4.

4.19.6. Medicina di base

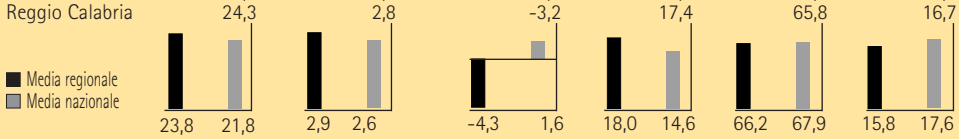
Nella regione il numero di adulti per medico è inferiore a quello che si registra a livello nazionale: 983 adulti per medico di base contro i 1.035, (tav. 4.19.6.).
Situazione contraria si verifica nella pediatria di base: vi sono infatti, mediamente, 1281 bambini (tra 0 e 14 anni) residenti per medico pediatra. Da una analisi dei dati si osserva che il rapporto tra adulti e medici di base, è minore nella Asl di Reggio Calabria (871 adulti per medico) e in quella di Castrovillari (920). Quest'ultima presenta però un numero di bambini per pediatra pari a 1.738.
Riguardo all'attività prescrittiva, il dato regionale è superiore a quello medio nazionale (5,7 ricette per assistito), con un minimo di 5,0 ricette nella Asl di Cosenza ed un massimo in quella di Palmi e Reggio Calabria (6,2). L'importo medio delle ricette è, mediamente, superiore alla media nazionale ed è pari a 47.396 lire, il valore medio più alto si registra nella Asl di Reggio Calabria (51.500 lire) mentre quello minimo in quella di Rossano, in cui l'importo medio delle ricette è di 41.400 lire.

TAVOLA 4.19.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Paola	142.957	99,4	9,4	8,9
Castrovillari	111.995	98,0	9,4	8,9
Rossano	181.326	80,8	8,1	10,4
Cosenza	295.774	95,2	8,1	8,9
Crotone	196.564	64,8	8,0	11,3
Lamezia Terme	131.312	86,1	8,6	9,8
Catanzaro	252.179	90,1	8,7	10,2
Vibo Valentia	178.327	86,8	8,9	10,5
Locri	139.825	100,5	10,5	10,4
Palmi	163.339	75,4	8,8	12,3
Reggio Calabria	274.258	95,9	9,7	9,7



Usl	Bimbi x donna feconda (e)	Numero medio di componenti la famiglia (f)	Tasso migratorio (x 1000) (g)	Popolazione 0-14 anni % su totale	Popolazione 15-64 anni % su totale	Popolazione > 64 anni % su totale
Paola	21,9	2,7	-0,6	16,7	66,6	16,6
Castrovillari	22,5	2,9	-6,2	17,1	66,2	16,7
Rossano	23,9	2,9	-7,7	18,3	67,0	14,8
Cosenza	21,1	2,8	-1,4	16,5	67,9	15,7
Crotone	25,5	3,1	-7,8	20,1	66,9	13,0
Lamezia Terme	22,8	2,9	-3,4	17,9	66,8	15,4
Catanzaro	22,9	3,0	-3,2	17,6	66,5	15,9
Vibo Valentia	25,6	3,0	-7,1	18,6	65,2	16,2
Locri	24,9	2,8	-5,7	18,0	63,8	18,1
Palmi	28,2	2,9	-3,2	20,2	64,5	15,3
Reggio Calabria	24,3	2,8	-3,2	17,4	65,8	16,7

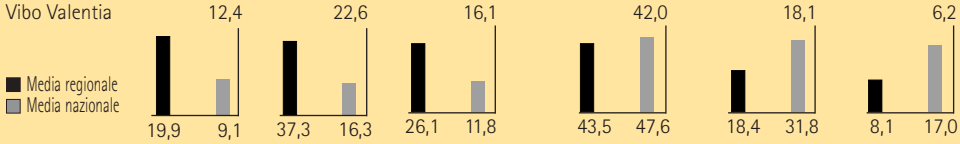


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Popolazione media residente 1998
(b) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione (x1.000)
(d) Nati nell'anno diviso popolazione totale residente (x1.000)
(e) Bimbi residenti <5 anni diviso donne in età feconda (15-44 anni)(x 100)
(f) Popolazione diviso numero delle famiglie
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 4.19.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività (d)	Valore aggiunto pro-capite (e)	Depositi bancari pro-capite (e)
Cosenza	18,4	40,6	25,9	44,1	19,0	8,2
Catanzaro	22,6	40,0	28,8	44,6	18,6	9,0
Reggio di Calabria	21,9	37,3	27,7	44,7	18,1	8,1
Crotone	22,2	31,6	24,9	36,2	16,7	7,7
Vibo Valentia	12,4	22,6	16,1	42,0	18,1	6,2

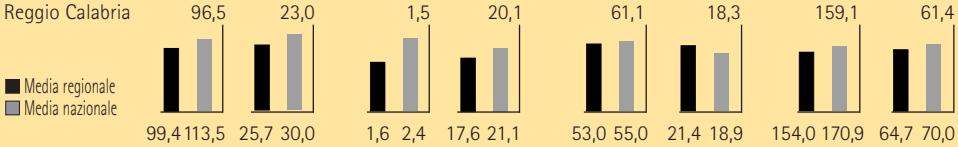


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat, Ancitel e Istituto Tagliacarne - Anno 1998

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi (x100)
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine (x100)
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro (x100)
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore espresso in milioni di lire

TAVOLA 4.19.3. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause (a)

Usl	Prevenz. Primaria		Diagn. Precoce e Terapia		Igiene e Ass. Sanit.		Tutte le Cause	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Paola	106,0	27,2	1,8	19,9	49,1	22,0	156,9	69,1
Castrovillari	84,1	24,7	2,3	12,4	57,0	20,5	143,4	57,6
Rossano	93,9	28,9	0,4	15,3	55,9	20,0	150,2	64,2
Cosenza	83,2	23,0	1,3	21,4	49,8	21,9	134,3	66,3
Crotone	113,7	29,6	2,8	16,1	53,8	27,7	170,3	73,4
Lamezia Terme	88,5	19,5	2,6	13,3	43,9	21,4	135,0	54,2
Catanzaro	101,8	25,5	0,7	13,0	63,0	20,5	165,5	59,0
Vibo Valentia	85,9	24,6	2,3	14,4	44,3	21,1	132,5	60,1
Locri	128,2	27,6	0,7	20,7	48,8	23,3	177,7	71,6
Palmi	124,8	31,5	2,1	23,7	46,8	20,3	173,7	75,5
Reggio Calabria	96,5	23,0	1,5	20,1	61,1	18,3	159,1	61,4

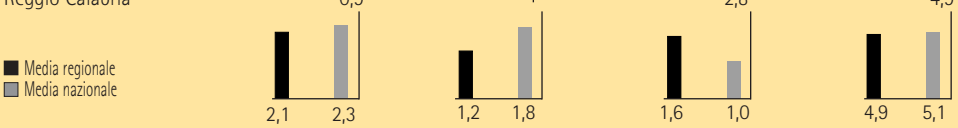


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1996,1997 e 1998

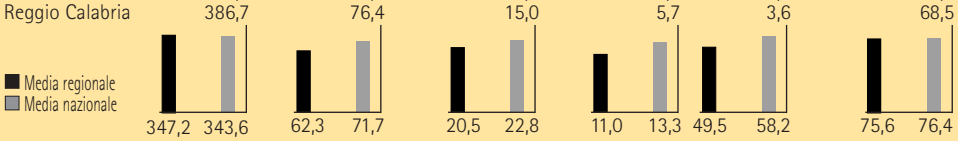
(a) Tassi standardizzati (x 100.000 ab.); morti 5-69 anni; popolazione tipo = popolazione mondiale

TAVOLA 4.19.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Paola	2,9		2,4	6,5
Castrovillari	3,1		-	4,3
Rossano	2,5		0,6	4,2
Cosenza	0,2		2,8	4,2
Crotone	3,0		2,4	6,7
Lamezia Terme	4,0	1,2	0,5	5,7
Catanzaro	0,7		2,4	4,3
Vibo Valentia	3,1		0,2	4,5
Locri	4,2		-	5,4
Palmi	2,5		0,5	4,2
Reggio Calabria	0,9		2,8	4,9



Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. (d)
	Specialità di base	Specialità a media assistenza	Specialità a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez.	
Paola	474,8	121,2	11,4	10,6	28,4	76,6
Castrovillari	324,6	48,9	11,4	5,7	39,3	84,8
Rossano	327,5	65,2	18,0	7,9	6,2	80,2
Cosenza	249,3	54,7	11,4	5,7	99,8	81,0
Crotone	446,1	62,6	47,5	13,3	99,4	67,1
Lamezia Terme	466,6	46,0	17,5	27,8	7,9	79,0
Catanzaro	238,0	52,5	11,4	5,7	120,4	74,7
Vibo Valentia	335,6	57,0	30,5	13,6	14,7	75,5
Locri	391,4	53,9	34,3	18,6	41,9	80,7
Palmi	312,0	47,8	23,6	19,8	17,1	75,6
Reggio Calabria	386,7	76,4	15,0	5,7	3,6	68,5

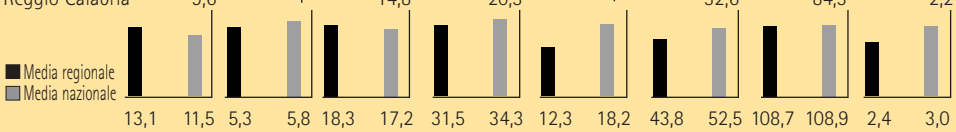


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 1.000 residenti
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS. Inoltre per il complesso delle Aziende ospedaliere si è tenuto conto dell'indice medio regionale di posti letto attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Azienda Usl della regione di appartenenza.
(d) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)

TAVOLA 4.19.5. Medici e Infermieri dipendenti del Ssn (a)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (b)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Paola	13,2		18,4	35,8		48,1	111,3	2,6
Castrovillari	17,3		22,6	38,8		51,0	129,0	2,3
Rossano	14,8		20,1	32,6		44,9	110,5	2,2
Cosenza	5,1		10,3	13,3		25,6	68,6	2,5
Crotone	14,1		19,4	38,6		50,9	119,1	2,6
Lamezia Terme	16,8	5,3	22,1	37,8	12,3	50,1	111,7	2,3
Catanzaro	11,1		16,3	26,5		38,8	104,7	2,4
Vibo Valentia	19,1		24,4	38,2		50,5	136,3	2,1
Locri	16,2		21,4	47,2		59,5	138,9	2,8
Palmi	18,2		23,5	46,4		58,7	139,1	2,5
Reggio Calabria	9,6		14,8	20,3		32,6	84,3	2,2

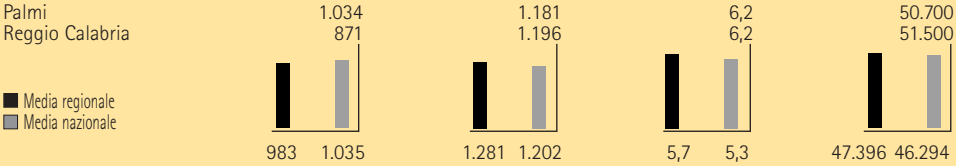


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Valori x 10.000 abitanti
(b) Media regionale del personale delle Aziende ospedaliere. Al personale delle Aziende ospedaliere è stato associato un bacino di utenza regionale. Per questo motivo tale personale è stato convenzionalmente attribuito pro-quota a ciascuna delle Aziende Usl della regione.

TAVOLA 4.19.6. Medicina di base

Usl	Scelte per medico (a)	Scelte per pediatra (b)	Prescriz. Farmaceutiche del Ssn per residente (c)	Importo Medio per ricetta (d)
Paola	1.009	1.260	5,4	50.400
Castrovillari	920	1.738	5,8	45.200
Rossano	1.074	1.325	5,9	41.400
Cosenza	996	1.249	5,0	49.700
Crotone	988	1.518	5,5	46.600
Lamezia Terme	981	1.379	5,7	42.200
Catanzaro	984	1.140	5,2	49.000
Vibo Valentia	1.052	1.328	6,0	42.800
Locri	988	1.202	6,1	46.600
Palmi	1.034	1.181	6,2	50.700
Reggio Calabria	871	1.196	6,2	51.500



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat e Ministero della Salute - Anno 1998

(a) Residenti >14 anni diviso numero dei medici
(b) residenti < 15 anni diviso numero dei pediatri
(c) Numero di ricette
(d) Spesa farmaceutica lorda diviso numero di ricette (lire)

4.20. Sicilia

4.20.1. Contesto demografico

La Sicilia ha una popolazione complessiva di 5.103.151 residenti, pari all'8,9 per cento della popolazione italiana, ripartiti in 9 Aziende Usl, che presentano una dimensione media di 567.017 abitanti: tale valore è di gran lunga superiore alla dimensione media delle Aziende Usl a livello nazionale (pari a 293.816 cittadini). L'Azienda Usl con il numero più alto di assistiti è Palermo con 1.249.271, seguita da Catania con 1.097.615, quella di dimensioni più ridotte è Enna con 186.907 residenti (tav. 4.20.1.).
La struttura per età della popolazione evidenzia una quota di giovani con età inferiore ai 14 anni (18,4 per cento) superiore a quella registrata a livello nazionale (14,6 per cento), mentre più ridotta rispetto al dato nazionale (17,6 per cento) è la quota di persone con più di 64 anni che è il 15,7 per cento della popolazione. Valore inferiore a quello nazionale (67,9 per cento) anche per la classe dai 15 ai 64 anni che costituisce il 65,9 per cento della popolazione siciliana.
Tra le Asl della regione, Messina può essere considerata quella più "vecchia" presentando sia la percentuale di popolazione giovanile più bassa a livello regionale (il 16,4 per cento) sia la presenza più consistente di anziani (il 18,1 per cento). Al contrario la provincia con una componente giovanile maggiore è Caltanisetta con il 19,6 per cento di popolazione con età inferiore ai 14 anni, mentre quella con una quota di anziani più bassa, rispetto alla media regionale (15,7 per cento), è Catania con il 14,5 per cento.
I valori degli indici di vecchiaia, di mortalità e di natalità rispecchiano la struttura per età della regione. Infatti l'indice di vecchiaia regionale pari all'85,1 per cento è notevolmente inferiore a quello nazionale (120,6 per cento); le Aziende sanitarie locali che confermano questo indice sono la Asl di Catania e quella di Palermo con i dati più bassi (rispettivamente 75,0 e 76,3 per cento), mentre le Asl di Messina, Trapani, Enna mostrano i valori più alti a livello regionale (rispettivamente 110,9, 96,4 e 94,3 per cento), ma comunque al di sotto del dato nazionale. Coerentemente con il quadro demografico descritto il tasso di mortalità è più alto nelle Asl di Messina ed Enna (rispettivamente il 10,5 e il 10,2 per 1.000), che insieme ad Agrigento (10,1) superano sia il tasso medio regionale di mortalità pari al 9,4 per 1.000, che quello nazionale del 10,0 per 1.000. Il tasso di mortalità più basso è invece presente nella provincia di Catania (8,7 per 1.000) che conferma la minore percentuale di anziani.
Anche la maggiore presenza di giovani nella Asl di Caltanisetta è avvalorata dal tasso di natalità dell'11,9 per 1.000, il più alto a livello regionale e superiore sia al dato medio della Sicilia (9,4 per 1.000) che a quello nazionale pari al 9,3 per 1.000. La natalità più bassa è invece nella Asl di Messina che si è gia, in precedenza, evidenziata come la più "vecchia".
Il numero di bambini tra 0 e 4 anni per cento donne in età feconda è pari al 25,8

per cento rispetto al 21,8 a livello nazionale, conferma l'alta fecondità nella regione: Caltanisetta e Palermo risultano le Asl più feconde con rispettivamente il 27,9 e il 27,1 per cento, le restanti Aziende sanitarie locali presentano tutte valori superiori alla media nazionale.
Il dato riguardante la composizione del nucleo familiare evidenzia un numero medio di componenti di 2,8, tra i più alti del Paese e superiore al dato italiano di 2,6, con punta più alta a Palermo (3,0 unità) e più bassa (2,6) a Messina esattamente in linea con il valore nazionale. Il tasso migratorio negativo (-3,4 per 1.000) può essere spiegato con il quadro demografico descritto e con un ritardo nello sviluppo economico. È nella Asl di Caltanisetta che si assiste all'esodo maggiore -6,1 per 1.000; l'unica Asl con saldo positivo è Ragusa con +0,2 per 1.000.

4.20.2. Contesto economico (provinciale)

La regione Sicilia presenta una situazione economica relativamente peculiare rispetto al resto del Paese, con riferimento a tutti gli indicatori utilizzati (tav. 4.20.2.), a dimostrazione del permanere di una situazione di ritardo nello sviluppo economico.
Il tasso di attività risulta pari al 42,5 per cento (considerando fra i potenzialmente attivi anche la popolazione anziana), significativamente inferiore alla media nazionale del 47,6 per cento, con la percentuale più bassa nella provincia di Agrigento dove la forza lavoro risulta pari al 37,5 per cento e quella più alta nella provincia di Siracusa, che con il 46,6 per cento si avvicina, senza raggiungerlo, al dato nazionale. A fronte di una bassa propensione ad offrirsi sul mercato del lavoro dei siciliani, esiste un effetto di scoraggiamento testimoniato da un tasso di disoccupazione particolarmente elevato: 24,2 per cento, rispetto ad una media nazionale pari all'11,8 per cento. Nello specifico, la situazione occupazionale femminile è poi particolarmente drammatica con una disoccupazione media regionale del 34,4 per cento (16,3 per cento a livello nazionale); anche la disoccupazione maschile è comunque notevole: 19,7 per cento rispetto al 9,1 per cento medio nazionale. La provincia con una situazione migliore è Ragusa, con disoccupazione maschile e femminile rispettivamente al 10,5 e 22,3 per cento, mentre la provincia con il più elevato tasso di disoccupazione è Enna con il 33,2 per cento (di cui il 26,0 per cento maschile e addirittura il 48,3 per cento femminile).
Sul versante della produzione, il valore aggiunto pro-capite risulta più basso della media nazionale: 20,5 milioni contro i 31,8 della media nazionale. Le province più produttive risultano Ragusa e Messina entrambe con 24,0 milioni a testa; si noti che la prima ha anche il più basso tasso di disoccupazione regionale, mentre il dato della seconda sembra dipendere da una più elevata produttività, presentando di contro un tasso di disoccupazione piuttosto elevato. La provincia meno produttiva risulta essere invece Agrigento con un valore aggiunto pro-capite di 16,7 milioni nonostante una disoccupazione inferiore alla media regionale, a dimostrazione dei livelli molto bassi di produttività per occupato.
I depositi bancari pro-capite sono in media pari a 9,4 milioni, risultando notevolmente inferiori al dato nazionale di 17,0 milioni: Palermo è la provincia più "ricca" con 10,8 milioni di depositi pro-capite, seguita da Caltanisetta con 10,5. Assumendo i depositi come un indicatore approssimato di reddito disponibile, le Province con meno disponibilità appaiono essere Enna e Siracusa rispettivamente con 7,8 e 8,0 milioni.

4.20.3. Mortalità evitabile

Il tasso di mortalità evitabile riferito a tutte le cause di morte presenta valori meno elevati della media nazionale per gli uomini e leggermente più alti per le donne: si registrano, infatti, 162,1 morti evitabili ogni 100.000 abitanti di sesso maschile e 72,9 femminili a fronte di un valore medio nazionale per uomini e donne rispettivamente pari a 170,9 e a 70,0 per 100.000 abitanti (tav. 4.20.3.).
La situazione si presenta diversificata fra le diverse Aziende sanitarie locali: nella Asl di Messina si registra il numero più basso di morti evitabili maschili con 146,9 per 100.000, mentre quello più elevato è nella Asl di Caltanisetta con 185,4 per 100.000. Per la popolazione femminile, invece, il valore minore si registra a Trapani (64,0 per 100.000), e il più alto nella Asl di Enna (81,3 per 100.000).
Procedendo ad una scomposizione del dato nelle tre categorie di mortalità evitabile considerate, si evidenzia che i decessi evitabili con adeguati interventi di prevenzione primaria sono 102,6 per 100.000 per gli uomini e 29,1 per le donne, complessivamente più bassi di quelli registrati a livello nazionale (rispettivamente di 113,5 e 30,0 per 100.000). Le morti evitabili con diagnosi precoci e/o diversi approcci terapeutici sono pari a 2,0 per gli uomini e a 20,9 per le donne, con entrambi i valori leggermente al di sotto della media nazionale (2,4 per gli uomini e 21,1 per le donne). Infine si possono attribuire ad una non adeguata igiene ed assistenza sanitaria 57,5 morti maschili e 22,9 femminili per 100.000.
Un aspetto positivo da sottolineare è la riduzione della mortalità evitabile nella regione Sicilia rispetto a quella registrata negli anni precedenti (cfr. edizioni precedenti di Prometeo).

4.20.4. Rete ospedaliera

L'offerta complessiva di posti letto della regione Sicilia è di 4,2 per 1.000 abitanti; valore notevolmente inferiore alla media nazionale che è pari a 5,1 posti letto per 1.000 abitanti.
In particolare la quota maggiore di posti letto, 2,2 per 1.000 abitanti, è ubicata nelle Aziende Ospedaliere, con una dotazione che supera la media nazionale di 1,8 letti per 1.000 abitanti. Per i presidi ospedalieri delle Aziende Usl si registra un numero medio di letti per abitante pari a 1,3, valore notevolmente inferiore al dato nazionale di 2,3 posti letto per 1.000 abitanti (tav. 4.20.4.). Tale dotazione risulta però notevolmente diversificata tra le diverse Asl e presenta il suo valore minimo ad Agrigento con 0,8 posti letto per 1.000 abitanti e quello massimo a Ragusa, con un numero di posti letto allineato con il valore nazionale (2,3).
Anche le strutture private accreditate presentano un'offerta di posti letto (0,7 per 1.000 abitanti) inferiore alla media del Paese (0,9): uniche eccezioni Palermo e Messina rispettivamente con 1,0 e 1,1 posti letto.
Analizzando l'offerta di posti letto in funzione dell'intensità assistenziale, si evidenzia una dotazione inferiore alla media nazionale per le specialità di base con 288,4 rispetto ai 343,6 posti letto per 100.000 abitanti, con l'unica eccezione di Messina che con un'offerta di 347,4 posti letto per 100.000 supera il dato italiano.
Per le specialità a media assistenza, si verifica una situazione opposta, con una dotazione di posti letto (76,7) superiore alla media italiana di 71,7 posti letto per 100.000 abitanti. L'offerta di letti per l'elevata assistenza (22,2) è di poco inferiore alla media nazionale (22,8) con punte superiori a Palermo (27,7), Enna (27,2) e Siracusa (24,4). Per le terapie intensive e sub intensive (ricordando che diversi sono i criteri di classificazione regionale dei posti letto, soprattutto per le terapie

intensive), il valore regionale (14,6) supera quello nazionale (13,3) e raggiunge due picchi di 16,0 e 17,2 posti letto per 100.000 abitanti a Trapani e Palermo.
Si evidenzia inoltre una forte carenza di posti letto per la riabilitazione e lungodegenza, che risultano appena 17,6 per 100.000 abitanti a fronte di una media italiana di 58,2.
Anche il tasso di utilizzazione dei posti letto a livello regionale risulta inferiore a quello medio italiano: 73,6 per cento a fronte del 76,4 per cento nazionale; si discostano da questo andamento le Asl di Siracusa e Ragusa con un tasso di utilizzazione più alto di quello nazionale e pari rispettivamente al 78,7 e 78,6 per cento.

4.20.5. Medici ed infermieri dipendenti del Ssn

Per quanto concerne il numero complessivo di dipendenti delle Aziende Usl sono 92,0 per 10.000 abitanti, dato che si colloca al di sotto del dato medio nazionale (108,9 per 10.000 abitanti). Quest'ultimo valore è superato solo dalla Asl di Ragusa con 117,8 per 10.000 abitanti; mentre il numero di dipendenti minimo è di 79,1 a Catania (tav. 4.20.5.).
In particolare si può notare come il numero di medici dipendenti del Ssn per abitante risulta superiore al valore medio nazionale (18,1 medici per 10.000 abitanti contro 17,2 a livello nazionale). La dotazione di medici nella regione varia tra un minimo di 15,8 medici per 10.000 abitanti nelle due Asl di Catania e Agrigento ad un massimo di 21,9 a Ragusa, notevolmente al di sopra del dato italiano.
Distinguendo ancora tra i medici che operano nelle Aziende Ospedaliere e quelli impiegati nelle Aziende sanitarie locali, la media regionale (8,0) risulta maggiore rispetto al valore nazionale (5,8) per i primi e inferiore per i secondi (10,0 per 10.000 abitanti a fronte di un dato nazionale di 11,5), con la punta più alta di 13,9 medici per 10.000 abitanti della Asl di Ragusa.
Il personale infermieristico nella regione (38,6 per 10.000 abitanti) è notevolmente inferiore alla media nazionale di 52,5 infermieri per 10.000 abitanti: in particolare varia tra i 34,1 infermieri di Catania ai 50,6 di Ragusa. Si può, però, notare che l'ubicazione degli infermieri vede per le Aziende Usl un valore inferiore al dato nazionale (20,2 contro 34,3 infermieri per 10.000 abitanti nella media italiana), mentre si ha un valore superiore per le Aziende Ospedaliere siciliane (18,4).
Per quanto riguarda invece la disponibilità di infermieri in rapporto agli abitanti nelle diverse Asl, il valore minimo si registra a Catania con 15,7 e quello massimo a Ragusa con 32,2 infermieri.
Il numero di infermieri per medico a livello regionale è molto basso e pari a 2,1, a fronte di 3,0 infermieri per medico secondo il valore nazionale, con una sostanziale omogeneità di tale indice tra le diverse Asl della regione.

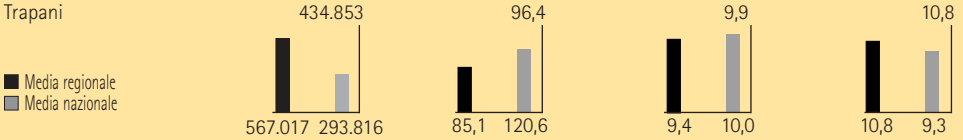
4.20.6. Medicina di base

In Sicilia gli abitanti adulti (residenti) per medico di base sono in media 1.041, valore allineato ai 1.035 che si registrano a livello nazionale (tav. 4.20.6).
Viceversa, con riferimento alla pediatria di base il valore medio regionale 1.103 risulta inferiore a quello riscontrato mediamente in Italia di 1.202 bambini (tra 0 e 14 anni) per pediatra.
Analizzando i dati relativi alle singole Aziende Usl presenti nel territorio si registra una limitata variabilità del dato per quanto concerne il numero di residenti per medico passando dalla Asl di Enna con 962 adulti per medico a quella di

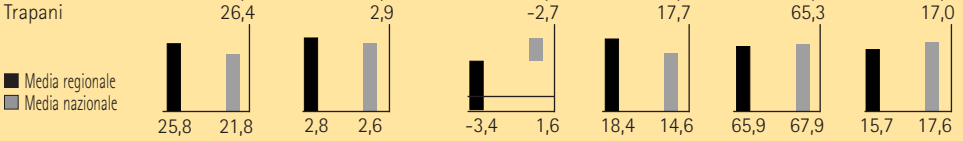
Catania con 1.111 per medico. Maggiori differenze si riscontrano, invece, nei dati sulla pediatria: il numero di bambini per pediatria varia, infatti, tra i 922 di Siracusa e i 1.361 di Agrigento.
Considerando l'attività prescrittiva, il numero di ricette per assistito è, in tutte le Aziende Usl, superiore alla media registrata a livello nazionale (5,8 ricette per assistito contro 5,3); e sono addirittura quattro le Asl in cui tale valore supera le 6 ricette per assistito: rispettivamente a Messina, Enna (entrambe con 6,1), Agrigento (6,2) e Siracusa (6,3). Da notare che il numero più elevato di prescrizioni si riscontra nelle province con un indice di vecchiaia più alto, mentre il valore più basso (5,5) fa riferimento alla Asl di Catania che presentava l'indice di vecchiaia minore.
La spesa media per ricetta prescritta è di lire 44.608, leggermente inferiore alla media nazionale (lire 46.294). In dettaglio, si passa da un importo medio di lire 39.600 nella Asl di Agrigento contro le 50.900 lire di Messina (entrambe a fronte di un elevato numero di ricette per assistito).

TAVOLA 4.20.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Agrigento	467.196	89,7	10,1	11,2
Caltanissetta	283.971	78,4	9,6	11,9
Catania	1.097.615	75,0	8,7	11,4
Enna	186.907	94,3	10,2	10,7
Messina	677.188	110,9	10,5	8,9
Palermo	1.249.271	76,3	8,9	11,3
Ragusa	300.984	89,8	9,4	10,7
Siracusa	405.168	84,8	9,0	10,2
Trapani	434.853	96,4	9,9	10,8



Usl	Bimbi x donna feconda (e)	Numero medio di componenti la famiglia (f)	Tasso migratorio (x 1000) (g)	Popolazione 0-14 anni % su totale	Popolazione 15-64 anni % su totale	Popolazione > 64 anni % su totale
Agrigento	26,0	2,9	-5,1	18,3	65,2	16,5
Caltanissetta	27,9	2,7	-6,1	19,6	65,0	15,4
Catania	26,3	2,8	-3,2	19,3	66,2	14,5
Enna	25,6	2,8	-5,2	18,2	64,7	17,1
Messina	22,3	2,6	-1,2	16,4	65,5	18,1
Palermo	27,1	3,0	-4,4	19,3	66,0	14,7
Ragusa	26,4	2,7	0,2	18,0	65,9	16,2
Siracusa	23,6	2,8	-2,9	17,5	67,6	14,9
Trapani	26,4	2,9	-2,7	17,7	65,3	17,0

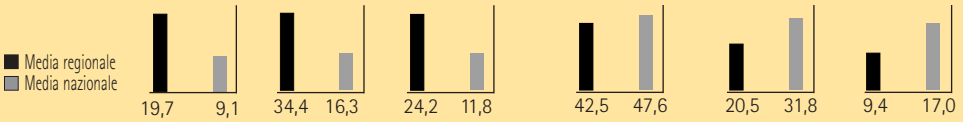


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Popolazione media residente 1998
(b) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione (x1.000)
(d) Nati nell'anno diviso popolazione totale residente (x1.000)
(e) Bimbi residenti <5 anni diviso donne in età feconda (15-44 anni)(x 100)
(f) Popolazione diviso numero delle famiglie
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 4.20.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività (d)	Valore aggiunto pro-capite (e)	Depositi bancari pro-capite (e)
Trapani	12,6	22,4	15,6	41,8	18,6	9,7
Palermo	23,7	35,3	27,1	40,1	21,3	10,8
Messina	21,1	34,4	26,0	45,5	24,0	8,8
Agrigento	15,5	29,0	19,3	37,5	16,7	9,3
Caltanissetta	18,4	35,4	22,9	43,2	17,7	10,5
Enna	26,0	48,3	33,2	40,7	19,1	7,8
Catania	22,8	40,4	28,6	44,8	19,7	8,6
Ragusa	10,5	22,3	13,7	41,3	24,0	9,5
Siracusa	14,6	32,9	20,2	46,6	20,8	8,0

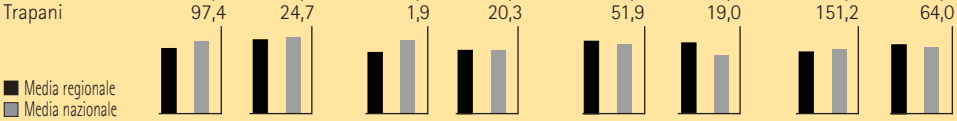


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat, Ancitel e Istituto Tagliacarne - Anno 1998

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi (x100)
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine (x100)
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro (x100)
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore espresso in milioni di lire

TAVOLA 4.20.3. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause (a)

Usl	Prevenz. Primaria		Diagn. Precoce e Terapia		Igiene e Ass. Sanit.		Tutte le Cause	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Agrigento	100,9	26,3	2,5	22,1	53,8	19,9	157,2	68,3
Caltanissetta	122,0	30,0	1,2	18,1	62,2	22,8	185,4	70,9
Catania	111,4	27,9	1,7	20,9	62,0	24,7	175,1	73,5
Enna	97,7	33,5	3,0	19,1	75,1	28,7	175,8	81,3
Messina	91,8	29,0	2,0	20,9	53,1	20,7	146,9	70,6
Palermo	102,5	30,8	2,2	20,9	56,2	22,9	160,9	74,6
Ragusa	100,3	29,2	2,9	23,8	53,0	22,7	156,2	75,7
Siracusa	97,5	33,0	1,3	21,0	59,2	26,4	158,0	80,4
Trapani	97,4	24,7	1,9	20,3	51,9	19,0	151,2	64,0

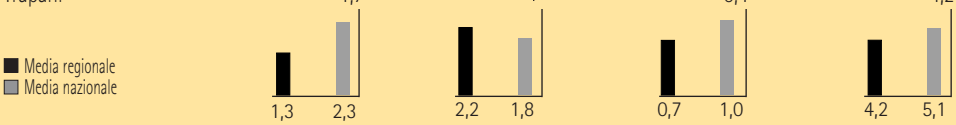


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1996,1997 e 1998

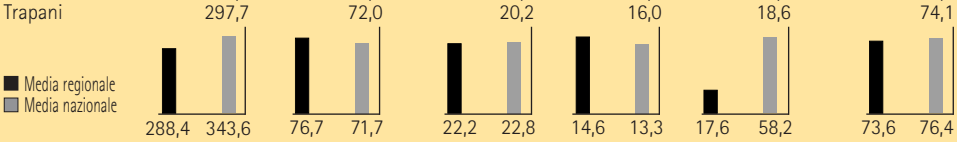
(a) Tassi standardizzati (x 100.000 ab.); morti 5-69 anni; popolazione tipo = popolazione mondiale

TAVOLA 4.20.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Agrigento	0,8		0,3	3,3
Caltanissetta	1,4		0,5	4,1
Catania	0,9		0,8	3,9
Enna	2,0		-	4,1
Messina	1,5	2,2	1,1	4,7
Palermo	1,4		1,0	4,5
Ragusa	2,3		-	4,4
Siracusa	1,4		0,5	4,1
Trapani	1,7		0,4	4,2



Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. (d)
	Specialità di base	Specialità a media assistenza	Specialità a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez.	
Agrigento	220,6	64,9	16,5	12,1	15,2	77,5
Caltanissetta	297,0	61,8	16,5	12,1	23,3	72,1
Catania	269,3	72,6	19,1	14,0	13,4	70,6
Enna	291,6	66,5	27,2	12,1	13,5	74,6
Messina	347,4	73,2	22,6	13,9	14,1	72,7
Palermo	293,7	92,2	27,7	17,2	21,7	72,7
Ragusa	318,9	74,2	22,1	13,4	15,2	78,6
Siracusa	264,2	81,4	24,4	14,3	23,7	78,7
Trapani	297,7	72,0	20,2	16,0	18,6	74,1

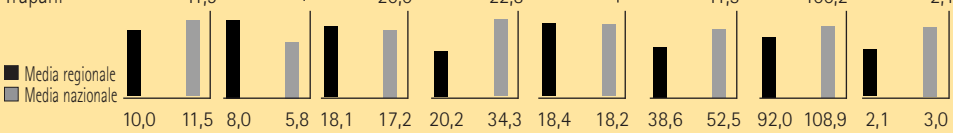


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 1.000 residenti
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS. Inoltre per il complesso delle Aziende ospedaliere si è tenuto conto dell'indice medio regionale di posti letto attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Azienda Usl della regione di appartenenza.
(d) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)

TAVOLA 4.20.5. Medici e Infermieri dipendenti del Ssn (a)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (b)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Agrigento	7,8		15,8	15,9		34,4	82,1	2,2
Caltanissetta	9,2		17,2	19,9		38,4	90,2	2,2
Catania	7,8		15,8	15,7		34,1	79,1	2,2
Enna	11,3		19,4	26,1		44,5	108,0	2,3
Messina	12,2	8,0	20,2	24,8	18,4	43,2	101,8	2,1
Palermo	10,0		18,0	18,4		36,8	89,6	2,0
Ragusa	13,9		21,9	32,2		50,6	117,8	2,3
Siracusa	10,6		18,6	20,5		39,0	95,3	2,1
Trapani	11,9		20,0	22,8		41,3	100,2	2,1

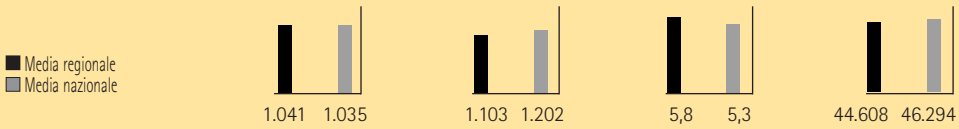


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Valori x 10.000 abitanti
(b) Media regionale del personale delle Aziende ospedaliere. Al personale delle Aziende ospedaliere è stato associato un bacino di utenza regionale. Per questo motivo tale personale è stato convenzionalmente attribuito pro-quota a ciascuna delle Aziende Usl della regione.

TAVOLA 4.20.6. Medicina di base

Usl	Scelte per medico (a)	Scelte per pediatra (b)	Prescriz. Farmaceutiche del Ssn per residente (c)	Importo Medio per ricetta (d)
Agrigento	1.015	1.361	6,2	39.600
Caltanissetta	1.024	1.357	5,8	46.500
Catania	1.111	1.081	5,5	44.300
Enna	962	1.257	6,1	47.600
Messina	1.004	1.217	6,1	50.900
Palermo	1.025	991	5,6	40.200
Ragusa	1.083	1.022	5,7	46.000
Siracusa	1.016	922	6,3	44.700
Trapani	1.053	1.238	5,9	49.200



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat e Ministero della Salute - Anno 1998

(a) Residenti >14 anni diviso numero dei medici
(b) residenti < 15 anni diviso numero dei pediatri
(c) Numero di ricette
(d) Spesa farmaceutica lorda diviso numero di ricette (lire)

4.21. Sardegna

4.21.1. Contesto demografico

La Sardegna ha una popolazione di 1.657.950 abitanti (2,9 della popolazione italiana) distribuita su 8 Aziende sanitarie locali. La popolazione dell'Asl di Cagliari è pari a 768.635 assistiti, mentre l'Asl di Oristano ha solo 158.249 assistiti.
La popolazione regionale suddivisa per classi di età, risulta relativamente giovane: la quota di giovani fino a 14 anni è il 15,1 per cento del totale nazionale, mentre la quota di persone di età compresa tra 15 e 64 anni è il 70,2 per cento contro un dato nazionale del 67,9 per cento. La quota di persone con più di 64 anni è solo il 14,7 per cento e quindi inferiore di tre punti percentuali circa rispetto al livello nazionale.
A livello di singole Aziende sanitarie locali, si noti che l'Asl di Cagliari ha la più bassa percentuale di anziani (12,6 per cento) e la più alta di popolazione compresa tra 15 e 64 anni (72,5 per cento), mentre Lanusei con il 15,9 per cento presenta la più alta percentuale di giovani (tav. 4.21.1.).
L'osservazione degli indici demografici regionali riflette la struttura per età della popolazione.
L'indice di vecchiaia della regione (97,7 per cento) è inferiore al dato medio nazionale (120,6 per cento). Nessuna delle Asl supera il livello nazionale, neanche Oristano (con il valore massimo regionale del 118,7 per cento) che presenta oltretutto la più alta percentuale di popolazione anziana (17,4 per cento). L'Asl di Cagliari viceversa conferma la sua relativa "giovinezza" registrando l'indice di vecchiaia minimo nella Regione (84,7 per cento).
Data la bassa presenza di popolazione anziana, anche il tasso di mortalità della regione è basso (81,7 per 1.000 abitanti a fronte del 10,0 nazionale); i picchi maggiori interessano l'Asl di Cagliari (7,4) e l'Asl di Oristano (10,1), che conferma ancora una volta l'anzianità relativa della sua popolazione locale.
Il tasso di natalità, che a livello regionale è inferiore a quello nazionale (8,0 a fronte di 9,3 del Paese) risulta massimo nell'Asl di Nuoro (8,9), seguita da Cagliari con 8,2 nati per 1.000 abitanti; i valori minimi si registrano invece nell'Asl di Carbonia (6,9).
Il numero dei bambini di età 0-4 anni per cento donne in età feconda è pari a 18,9 contro 21,8 a livello nazionale ed ovunque inferiore alla media nazionale: neanche l'Asl di Nuoro con 20,7 bambini è in grado di raggiungere la media nazionale.
Con riferimento alla dimensione del nucleo familiare (2,9 componenti contro i 2,6 nazionali), il dato si mantiene in tutte le 8 Asl regionali superiore alla media nazionale: il valore massimo si registra a Sassari con 3,1 componenti, mentre quello minimo (2,7 componenti) interessa Olbia e Lanusei.
Il quadro demografico descritto e le condizioni economiche spiegano il tasso migratorio negativo registrato in tutte le Asl della Sardegna, con la punta massima di –8,0 per 1.000 abitanti registrato ad Olbia.

4.21.2. Contesto economico (provinciale)

L'economia delle 4 province della regione Sardegna, così come emerge dall'analisi degli indicatori utilizzati, denuncia un ritardo nello sviluppo.
Il tasso di attività, pari a 46,1 per cento, è inferiore al dato nazionale del 47,6 per cento.
A livello interno la percentuale più bassa (41,3 per cento) interessa la provincia di Oristano, mentre quella più alta (47,9 per cento), superiore anche alla media nazionale, si registra nella provincia di Sassari.
Il tasso di disoccupazione regionale, pari al 20,6 per cento a fronte dell'11,8 per cento nazionale, conferma l'esistenza di un quadro economico negativo della regione e risulta particolarmente elevato sia con riferimento agli uomini (15,4 per cento regionale contro il 9,1 per cento) che alle donne (30,2 per cento contro il 16,3 per cento nazionale).
La provincia più colpita dalla disoccupazione è Cagliari (23,7 per cento), come confermato anche dalla scomposizione del dato nelle componenti maschile e femminile: rispettivamente del 17,4 per cento e 35,0 per cento.
Le province di Sassari e Oristano si trovano, dal punto di vista occupazionale, in una situazione migliore; entrambe hanno un tasso di disoccupazione del 17,5 per cento, ripartito diversamente tra uomini e donne (13,4 per cento di disoccupazione maschile e 25,2 per cento di disoccupazione femminile nella provincia di Sassari e 13,7 per cento di disoccupazione maschile contro 24,7 per cento di disoccupazione femminile nella provincia di Oristano).
Più basso della media nazionale anche il dato che misura la produttività della regione: il valore aggiunto pro-capite è pari a 22,4 milioni di lire contro 31,8 milioni nazionali (tav. 4.21.2.).
Sassari, con 24 milioni pro-capite è la provincia sarda più "produttiva" mentre Nuoro si posiziona all'estremo opposto con 18,9 milioni.
Infine i depositi bancari pro-capite sono in media pari a 11,3 milioni a fronte del dato nazionale di 17 milioni.
La provincia di Cagliari con 12,2 milioni di depositi pro capite è la provincia più ricca, mentre la provincia più povera è Nuoro con 9,7 milioni.

4.21.3. Mortalità evitabile

In Sardegna si registrano 193,4 decessi evitabili per tutte le cause di morte maschili ogni 100.000 abitanti e 65,1 femminili, contro valori medi nazionali rispettivamente pari a 170,9 e a 70,0.
A livello di singole Asl la situazione è la seguente: l'Asl di Cagliari registra il minor numero di decessi evitabili (per tutte le cause) sia maschili che femminili; di contro i valori massimi per gli uomini (208,6) riguardano l'Azienda Sanitaria Locale di Nuoro e per le donne (71,3) quella di Oristano.
In merito alle diverse cause, si evidenzia che le morti evitabili con interventi di prevenzione primaria, sono 131,1 per gli uomini e 25,3 per le donne (ogni 100.000 abitanti) a fronte delle medie nazionali pari a 113,5 per i primi e 30,0 per le seconde. Con riferimento ai decessi dovuti alla carenza nelle misure di igiene e assistenza sanitaria, i dati della Sardegna sono più alti rispetto alle medie nazionali per quanto concerne l'universo maschile (60,1 morti maschi contro 55,0), mentre con riferimento alla popolazione femminile si registrano 18,3 decessi nella regione contro 18,9 a livello nazionale. Le situazioni peggiori si riscontrano per gli uomini a Nuoro con 67,4 decessi ogni 100.000 abitanti per carenze di igie-

ne e prevenzione primaria e per le donne a Oristano (21,6).
Infine, le morti evitabili attribuibili alla carenza di diagnosi precoce e terapia sono inferiori alla media nazionale per gli uomini, essendo il dato regionale pari a 2,2 contro il livello nazionale di 2,4 decessi; per le donne la situazione è inversa: 21,5 morti contro il 21,1 nazionale (tav. 4.21.3.).
È interessante sottolineare che la mortalità evitabile nella regione Sardegna è aumentata per gli uomini e diminuita per le donne rispetto a quella registrata negli anni precedenti, come risulta dalle precedenti edizioni di Prometeo.

4.21.4. Rete ospedaliera

La Sardegna dispone di un numero complessivo di posti letto pari a 4,8 per 1.000 abitanti.
I dati regionali evidenziano come la quota maggiore di posti letto sia situata presso i presidi ospedalieri delle Aziende sanitarie locali (3,4 posti letto per 1.000 abitanti contro i 2,3 nazionali) a fronte di soli 0,5 posti letto offerti dalle Aziende Ospedaliere (circa la metà del livello nazionale).
L'offerta totale di posti letto da parte delle strutture private accreditate è prossima a quella nazionale, con 9,3 posti letto per 1.000 abitanti. A livello di singole Aziende sanitarie locali, la situazione è la seguente: la disponibilità di posti letto è di 2,3 nella Asl di Cagliari e di 0,6 in quella di Sassari.
Passando alla struttura dell'offerta, si evidenzia una disponibilità regionale di letti per specialità di base pari a 3,7 posti letto per 100.000 abitanti contro i 3,4 medi in Italia, con punte massime nelle Asl di Sassari (4,6) e minime di nella Asl di Sanluri (1,4). I valori regionali relativi alle specialità di media ed elevata assistenza e per la riabilitazione e lungodegenza sono tutti inferiori alla media nazionale: 62,3 posti letto per la media assistenza e 16,0 per l'elevata assistenza, 17,7 per la riabilitazione, contro i 71,7, 22,8 e 58,2 a livello nazionale. In particolare le Asl di Olbia, Lanusei e Sanluri non dispongono di posti letto per attività di riabilitazione e lungodegenza.
I posti letto per terapia intensiva e subintensiva sono lievemente superiori alla media nazionale (13,6 contro i 13,3), con una forte oscillazione interna: 4,1 posti letto nell'Asl di Sanluri e 23,5 nell'Asl di Cagliari (tav. 4.21.4.).
Infine il tasso di utilizzazione dei posti letto risulta a livello regionale pari al 71,4 per cento, inferiore a quello medio nazionale (76,4); a livello di singola Asl solo l'Asl di Sanluri è in grado di superare il dato nazionale (80,4 per cento), mentre l'Asl di Carbonia presenta il valore minimo del 71,3 per cento.

4.21.5. Medici ed infermieri dipendenti del Ssn

Il numero complessivo di dipendenti delle Aziende sanitarie locali della Sardegna è superiore a quello medio nazionale (123,9 per 10.000 abitanti contro i 108,9 nazionali), con punte di 150,1 dipendenti nell'Asl di Sassari e 93,7 dipendenti in quella di Lanusei.
Per quanto concerne il numero di medici dipendenti del Ssn, vi sono 21,7 medici per 10.000 abitanti contro una media nazionale di 17,2 medici. A livello di Asl si distinguono: Sanluri per la scarsa occupazione di personale medico (12,8 per 10.000 abitanti) e Cagliari per la ragione inversa (25,1).
Del totale dei medici della regione Sardegna, 2,0 operano in presidi classificati come Aziende Ospedaliere e 19,7 sono occupati nelle Aziende sanitarie locali. Le

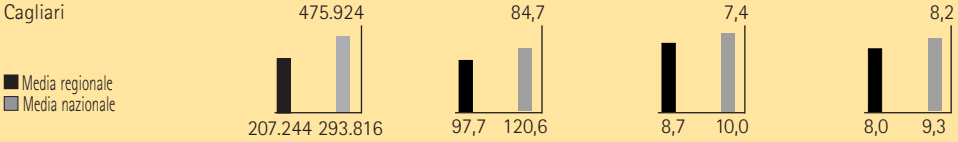
Asl con il maggior numero di medici per 10.000 abitanti sono Cagliari (23,1) e l'Asl di Sassari (22,1 medici per 10.000 abitanti).
Analoghe tendenze si hanno per il personale infermieristico: 54,5 infermieri per 10.000 abitanti a fronte dei 52,5 nel Paese. Del totale, solo 4,5 sono occupati nelle Aziende Ospedaliere, mentre 50,0 sono impiegati nelle Aziende sanitarie locali (tav. 4.21.5.).
Si noti che gli infermieri appartenenti alle Asl sono 66,8 per 10.000 abitanti nell'Asl di Sassari e solo 20,2 nell'Asl di Sanluri.
Passando infine all'indicatore relativo alla disponibilità di infermieri per medico, si osserva che soltanto l'Asl di Sassari raggiunge il livello di 3,0 infermieri per medico; le altre Asl passano da una disponibilità minima di 1,9 infermieri per medico (Sanluri) a 2,8 nell'Asl di Oristano.

4.21. 6. Medicina di base

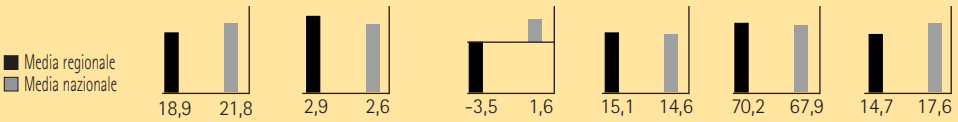
In Sardegna sono presenti 1.090 adulti residenti per medico di base, a fronte del dato nazionale pari a 1.035.
I dati delle singole Asl registrano una notevole variabilità: si passa dalla Asl di Lanusei con 1.004,8 adulti per medico, a quella di Carbonia con 1.704 abitanti adulti per medico. Non si scende, comunque, mai al di sotto di 1.000 adulti per medico. Nel settore pediatrico il dato relativo al numero di bambini per medico pediatra è prossimo al valore medio nazionale: 1.203 bambini a fronte dei 1202 nazionali (tav. 4.21.6.).
Tra le singole Aziende sanitarie locali regionali, si riscontrano notevoli differenze nei dati sulla pediatria: 878 bambini per medico pediatra nell'Asl di Olbia contro i 2.664 in quella di Carbonia. Quest'ultima, in particolare, si distingue nella Regione per il forte carico sia di medici di base sia di pediatri.
Il dato relativo al numero di ricette per assistito, indica un'attività prescrittiva regionale inferiore a quella media nazionale (4,6 contro 5,3 ricette per assistito) ed evidenzia anche uno scarto considerevole fra le singole Asl: in particolare, fra l'Azienda Sanitaria Locale di Sassari, in cui il numero medio di ricette per assistito è di appena 3,0 e quelle di Nuoro e Sanluri, ove il numero arriva a 5,3.
Dal punto di vista dell'onere economico, in Sardegna l'importo medio per ricetta prescritta è lire 43.992, inferiore alla media nazionale pari a lire 46.294.
In dettaglio, gli importi oscillano da lire 41.300 nella Asl di Nuoro (dove il numero di ricette è uguale al numero medio nazionale) a lire 46.500 nella Asl di Cagliari.

TAVOLA 4.21.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Sassari	337.995	100,4	9,4	7,7
Olbia	121.848	89,5	8,4	8,3
Nuoro	211.469	104,9	9,0	8,9
Lanusei	59.754	97,7	9,0	8,5
Oristano	158.249	118,7	10,1	7,6
Sanluri	147.030	100,3	8,8	7,8
Carbonia	145.682	104,8	8,9	6,9
Cagliari	475.924	84,7	7,4	8,2



Usl	Bimbi x donna feconda (e)	Numero medio di componenti la famiglia (f)	Tasso migratorio (x 1000) (g)	Popolazione 0-14 anni % su totale	Popolazione 15-64 anni % su totale	Popolazione > 64 anni % su totale
Sassari	20,0	3,1	-1,5	15,2	69,6	15,3
Olbia	19,1	2,7	-8,0	15,1	71,3	13,5
Nuoro	20,7	2,8	-4,0	15,5	68,3	16,2
Lanusei	20,5	2,7	-6,4	15,9	68,5	15,6
Oristano	18,6	2,9	-1,5	14,7	67,9	17,4
Sanluri	18,8	3,0	-4,0	15,6	68,8	15,6
Carbonia	16,8	2,9	-5,4	14,6	70,0	15,3
Cagliari	17,8	2,8	-3,1	14,9	72,5	12,6

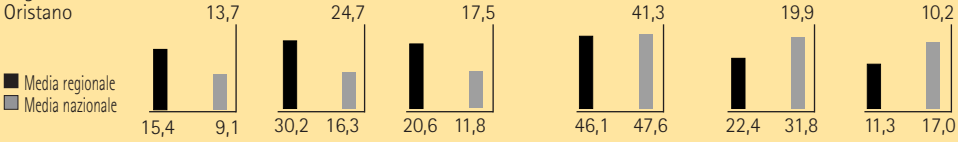


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Popolazione media residente 1998
(b) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione (x1.000)
(d) Nati nell'anno diviso popolazione totale residente (x1.000)
(e) Bimbi residenti <5 anni diviso donne in età feconda (15-44 anni)(x 100)
(f) Popolazione diviso numero delle famiglie
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 4.21.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività (d)	Valore aggiunto pro-capite (e)	Depositi bancari pro-capite (e)
Sassari	13,4	25,2	17,5	47,9	24,0	10,9
Nuoro	14,0	27,5	18,9	45,4	18,9	9,7
Cagliari	17,4	35,0	23,7	46,3	23,3	12,2
Oristano	13,7	24,7	17,5	41,3	19,9	10,2

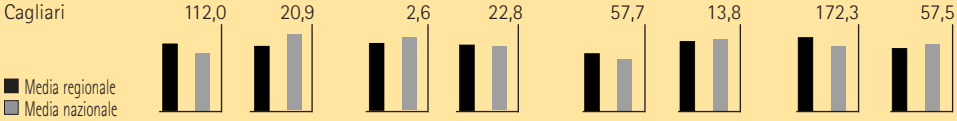


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat, Ancitel e Istituto Tagliacarne - Anno 1998

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi (x100)
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine (x100)
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro (x100)
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore espresso in milioni di lire

TAVOLA 4.21.3. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause (a)

Usl	Prevenz. Primaria		Diagn. Precoce e Terapia		Igiene e Ass. Sanit.		Tutte le Cause	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Sassari	133,0	23,0	1,7	20,3	65,3	20,3	200,0	63,6
Olbia	106,9	29,0	2,7	17,5	63,9	21,1	173,5	67,6
Nuoro	139,1	24,9	2,1	14,7	67,4	20,4	208,6	60,0
Lanusei	149,5	28,0	4,6	15,7	42,8	15,2	196,9	58,9
Oristano	138,6	23,7	0,4	26,0	49,2	21,6	188,2	71,3
Sanluri	153,6	31,2	0,8	21,2	49,6	15,0	204,0	67,4
Carbonia	120,2	31,4	3,9	22,1	56,7	14,8	180,8	68,3
Cagliari	112,0	20,9	2,6	22,8	57,7	13,8	172,3	57,5

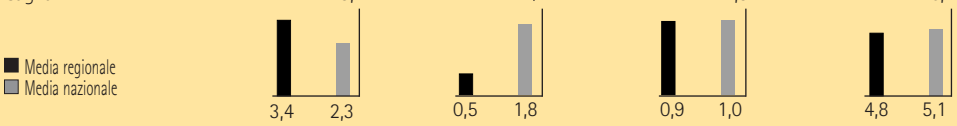


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1996,1997 e 1998

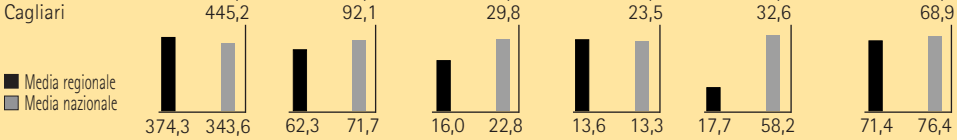
(a) Tassi standardizzati (x 100.000 ab.); morti 5-69 anni; popolazione tipo = popolazione mondiale

TAVOLA 4.21.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Sassari	4,4		0,6	5,5
Olbia	2,8		-	3,4
Nuoro	4,0		-	4,6
Lanusei	2,7		1,3	4,5
Oristano	2,2	0,5	1,2	3,9
Sanluri	1,1		-	1,6
Carbonia	4,2		-	4,7
Cagliari	3,4		2,3	6,2



Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. (d)
	Specialità di base	Specialità a media assistenza	Specialità a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez.	
Sassari	457,7	58,7	14,5	8,2	13,6	74,3
Olbia	281,9	33,1	11,4	11,2	-	75,1
Nuoro	348,5	54,2	14,7	12,7	25,1	69,3
Lanusei	405,5	34,4	4,8	8,1	-	71,6
Oristano	288,1	71,2	8,0	9,0	14,5	71,5
Sanluri	142,0	9,3	4,8	4,1	-	80,4
Carbonia	379,1	64,2	4,8	14,4	10,3	71,3
Cagliari	445,2	92,1	29,8	23,5	32,6	68,9

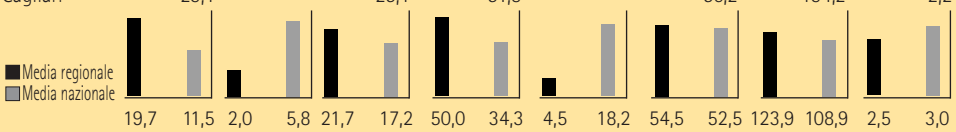


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1998

(a) Posti letto per 1.000 residenti
(b) Ospedali delle Aziende Usl comprendono ospedali a gestione diretta, classificati o equiparati e Istituti presidi delle Usl
(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS. Inoltre per il complesso delle Aziende ospedaliere si è tenuto conto dell'indice medio regionale di posti letto attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Azienda Usl della regione di appartenenza.
(d) Giornate di degenza diviso giornate/posti letto disponibili (x 100)

TAVOLA 4.21.5. Medici e Infermieri dipendenti del Ssn (a)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (b)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Sassari	22,1		24,1	66,8		71,3	150,1	3,0
Olbia	18,7		20,7	41,0		45,4	105,8	2,2
Nuoro	20,1		22,2	55,0		59,5	135,0	2,7
Lanusei	15,9		17,9	35,3		39,8	93,7	2,2
Oristano	13,7	2,0	15,7	39,3	4,5	43,8	96,6	2,8
Sanluri	10,7		12,8	20,2		24,7	62,9	1,9
Carbonia	20,2		22,3	53,2		57,7	132,1	2,6
Cagliari	23,1		25,1	51,8		56,2	134,2	2,2

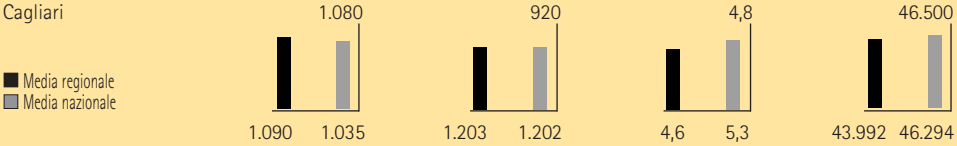


Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (RGS-IGOP) - Anno 1998

(a) Valori x 10.000 abitanti
(b) Media regionale del personale delle Aziende ospedaliere. Al personale delle Aziende ospedaliere è stato associato un bacino di utenza regionale. Per questo motivo tale personale è stato convenzionalmente attribuito pro-quota a ciascuna delle Aziende Usl della regione.

TAVOLA 4.21.6. Medicina di base

Usl	Scelte per medico (a)	Scelte per pediatra (b)	Prescriz. Farmaceutiche del Ssn per residente (c)	Importo Medio per ricetta (d)
Sassari	1.054	1.194	3,0	42.200
Olbia	1.024	878	4,9	42.000
Nuoro	1.016	1.922	5,3	41.300
Lanusei	1.005	1.903	4,8	45.500
Oristano	1.072	1.222	5,2	44.300
Sanluri	1.052	1.271	5,3	43.700
Carbonia	1.704	2.664	5,2	43.700
Cagliari	1.080	920	4,8	46.500



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat e Ministero della Salute - Anno 1998

(a) Residenti >14 anni diviso numero dei medici
(b) residenti < 15 anni diviso numero dei pediatri
(c) Numero di ricette
(d) Spesa farmaceutica lorda diviso numero di ricette (lire)

5. Il ruolo del farmaco nella società italiana: alcune evidenze sulla relazione fra consumo farmaceutico e caratteristiche socio-economiche

5.1. Premessa

Anche in questa edizione di Prometeo si ripropone, debitamente aggiornato, lo studio econometrico dedicato alle relazioni fra consumo farmaceutico ed alcune variabili socio-economiche.
Premettiamo che si è seguito lo stesso schema già utilizzato lo scorso anno, al fine di permettere una più facile disamina dei risultati.
Anche da un punto di vista metodologico si è seguito lo stesso approccio delle versioni precedenti, sia per esigenze di semplicità nella lettura dei risultati, sia per permettere l'apprezzamento delle variazioni intervenute negli anni.
Le regressioni sono quindi state stimate linearmente con il metodo OLS, introducendo variabili *dummies* ove necessario a causa della presenza di valori evidentemente anomali nelle serie di dati.
Per quanto concerne il range temporale, le regressioni sono state condotte su dati 1998 (nella ultima versione del 2000, i dati erano invece riferiti al 1997).
Legenda della variabili

CFPCV:	Consumi farmaceutici pro-capite in prezzi al pubblico (mgl. Lire)
CFPCU:	Consumi farmaceutici pro-capite in pezzi venduti (unità)
SFPRPC:	Spesa farmac.ca privata pro-capite in prezzi al pubblico (mgl. Lire)
SFPRNTPC:	Spesa farmaceutica privata pro-capite al netto dei ticket in prezzi al pubblico (mgl. Lire)
SFPUPC:	Spesa farmaceutica pubblica pro-capite in prezzi al pubblico (mgl. Lire)
RPC:	Valore aggiunto pro-capite (mil. Lire)
QPAG:	Quota della popolazione anziana e giovane
INDVEC:	Indice di vecchiaia
Dxxx:	Variabile *dummy* su Regione xxx

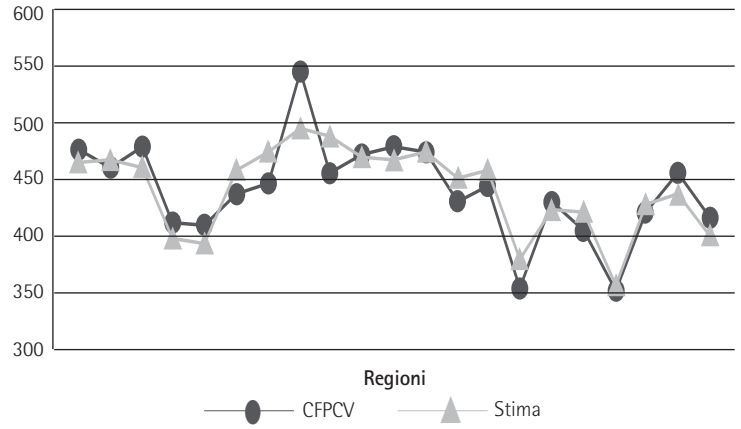
5.2. La relazione fra età, reddito e consumi farmaceutici

Giunti alla terza edizione di questo studio possiamo esimerci dalla puntuale descrizione delle motivazioni e delle implicazioni che sottendono alla analisi statistica del consumo farmaceutico, rimandando sul tema sia alle precedenti edizioni di Prometeo, sia alla copiosa letteratura esistente.
Ci pare peraltro non superfluo ricordare l'importanza dell'impatto della regolamentazione sul settore che, come già evidenziato lo scorso anno, comporta una "scomposizione" delle determinanti del consumo di farmaci.

L'ipotesi, ormai sufficientemente validata, è quella che vede il bene farmaco acquistato fuori dal Ssn comportarsi da bene "normale" (quindi consumato proporzionalmente al reddito)[1], mentre il consumo di farmaci a carico del Ssn si lega inversamente alle disponibilità economiche. Abbiamo suggerito l'anno scorso come tale "inversione" nel segno della regressione sia attribuibile al meccanismo delle esenzioni, il quale comporta un maggiore onere sul settore pubblico ove minore è il reddito medio della popolazione.
Più ovvia appare la relazione (diretta) fra consumo farmaceutico ed età, che recepisce i differenziali di fabbisogno terapeutico delle varie fasce della popolazione.
In termini generali la relazione fra consumo farmaceutico, età e reddito si presenta come segue:

(E2a1.2001) CFPCV = 10,83 QPAG + 3,33 RPC – 85,98 D41.42.140.170
(18,9) (5,9) (6,8)
R^2 = 0,78

GRAFICO 5.2.1. Consumi farmaceutici in prezzi al pubblico: valori effettivi e stimati (1998)



La relazione specificata pertanto, conferma una stabile e significativa correlazione positiva tra consumo farmaceutico ed età.
Di contro l'aumento del reddito, pur di segno positivo, appare quantitativamente trascurabile, e comunque il segno trova una sua razionalità solo nell'analisi separata dei consumi privati e pubblici.
Per confronto si riportano le relazioni stimate nelle edizioni precedenti:

(E2a1.2000) CFPCV = 11,10 QPAG + 1,84 RPC - 96,95 D 140.170
(13,7) (2,3) (4,1)
R^2 = 0,59

(E2a1.1999) CFPCV = 314,80 + 0,75 INDVEC - 1,53 RPC - 83,28 D140
(17,7) (5,6) (1,8) (3,8)
R^2 = 0,75

(E2a1.2000b) CFPCV = 369,63 + 0,74 INDVEC - 1,63 RPC - 87,10 D140.170
(18,7) (5,9) (2,2) (5,4)
R^2 = 0,81

(E2a1.2001b) CFPCV = 386,38 + 0,70 INDVEC - 0,94 RPC - 98,60 D140.170
(17,4) (4,9) (1,1) (5,4)
R^2 = 0,80

Si noti che sembra aumentare l'effetto reddito, seppure la sua dimensione, pur

1. Si noti che è probabile che l'effetto reddito nasconda quello dei diversi livelli di educazione, essendo questi ultimi correlati anch'essi al reddito.

significativa, sia trascurabile.
Si noti ancora che esaminando separatamente l'effetto di una modificazione della quota di popolazione giovane, ovvero di quella anziana, il consumo di questi ultimi sembra essere circa 1,67 volte quello dei primi.
Per fare emergere le determinanti dell'effetto reddito si è provveduto a regredire separatamente le due componenti di spesa: quella privata e quella pubblica.
Per quanto concerne la spesa privata, abbiamo:

(E2a2.2001) SFPRPC = 2,28 QPAG + 4,71 RPC – 67,69 D120/140/170
(5,9) (12,5) (7,2)
$R^2 = 0,93$

È evidente come la relazione sia notevolmente più significativa della precedente e con i segni attesi.
In particolare il segno della variabile reddito appare ben determinato ad indicare il legame diretto fra disponibilità economiche e consumo farmaceutico extra Ssn.
Per confronto si riportano le relazioni stimate nelle edizioni precedenti:

(E2a2.2000) SFPRPC = 2,55 QPAG + 4,10 RPC - 60,70 D120/140/170
(5,8) (9,6) (5,7)
$R^2 = 0,88$

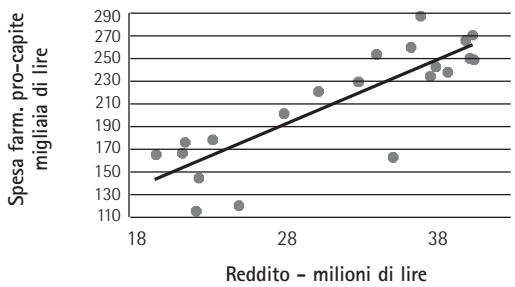
(E2a2.1999) SFPRPC = 76,60 + 0,19 INDVEC + 3,10 RPC - 40,40 D140
(5,3) (1,7) (4,5) (2,2)
$R^2 = 0,79$

(E2a2.2000b) SFPRPC = 83,83 + 0,23 INDVEC + 3,06 RPC – 58,39 D140.170
(5,9) (2,5) (5,7) (6,1)
$R^2 = 0,91$

La relazione stimata nel 2001 (dati 1998) è invece risultata la seguente:

(E2a2.2001b) SFPRPC = 70,40 + 0,23 INDVEC + 3,84 RPC – 65,51 D140.170
(5,6) (2,8) (8,4) (7,7)
$R^2 = 0,94$

GRAFICO 5.2.2. Relazione tra spesa farmaceutica privata e reddito (1998)



Un ulteriore aspetto di interesse deriva dalla verifica del "ruolo" del ticket, ovvero della sua natura assimilabile alla spesa privata ovvero a quella pubblica.
Considerando la spesa privata al netto dei ticket, la relazione si modifica solo lievemente: evidentemente la quota di compartecipazione è percepita dai cittadini alla stregua delle altre spese operate direttamente *out of pocket*: l'ipotesi avanzata l'anno scorso è che dell'aspetto "economico" della prescrizione si faccia "carico" il medico, comportandosi da agente del paziente.
Appare degna di nota, anche la constatazione che non tutto il fattore età viene

assorbito dalle politiche del Ssn, anche se il coefficiente dimostra una magnitudine dell'impatto decisamente minore (vedi regressione seguente).
La relazione stimata è la seguente:

(E2a2.2001c) SFPRNTPC = 1,82 QPAG + 4,25 RPC – 68,27 D120.140.170
(4,5) (10,9) (6,9)
R^2 = 0,91

Per confronto si riporta la relazione stimata nell'edizione precedente:

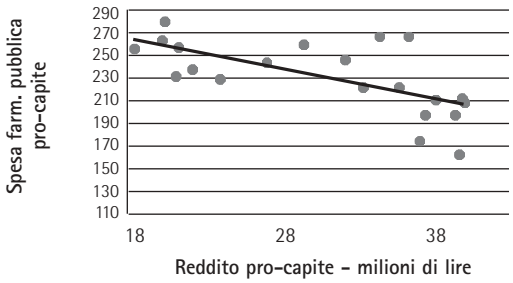
(E2a2.2000c) SFPRNTPC = 1,91 QPAG + 3,77 RPC – 59,25 D120.140.170
(5,0) (10,1) (6,3)
R^2 = 0,89

Per quanto concerne la quota pubblica, intendendo la spesa del Ssn, la stima ha fornito il seguente risultato quantitativo:

(E2a3.2001) SFPUPC = 8,35 QPAG – 1,22 RPC – 56,15 D041.042
(16,1) (2,3) (3,5)
R^2 = 0,66

Possiamo quindi confermare che la quota pubblica di spesa (spesa del Ssn) è inversamente legata al reddito, seppure in termini quantitativamente non rilevanti, ma in aumento con gli anni.
L'effetto della variabile reddito, oltre ad avere segno inverso nelle due relazioni, è infatti – e come era lecito aspettarsi – molto più evidente sulla spesa privata; nell'equazione stimata sulla spesa pubblica il coefficiente, pur significativo, è circa un quarto di quello della equazione sulla spesa privata.

GRAFICO 5.2.3. Relazione tra spesa farmaceutica pubblica e reddito (1998)



Il fenomeno si ipotizza sia legato alle esenzioni, che quindi pongono un maggiore carico al Ssn in presenza di più ampie fasce di vulnerabilità.
Per confronto si riportano le relazioni stimate nelle edizioni precedenti:

(E2a3.2000) SFPUPC = 7,46 QPAG - 0,98 RPC + 57,72 D041/042
(14,2) (1,8) (3,6)
R^2 = 0,64

(E2a3.1999) SFPUPC = 219,70 + 0,43 INDVEC – 3,40 RPC
(11,7) (3,0) (3,9)
R^2 = 0,46

(E2a3.2000b) SFPUPC = 251,63 + 0,56 INDVEC - 4,01 RPC + 60,30 D120.150
(18,1) (5,8) (7,6) (5,2)
R^2 = 0,82

che con l'aggiornamento dei dati diventa:

(E2a3.2001b) SFPUPC = 284,89 + 0,47 INDVEC - 3,93 RPC + 44,72 D120.150
(16,6) (4,0) (6,4) (3,1)
R^2 = 0,74

Nell'edizione 2000 era anche presente una relazione fra pezzi venduti e indice di vecchiaia, che trova conferma nella nuova stima.
La relazione nelle edizioni precedenti era:

(E2b1.1999) CFPCU = 18,60 + 0,06 INDVEC
(15,9) (6,4)
R^2 = 0,69

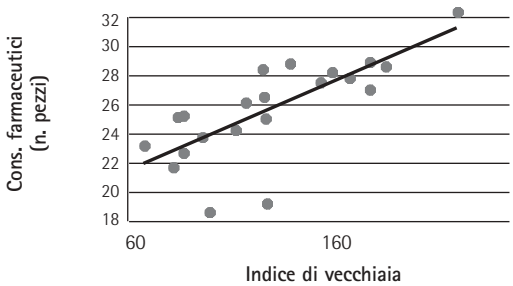
che diventa con l'aggiornamento dei dati:

(E2b1.2000) CFPCU = 19,67 + 0,05 INDVEC – 5,70 D140/170
(26,8) (9,4) (7,3)
R^2 = 0,90

che diventa con l'aggiornamento dei dati:

(E2b1.2001) CFPCU = 19,76 + 0,05 INDVEC – 6,34 D140.170
(22,3) (7,9) (6,9)
R^2 = 0,8

GRAFICO 5.2.4. Relazione tra consumo farmaceutico e indice di vecchiaia (1998)



In definitiva trova conferma l'esistenza di una relazione diretta fra indice di vecchiaia e pezzi venduti, il che è ragionevolmente spiegato dalla maggiore presenza di patologie croniche nella popolazione anziana.

5.3. Conclusioni

Dal lavoro di stima emerge come si possano confermare le conclusioni delle edizioni precedenti, che di seguito riportiamo.
La relazione fra consumo farmaceutico, età e reddito appare statisticamente robusta e significativa, come anche quella fra pezzi venduti ed età.
Risultano nuovamente confermate le due diverse modalità comportamentali: per quanto concerne la spesa extra Ssn (ed anche in generale quella out of pocket), il farmaco si comporta come un bene normale, risultando sensibile al reddito seppure in modo non particolarmente rilevante sul piano quantitativo.
La spesa "intermediata" dal Ssn è invece sensibile al reddito in modo inverso, ad evidenziare una sorta di redistribuzione a favore dei ceti meno abbienti operata in ambito Ssn.
Peraltro l'impatto del reddito è notevolmente più forte sulla quota di spesa privata, mentre il fattore età (indice di fabbisogno assistenziale) si comporta completamente all'inverso, risultando più "impattante" sulla spesa pubblica.
Quest'ultima non copre però ad oggi completamente il differenziale di fabbisogno derivante dalla struttura per età, una parte di esso si ritrova infatti, a carico della quota out of pocket di spesa farmaceutica sostenuta dalle famiglie: la

causa di ciò può peraltro essere fatta risalire alle politiche di compartecipazione alla spesa adottate nel nostro Paese, che pur coerenti con una politica sanitaria attenta alla redistribuzione dei rischi, tendono a lasciare una quota di costo a carico del cittadino, allo scopo di disincentivarne l'abuso nel consumo. Sebbene anche in termini quantitativi i coefficienti delle regressioni sembrino sostanzialmente stabili, emerge una tendenza ad una maggiore sensibilità al reddito della spesa a carico del Ssn, come anche si è potuto apprezzare un diverso impatto del consumo delle fasce giovani ed anziane, che sembra attestarsi intorno al valore 2; tale osservazione pone delicate questioni in termini di allocazione delle risorse per la farmaceutica convenzionata.

6. L'integrazione pubblico-privato

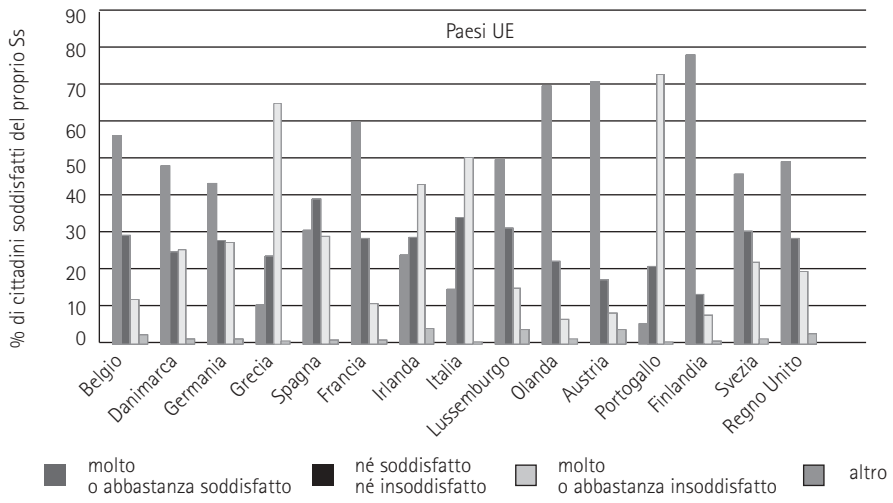
6.1. Premessa

L'intervento dello Stato nel settore sanitario è giustificato dall'importanza che assume il "bene" salute, e conseguentemente l'assistenza sanitaria quale strumento indispensabile per il suo mantenimento.
La necessità di garantire l'accesso ai servizi sanitari anche ai soggetti che non dispongono dei mezzi finanziari necessari per acquistarli in un mercato completamente privato, regolato dal meccanismo del prezzo, e la convinzione che l'intervento pubblico avrebbe garantito un'offerta di servizi sanitari più adeguata alle necessità dell'intera collettività, ha determinato l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.
Gli anni '90 hanno visto il Ssn, come peraltro i servizi sanitari della gran parte dei Paesi sviluppati, andare in crisi sotto la spinta di numerosi fattori, fra i quali – senza pretesa di esaustività – ricordiamo: invecchiamento demografico, rapido e costoso sviluppo tecnologico, aumento delle aspettative di tutela da parte dei cittadini, sempre più stringenti vincoli di bilancio.
Nel dibattito in corso le modalità di organizzazione dei servizi sanitari sono al centro dell'attenzione, senza peraltro che un modello sembri poter oggettivamente prevalere su un altro: anzi si assiste ad una progressiva convergenza dei modelli: quelli maggiormente "pubblici" cercano di aprirsi al contributo del settore privato e viceversa in quelli più "privatistici" aumenta la quota di intervento pubblico.
In Italia le riforme sembrano per un verso enfatizzare la ricerca di una maggiore efficienza attraverso l'introduzione di strumenti e principi di gestione manageriale nei servizi sanitari, per un altro di razionalizzare il contributo degli erogatori pubblici e privati (accreditati), senza dimenticare l'allargamento delle tipologie di offerta di copertura assistenziale, ottenuto incentivando lo sviluppo di fondi integrativi.
La situazione attuale vede peraltro ancora rischi di duplicazione delle prestazioni garantite dal Ssn e di quelle erogate dal settore mutualistico-assicurativo, che si vorrebbero invece integrative rispetto a quelle offerte dal Ssn.
La necessità principale è quindi quella di creare i presupposti per una reale integrazione fra pubblico e privato, capace di promuovere l'ottimale allocazione delle risorse e l'esercizio della libertà di scelta del cittadino, senza generare duplicazioni e iniquità.
Affronteremo nel seguito l'argomento commentando le principali evidenze disponibili sul rapporto fra pubblico e privato nel Ssn italiano.

6.2. BISOGNI E DOMANDA SANITARIA IN ITALIA: STATO DI SALUTE, SODDISFAZIONE E SCELTE COMPORTAMENTALI

L'ultima indagine Eurobarometro della Commissione Europea, datata 1998, indica che la maggior parte dei cittadini europei appare soddisfatta del servizio sanitario del proprio Paese (Grafico 6.2.1.).

GRAFICO 6.2.1. Cittadini soddisfatti del proprio Servizio sanitario in %, 1998.

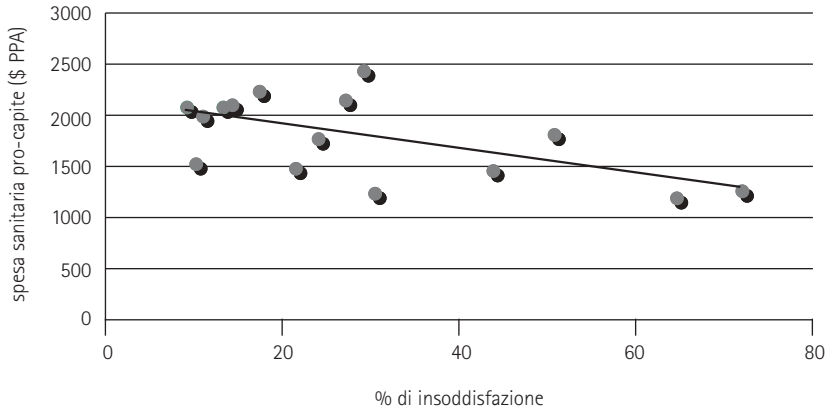


Fonte: Commissione europea, Indagine Eurobarometro 1998

Come si può facilmente osservare dal grafico, la tendenza generale è quella di un discreto livello di soddisfazione dei cittadini riguardo ai servizi sanitari del proprio Paese di appartenenza, anche se si dichiarano "molto o abbastanza soddisfatti" in maniera assolutamente maggioritaria solo gli intervistati di Finlandia (78%), Austria (71%), Olanda (70%), Francia (60%) e Belgio (56%). Di contro l'insoddisfazione prevale decisamente in Portogallo (73% di "insoddisfatti o molto insoddisfatti"), Grecia (65%) e Italia (50%). La maggior percentuale di "incerti", che non si ritengono "né soddisfatti né insoddisfatti" si registra in Spagna (39%). Se colleghiamo il dato sopraesposto con i livelli di spesa sanitaria nei Paesi europei, sembra emergere una correlazione inversa fra risorse destinate al settore e soddisfazione dei cittadini, seppure con molte eccezioni (Grafico 6.2.2.).
Con riferimento al 1998, i Paesi con la spesa sanitaria pro-capite (espressa in PPA[1]) più bassa sono risultati la Grecia (1.167 $), la Spagna (1.218 $), il Portogallo (1.237 $), l'Irlanda (1.436 $) ed il Regno Unito (1.461 $). Fra questi, mentre Portogallo e Grecia hanno percentuali significative di insoddisfatti (rispettivamente 72,7% e 64,8%), gli altri hanno percentuali variabili fra 19,5% e 43,1%.
Analizzando i Paesi a più alta spesa pro-capite, in Germania (2.424 $) si ha un'insoddisfazione del 27,5%, mentre in Olanda (2.070 $) il livello di insoddisfazione è il più basso in assoluto (6,6%). In Italia, per una spesa pro-capite di 1.783 $, si arriva invece a oltre il 50,0% di cittadini che si dichiarano insoddisfatti.

1. Parità di Potere di Acquisto

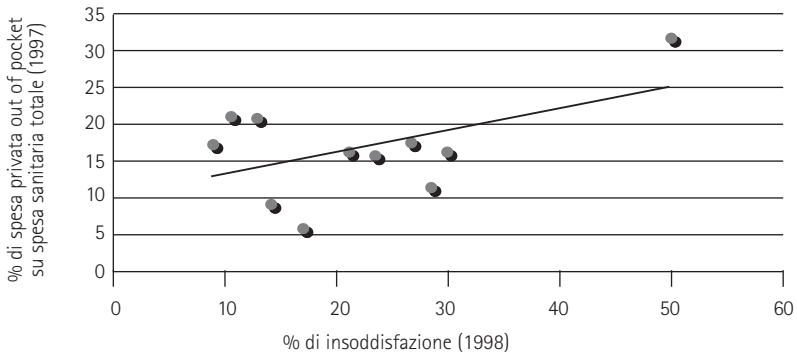
GRAFICO 6.2.2. Relazione tra livello di insoddisfazione (%) e spesa sanitaria pro-capite ($ PPA), 1998



Fonte: elaborazione Prometeo su dati OECD Health Data 2000 e Commissione Europea 1998

Anche correlando l'insoddisfazione con la quota di spesa privata *out of pocket*, calcolata sulla spesa sanitaria totale, l'evidenza che si ottiene non è statisticamente significativa, e mostra una elevata variabilità del dato relativamente ai diversi Paesi presi in considerazione.
Peraltro, in Italia ad un livello piuttosto elevato di insoddisfazione (50,4%) si accompagna una percentuale di spesa privata *out of pocket* su spesa sanitaria totale anch'essa piuttosto alta (97,4%); capita invece che in Austria, a fronte di una percentuale di *out of pocket* del 21,0%, il livello di insoddisfazione espressa sia pari al "solo" 8,3% (Grafico 6.2.3.).

GRAFICO 6.2.3. Relazione tra livello di insoddisfazione (%), e spesa sanitaria privata out of pocket

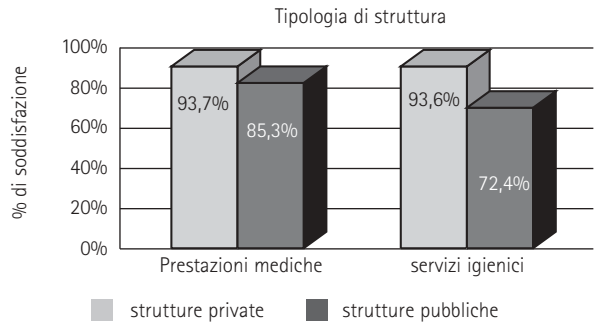


Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2000 e Commissione Europea 1998

L'interpretazione di questo dato generale, è ulteriormente complicata dalla forte discrasia che si evidenzia con i dati di soddisfazione riferiti agli utenti dei servizi sanitari.
In Italia, l'Istituto nazionale di statistica (Istat), ha rilevato l'opinione sul servizio ricevuto da parte dei cittadini che hanno usufruito dei servizi ospedalieri, con-

centrando l'attenzione su aspetti quali l'assistenza medica e infermieristica, nonché il comfort alberghiero.
Dalla rilevazione in oggetto emerge che il livello di soddisfazione risulta, in generale, piuttosto elevato; in particolare, l'86,1% dei ricoverati si dichiara "abbastanza o molto soddisfatta" dell'assistenza medica, mentre per l'assistenza infermieristica lo stesso tipo di soddisfazione viene dichiarato dall'83,9% dei pazienti. Il livello di soddisfazione scende al 67,6% con riferimento al vitto, mentre il 74,4% degli intervistati risulta apprezzare i servizi igienici.
Se si analizza il fenomeno a livello di ripartizione geografica, si scopre che nel Mezzogiorno la valutazione è più negativa. In particolare, la percentuale di cittadini ricoverati "molto soddisfatti" dell'assistenza medica ricevuta cala al 23,6%, e di quella infermieristica al 20,3%; nelle Isole abbiamo le percentuali più basse di pazienti "molto soddisfatti" per il vitto (13,3%) e i servizi igienici (13,7%).
Di contro la quota più elevata di utenti soddisfatti per l'assistenza medica si trova nel Nord-Est del nostro Paese (48,1%), cui segue immediatamente il Nord-Ovest (44,6%).
A livello regionale, la percentuale maggiore di pazienti "molto soddisfatti" delle prestazioni mediche ricevute sono le Province autonome di Trento e Bolzano (63,1% e 60,9%), il Friuli-Venezia Giulia (60,3%), Piemonte (49,5%) ed Emilia Romagna (47,5%). Le quote più basse si registrano in Puglia (19,2%), Abruzzo (22,4%) e Sicilia (23,3%). In Sicilia, Puglia e Campania troviamo il minor numero di soddisfatti dei servizi igienici.
È il caso di mettere in evidenza come siano gli anziani ad avere un giudizio maggiormente positivo per quanto concerne tutti gli aspetti dell'assistenza ricevuta nei presidi ospedalieri: in particolare, l'86,6% di essi è soddisfatto dell'assistenza medica e l'84,8% di quella infermieristica.
Se si mette a confronto il gradimento relativo a strutture pubbliche, accreditate e private ci si accorge che le case di cura private risultano essere più apprezzate per tutti gli aspetti presi in considerazione. In particolare, la maggior differenza tra pubblico e privato si riscontra nel livello di gradimento per i servizi igienici: è soddisfatto ben il 93,6% dei ricoverati in una struttura privata contro il 72,4% dei pazienti di ospedali pubblici.
Il divario si riduce non appena si considerano le prestazioni mediche: l'85,3% di soddisfatti si rimarca tra i ricoverati in ospedali pubblici, a fronte di un 93,7% degli utenti di strutture private (Grafico 6.2.4.).
A livello di soddisfazione per l'assistenza infermieristica ricevuta, sono invece poco marcate le differenze pubblico/privato.

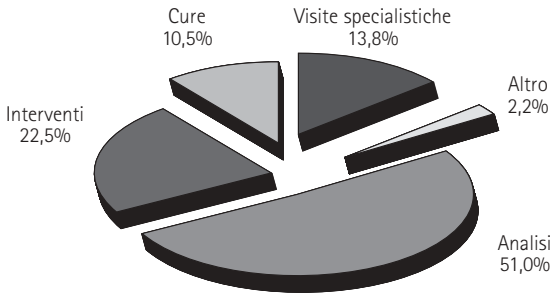
GRAFICO 6.2.4. Livello di gradimento fra strutture pubbliche e strutture private
Settembre/dicembre 2000.



Fonte: Istat

Maggiori informazioni e dettagli sul ricorso a strutture pubbliche, accreditate e private, nonché sul relativo grado di soddisfazione espresso dagli utenti dei servizi del Ssn, si evincono da una indagine promossa dall'Aiop (Associazione Italiana Ospedalità Privata) nel periodo marzo-aprile 2001[2] (Grafico 6.2.5.).
Emerge che il 44,3% della popolazione intervistata ha utilizzato strutture del Ssn (a vario titolo), e di esso la maggior parte ha effettuato analisi (51,0%).

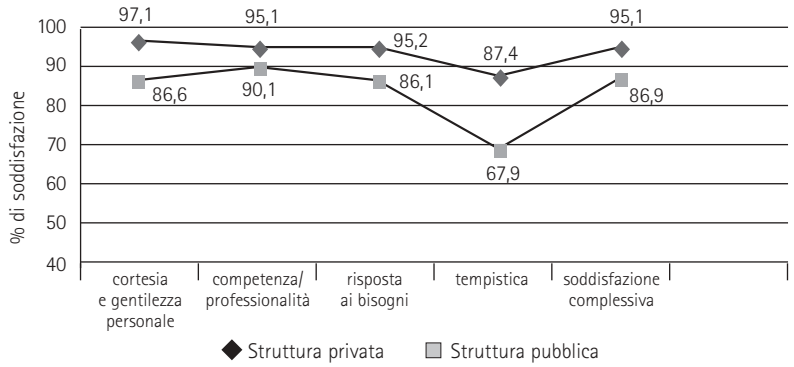
GRAFICO 6.2.5. Analisi, interventi e cure a carico del Ssn, valori % – Marzo/aprile 2001



Fonte: Aiop

Per quanto riguarda la scelta della struttura, si evince come si ricorra a quella pubblica essenzialmente per abitudine, per comodità e soprattutto dietro indicazione del medico di famiglia.
Gli Istituti privati vengono invece scelti soprattutto per una migliore tempistica di prenotazione e possibilità di fissare gli appuntamenti e/o le visite; tuttavia, incide significativamente anche la valutazione dei cittadini, i quali ritengono la struttura privata migliore di quella pubblica.
Anche nell'indagine Aiop, emerge che i livelli di soddisfazione degli utenti sono in generale alti. Nel grafico 6.2.6. si evidenzia peraltro come la soddisfazione nei confronti delle strutture private sia, relativamente ai diversi elementi oggetto di analisi, in generale più elevata rispetto alle strutture pubbliche, in modo particolare con riferimento alla tempistica.

GRAFICO 6.2.6. Grado di soddisfazione su alcuni aspetti (% di "molto" e "abbastanza")
Marzo/aprile 2001



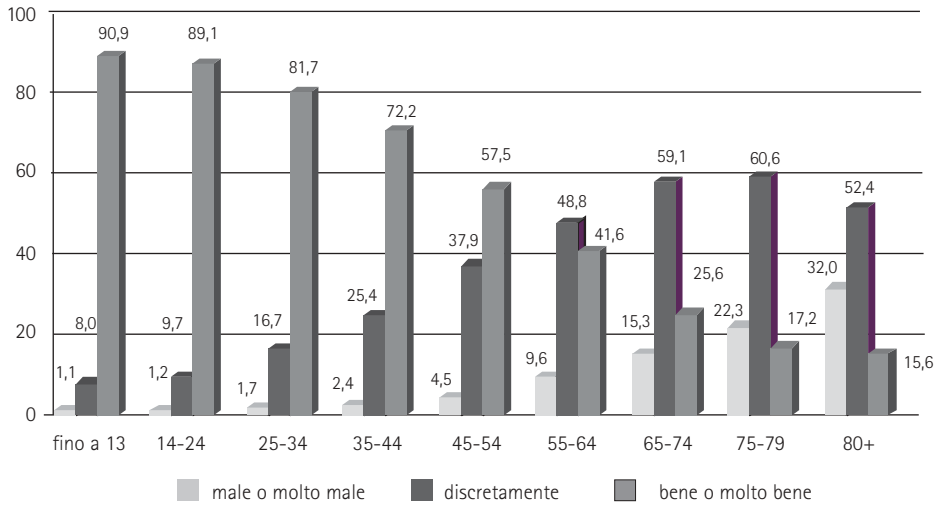
Fonte: Aiop

2. In particolare, l'aspetto curato dalla ricerca e che a noi interessa in questo contesto è la verifica della tipologia di struttura cui si è fatto ricorso per effettuare analisi, interventi o cure nei 12 mesi precedenti l'intervista, nonché i motivi che hanno portato ad una determinata scelta ed infine il grado di soddisfazione su una serie di elementi precisi, tra cui competenza e professionalità, capacità di rispondere ai propri bisogni, adeguatezza dei servizi, tempistica.

Il fattore "organizzazione" sembra quindi rivestire un ruolo molto importante nella formazione del giudizio espresso dai cittadini.
In particolare, l'Istat[3] ha analizzato i livelli di accessibilità alle prestazioni erogate dalle Asl, elaborando un indicatore oggettivo (tempo di attesa allo sportello) ed uno soggettivo (giudizio espresso sulla comodità dell'orario di accoglienza).
Ne è risultato (anno 2000) che il tempo medio richiesto per una prenotazione o per altre attività burocratiche presso una Asl è stimato in circa 20 minuti, con punte di attesa più elevate nel Mezzogiorno[4]. In particolare, nel Nord il 33,0% degli intervistati dichiara di aver aspettato allo sportello non più di 10 minuti, mentre nel Sud la percentuale scende al 19,4% e nelle Isole al 15,8%. Di riflesso, coloro che hanno atteso oltre i 20 minuti sono poco più del 32,0% nel Nord, il 54,4% nelle Isole ed il 46,5% nel Sud.
Per quanto riguarda l'indicatore soggettivo, oltre due terzi delle persone intervistate ritengono comodo l'orario delle Asl, con una prevalenza di soddisfatti ancora nel Nord, anche se il giudizio appare generalmente positivo anche da parte di coloro che risiedono nel Sud e nelle Isole.
Si può dunque ipotizzare che le attese non siano direttamente collegate ad una cattiva organizzazione dell'orario di apertura degli sportelli al pubblico, quanto forse a una carenza di offerta.
Nonostante le valutazioni positive sopra esposte, quasi il 50,0% di quanti si sono recati presso le Asl per prenotazioni e/o altre pratiche burocratiche, riterrebbe opportune delle modifiche organizzative, quali l'introduzione di un orario continuato fino al tardo pomeriggio.
In definitiva, fattori organizzativi e ambientali sembrano avere un rilievo maggiore nello spiegare le forti differenze di *customer satisfaction*, che si evincono dai diversi contesti nei quali sono condotte le indagini; l'insoddisfazione sembra collegata al sistema complessivo, più che ai servizi effettivamente erogati, rendendo complessa l'analisi. Certamente un più attento orientamento alla *customer satisfaction* sembra emergere da parte delle aziende sanitarie private.
Il quadro della domanda può essere integrato dall'analisi dei bisogni della popolazione, con particolare riferimento a quelli percepiti.
Dall'indagine Multiscopo sulle famiglie condotta dall'Istat nel 1999/2000 col contributo del Fondo sanitario nazionale[5], si possono evincere informazioni sullo stato di salute individuale percepita: deve essere precisato che la salute non è valutabile solo in base alla presenza o all'assenza di malattie o disabilità, ma che si tiene conto anche del benessere o malessere psichico nonché relazionale dell'individuo.
Nel 1999 il 65,7% degli uomini ed il 56,4% delle donne intervistate ha affermato di sentirsi "bene" o "molto bene", mentre solo il 5,6% degli uomini e l'8,5% delle donne ha dichiarato di stare "male" o "molto male".
Evidentemente per entrambi i sessi la percezione del proprio stato di salute tende a peggiorare con il crescere dell'età, ma si rileva che dopo i 14 anni le donne indicano uno stato di salute sempre peggiore rispetto a quello dichiarato dagli uomini: in particolare nelle classi di età oltre i 65 anni interviene una maggior presenza di malattie croniche tra le donne (Grafici 6.2.7. e 6.2.8.).

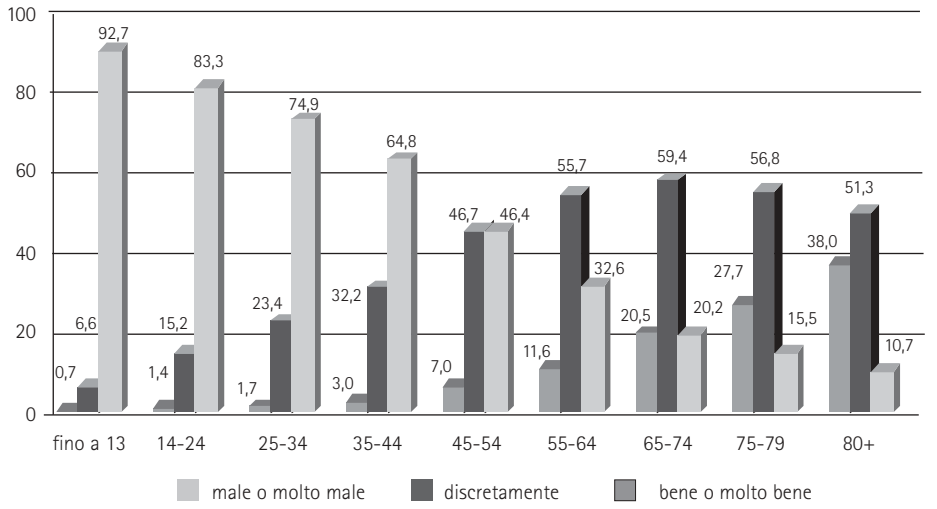
3. Istat, Indagine Multiscopo sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana, 2000 (dati provvisori).
4. Il dato si riferisce a quanto dichiarato dalle persone intervistate, e non tiene conto delle differenze nelle modalità di accesso al servizio (scelta di orari con maggiore o minore afflusso).
5. Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 1999-2000

GRAFICO 6.2.7. Popolazione maschile per classi di età secondo lo stato di salute dichiarato (%)
Settembre/dicembre 1999



Fonte: Elaborazione su dati Istat, Indagine Multiscopo "Le condizioni di salute degli italiani", 1999

GRAFICO 6.2.8. Popolazione femminile per classi di età secondo lo stato di salute dichiarato (%)
Settembre/dicembre 1999

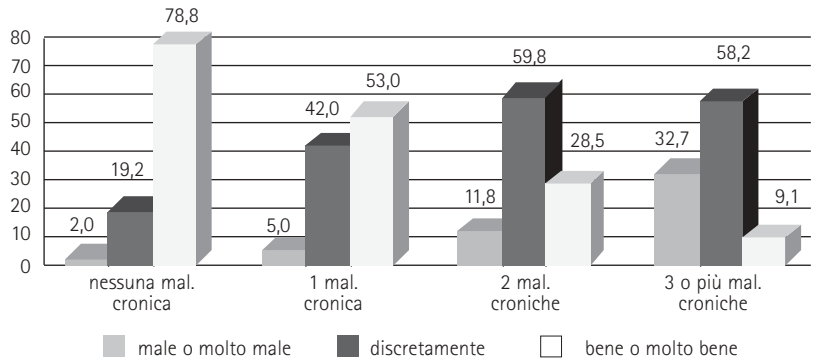


Fonte: Elaborazione su dati Istat, Indagine Multiscopo "Le condizioni di salute degli italiani", 1999

Nella classe d'età compresa tra 65 e 74 anni, gli uomini che stanno "male o molto male" sono il 15,3% contro il 20,5% delle donne, mentre gli intervistati di sesso maschile che dichiarano di stare "bene o molto bene" appartenenti alla suddetta classe di età sono il 25,6%, contro il 20,2% delle signore.
Lo stato di salute percepito dagli ultrasettantanovenni vede il 32,0% degli uomini contro il 38,0% delle donne che sta "male o molto male", mentre il 15,6% dei primi sta "bene o molto bene", a fronte del 10,7% delle seconde. Il divario tra il sesso maschile e quello femminile si accentua in relazione alla maggior longevità delle donne. In base alla ripartizione geografica, si evidenzia che dichiarano di stare "male o molto male" soprattutto i cittadini dell'Italia Insulare (10,1%) e

Meridionale (8,1%), mentre le percentuali scendono se si considera il Centro (7,4%), il Nord-Ovest (5,8%) ed il Nord-Est (4,9%). Di contro si sentono "bene o molto bene" soprattutto coloro che risiedono nel Nord dell'Italia: nel complesso, il 63,6% del Nord-Est ed il 61,1% nel Nord-Ovest, contro il 58,0% nel Centro, il 58,9% nel Meridione ed il 56,2% delle Isole.
Su un piano maggiormente "oggettivo", si può analizzare la diffusione delle malattie cronico-degenerative, che l'indagine Multiscopo dell'Istat ha rilevato nel 1999. Oltre il 47,0% della popolazione italiana (con una quota maggiore di donne rispetto agli uomini) ha dichiarato di soffrire di almeno una malattia cronica. Tra le patologia più diffuse, si registrano le artrosi e le artriti, nonché l'ipertensione arteriosa. Tra le donne in particolare si trova l'osteoporosi (ne soffre l'8,1% delle donne contro una percentuale inferiore all'1,0% degli uomini). Sono invece tipicamente maschili bronchite, problemi alla prostata ed ulcera gastrica. Tra i giovanissimi ricorrono invece le malattie allergiche, l'asma bronchiale, e le malattie della pelle.
Evidentemente la presenza di una o più malattie croniche influenza la percezione del proprio stato di salute: l'Istat ha rilevato che fra cittadini che si sentono "bene" o "molto bene" solo il 21,2% ha tale percezione pur in presenza di malattie croniche. Di contro oltre il 58,0% delle persone affette da tre o più malattie croniche dichiara un "discreto" stato di salute (Grafico 6.2.9.).

GRAFICO 6.2.9. Popolazione per numero di malattie croniche secondo lo stato di salute dichiarato (%) - Settembre/dicembre 1999.



Fonte: Elaborazione su dati Istat, Indagine Multiscopo "Le condizioni di salute degli italiani", 1999

L'autovalutazione del proprio stato di salute risulta una importante variabile nel determinare il ricorso ai servizi sanitari. L'Istat[6] ha rilevato negli ultimi 5 anni una percentuale piuttosto stabile di popolazione che ricorre a strutture ospedaliere pubbliche e ad istituti di cura accreditati e privati (circa il 14,0%). Sono più o meno 2 milioni le persone ricoverate nelle suddette strutture nell'anno 1999, e di queste circa il 39,0% di è costituito da persone anziane.
Per quanto concerne le modalità di accesso[7] nel 2000, solo il 2,0% circa dei ricoveri in strutture ospedaliere private viene finanziato direttamente dai pazienti

6. Istat, Rapporto annuale, 2000.

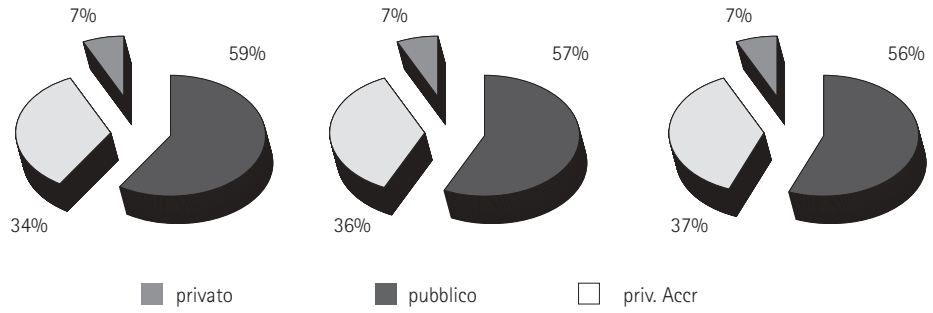
(eventualmente con la copertura di un'assicurazione privata); il restante 98,0% si suddivide fra l'85,0% dei ricoveri che ha luogo nelle strutture pubbliche ed un 13,0% in istituti di cura accreditati, con copertura finanziaria garantita dal Ssn (anche se spesso nel privato accreditato restano a carico del paziente alcune spese aggiuntive).
Al sistema privato si ricorre invece più diffusamente per le visite mediche specialistiche (nel 60,0% dei casi a totale carico del paziente), e gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (20,0% risulta essere la quota di casi a totale carico del paziente).
Sembra interessante sottolineare che nel complesso la quota di visite specialistiche totalmente a carico del cittadino è in aumentata nel corso degli anni '90, passando dal 52,2% del 1994 al 59,4% del 1999 (con un a punta del 64,5% nel Nord-Est del Paese). Tale aumento è dovuto in larga parte al maggior ricorso a specifiche tipologie di visite: ad esempio, nel 90,0% dei casi il dentista viene scelto fra gli specialisti privati (spesso per carenza di offerta nel settore pubblico).
Sempre nell'arco temporale degli anni '90, si registra una diminuzione della quota di accertamenti diagnostici a pagamento intero (dal 27,0% al 19,7%), contrattasi soprattutto nel Nord-Ovest e nel Mezzogiorno.
Secondo le indagini Istat il 65,0% ca. delle visite mediche e degli accertamenti diagnostici a pagamento intero deriva peraltro da una precisa scelta dei cittadini, e non è dovuta a situazioni di necessità economica. Concludendo, il rapporto fra cittadini e Ssn sembra segnato da luci ed ombre, evidenziando comportamenti e scelte complessi: sembra peraltro emergere una maggiore attenzione e successo delle strutture private nella soddisfazione dell'utente.

6.3. Strutture ed attività sanitaria in Italia

Il sistema sanitario italiano ha fondamenta pubbliche ma con una forte presenza del privato.
La componente privatistica del Servizio sanitario si è anzi andata accentuando in questi anni come risulta anche dall'evoluzione della tipologia delle strutture di ricovero: in termini percentuali, infatti, nel triennio 1997-99, si evidenzia un incremento della quota di strutture ospedaliere del privato accreditato (dal 34 al 37%) a fronte di una corrispondente diminuzione di quelle pubbliche (dal 59 al 56%); rimane stabile la quota di strutture private non accreditate (7%) (Grafico 6.3.1.).
Si evidenzia, inoltre, una linea di tendenza alla riduzione del numero di strutture di ricovero, determinata dai processi di razionalizzazione, selezione e conversione che hanno caratterizzato la seconda metà degli anni '90: nel periodo 1997-99, assistiamo a una diminuzione delle strutture pubbliche (erano 942 nel 1997 e 813 nel 1999), delle private accreditate (537 nel 1997 e 531 nel 1999), e di quelle private non accreditate (648 nel 1997 e 637 nel 1999).
La riduzione è significativa soprattutto per le strutture pubbliche (-13%), e deriva dalla riconversione e dall'accorpamento di molti ospedali. Il fenomeno coinvolge in grande prevalenza gli ospedali a gestione diretta: erano 707 nel 1997, 617 nel 1998 e 599 nel 1999.

7. Istat, Relazione dell'intervento del Presidente dell'Istituto nazionale di statistica presso l'Università di Bologna del 1 dicembre 2000, "Salute e sistema sanitario in Italia negli anni '90".

GRAFICO 6.3.1. Percentuale di strutture di ricovero pubbliche, private accreditate e private



Fonte: Ministero della Salute, Attività gestionali ed economiche delle Usl e Aziende Ospedaliere, anni 1997, 1998 e 1999

I cambiamenti più rilevanti, per quanto riguarda l'assetto delle strutture ospedaliere pubbliche, si sono avuti nella regione Lombardia, dove le Aziende Ospedaliere sono aumentate passando dalle 16 del 1997 alle 27 del 1999, riducendosi di conseguenza (-79%) gli Ospedali a gestione diretta (dai 93 del 1997 agli appena 20 del 1999, riduzione, ricordiamo, avvenuta anche per effetto degli accorpamenti).
Un altro fronte di riduzione delle strutture pubbliche è costituito dalla chiusura degli istituti psichiatrici residuali, per effetto della legge Basaglia (legge 180/78), che nel 1999 si erano ridotti a 2 su tutto il territorio nazionale (erano ancora 36 nel 1997).
Da segnalare, invece, la presenza in Toscana, a partire dal 1998, della prima struttura di ricovero pubblica italiana che si fregia della qualifica di "Ente di ricerca".
Liguria, Campania, Veneto e Toscana sono le regioni che hanno fatto registrare il maggior numero di accreditamenti delle strutture private.
Una migliore comprensione dell'offerta ospedaliera si ha analizzando i posti letto a disposizione dal Ssn.
Per quanto riguarda l'offerta complessiva di posti letto ricordiamo che il D. Lgs. n. 502/92, la L. n. 382/96 e la L. n. 662/96 confermano lo standard di 5,5 posti letto per 1.000 abitanti di cui l'1 per 1.000 riservato alla riabilitazione e lungodegenza post-acuzie[8]. Ma ancora nel 1999 la realtà si discostava dai parametri fissati: i posti letto a livello nazionale risultavano infatti 5,3 per 1.000 abitanti e di questi quelli dedicati alla riabilitazione e lungodegenza post-acuzie soltanto lo 0,5. A livello regionale si presentano realtà diverse, che vedono al primo posto per maggiore densità di posti letto il Lazio (6,5 posti letto per 1000 abitanti) e all'ultimo la Campania con appena 4,0 posti letto per 1000 abitanti.
La consistenza dell'offerta, tra pubblico e privato accreditato, nel corso del triennio 1997-99 è comunque diminuita, subendo anche rilevanti modifiche per regime di destinazione (degenza ordinaria o *day hospital*), attribuibili alle politiche di razionalizzazione dell'offerta, favorite dalle innovazioni tecnologiche che consentono oggi di trasformare in regime di *day hospital* interventi per i quali negli scorsi anni era necessario un ricovero in degenza ordinaria.
In particolare il numero totale di posti letto ordinari, che ammontava a 353.073 nel 1997, per l'84,0% pubblici e per il 16,0% privati accreditati, nel 1999 è sceso a 308.588 di cui 83,0% pubblici e 17,0% privati accreditati, con una diminuzione

8. Il D.L. 347/2001 prevede una ulteriore riduzione a 5 posti letto per 1.000 abitanti. 4 per acuti e 1 per riabilitazione e lungodenza.

del 13,0%. Contemporaneamente i posti letto di *day hospital* e *day surgery* hanno subito un aumento tanto nel pubblico (7,2 nel 1997 e 9,0 nel 1999) che nel privato accreditato e nel settore privato (1,4 nel 1997 e 2,0 nel 1999). Il settore pubblico ha potenziato la propria offerta di posti letto per ospedalizzazione diurna del 4,0% nel triennio (da 21.247 nel 1997 e a 22.485 nel 1999), il privato accreditato del 40,0% circa (819 posti letto nel 1997, 1.191 nel 1999) (Tav. 6.3.1.).

TAVOLA 6.3.1. Percentuale di posti letto pubblici e privati accreditati in regime di day hospital, ordinario e a pagamento - 1997-99

	Posti letto pubblici				Accreditati		
Anno	Day hospital	Ordinario	Pagamento	Totale	Day hospital	Ordinario	Totale
1997	7,2	91,8	1,0	100	1,4	98,6	100
1998	7,9	91,1	1,0	100	1,5	98,5	100
1999	9,0	90,0	1,0	100	2,0	98,0	100

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero della Salute - 1999

Delle 69 specialità cliniche codificate, ben 63 sono trattate anche come attività di *day hospital* nelle strutture di ricovero pubbliche, mentre sono solo 27 in quelle private accreditate. Di contro per alcune attività cliniche eseguite in regime di *day hospital*, come l'emodialisi e la neuro-riabilitazione, è maggiore offerta nei reparti delle strutture private accreditate.
Per quanto riguarda la suddivisione dei posti letti per acuti e non acuti, notevoli sono le differenze tra pubblico e privato accreditato (Tav. 6.3.2.).

TAVOLA 6.3.2. Percentuale di posti letto pubblici e privati accreditati per acuti e non acuti 1997-99

	Posti letto pubblici			Accreditati		
Anno	Acuti	non acuti	Totale	Acuti	non acuti	Totale
1997	93,5	6,5	100	70,4	29,6	100
1998	94,0	6,0	100	70,0	30,0	100
1999	94,5	5,5	100	70,7	29,3	100

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero della Salute - 1999

In quest'ultimo ambito nel triennio 1997-99 la percentuale di posti letto per non acuti si attesta al 29,3 per cento, mentre nel settore pubblico dal 1997 al 1999 diminuisce di un punto percentuale passando da 6,5 a 5,5 nel 1999.
Il numero di dimessi dal "regime ordinario" risulta sempre in calo, come si evince dai dati messi a disposizione dal Ministero della Salute attraverso il "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero" che raccoglie le informazioni delle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) per il triennio dal 1997 al 1999.
Con l'introduzione dei Drg (*Diagnosi Related Group*), per il sistema di pagamento a prestazione resa, si è imposta una drastica riduzione della durata delle degenze sia nel pubblico che nel privato accreditato.
Tuttavia non si deve dimenticare che la degenza media e la sua riduzione sono funzione della disciplina analizzata. Nei reparti di geriatria e neurologia rimangono le degenze medie più elevate, mentre chirurgia pediatrica e oculistica registrano i valori più bassi sia nel settore pubblico che in quello privato accreditato.

Per le degenze in acuzie sia nelle strutture di ricovero pubbliche che in quelle private accreditate si assiste ad una diminuzione della degenza media. Nel pubblico da 7,6 giorni nel 1997 a 7,1 nel 1999, nel privato da 8,1 a 7,1 giorni nel 1999. Più marcata appare la diminuzione della degenza media per quanto riguarda l'attività di degenza per non acuti, passata da 42,4 giorni nel 1997 a 26,4 nel 1999 nel pubblico e da 46,6 a 36,3 nel privato accreditato. All'interno di queste ultime strutture si registra, per il 1999, il valore più alto del tasso di utilizzo dei posti letto: 91,6% (Tavv. 6.3.3. e 6.3.4.).

TAVOLA 6.3.3. Attività di degenza per acuti(*) delle strutture di ricovero pubbliche e case di cura accrreditate - 1995-99

	Posti letto effettivamente utilizzati		Ricoveri		Tasso di ospedalizzazione (x1000 ab)	
Anno	Pubbliche	Accreditate	Pubbliche	Accreditate	Pubbliche	Accreditate
1995	247.336	34.893	7.852.723	897.322	137,1	15,7
1996	249.565	37.336	8.620.365	1.012.301	150,4	17,7
1997	234.150	37.170	8.481.530	1.043.114	147,6	18,2
1998	221.544	37.008	8.260.417	1.104.820	143,5	19,2
1999	208.795	35.221	8.294.652	1.144.487	144,0	19,9

	Giornate di degenza effettuate		Degenza media		Tasso di utilizzo (%)		Indice di rotazione	
Anno	Pubbliche	Accreditate	Pubbliche	Accreditate	Pubbliche	Accreditate	Pubbliche	Accreditate
1995	65.216.314	9.708.491	8,3	10,8	75,0	79,6	33,0	26,9
1996	67.504.650	9.198.613	7,8	9,1	75,8	71,5	36,0	28,7
1997	63.978.262	8.491.148	7,5	8,1	77,5	67,9	37,9	30,6
1998	61.440.911	8.491.393	7,5	7,7	78,2	65,5	38,0	31,0
1999	58.933.641	8.147.719	7,1	7,1	77,8	65,5	40,0	33,7

(*) sono escluse le discipline: Residuale manicomiale, unità spinale, recupero e riabilitazione funzionale, lungodegenti, neuro-riabilitazione

Fonte: Ministero della Salute - Attività gestionale ed economiche delle Usl e Aziende Ospedaliere - 1998 e 1999

TAVOLA 6.3.4. Attività di degenza per non acuti(*) delle strutture di ricovero pubbliche e case di cura accrreditate - 1995-99

	Posti letto effettivamente utilizzati		Ricoveri		Giornate di degenza effettuate	
Anno	Pubbliche	Accreditate	Pubbliche	Accreditate	Pubbliche	Accreditate
1995	23.389	12.439	94.505	79.969	7.331.482	3.937.553
1996	24.826	13.420	103.894	91.361	7.321.456	4.390.023
1997	16.292	15.629	109.028	104.621	4.690.450	4.854.395
1998	14.104	15.613	116.393	123.999	3.887.443	4.857.677
1999	12.137	14.620	134.891	124.768	3.561.440	4.526.613

	Degenza media		Tasso di utilizzo (%)		Indice di rotazione	
Anno	Pubbliche	Accreditate	Pubbliche	Accreditate	Pubbliche	Accreditate
1995	77,6	49,2	90,0	92,5	4,2	6,7
1996	70,5	48,1	87,3	93,0	4,5	7,0
1997	43,0	46,4	85,9	88,4	7,3	7,0
1998	33,4	39,2	85,0	88,5	9,0	8,0
1999	26,4	36,3	83,8	91,6	11,6	9,0

(*) sono considerate le discipline: Residuale manicomiale, unità spinale, recupero e riabilitazione funzionale, lungodegenti, neuro-riabilitazione

Fonte: Ministero della Salute - Attività gestionale ed economiche delle Usl e Aziende Ospedaliere - 1998 e 1999

Il tasso di utilizzazione dei posti letto di riferimento, individuato al livello del 75,0 per cento è stato in media superato nell'attività di degenza per acuti dalle strutture pubbliche (77,8 per cento nel 1999), mentre non viene raggiunto negli istituti accreditati, che ancora oggi presentano un valore di 65,5 per cento.
Di conseguenza l'indice di rotazione, che esprime il numero dei pazienti che in un anno occupa lo stesso posto letto, cresce nel triennio 1997-99 sia nel pubblico che nel privato accreditato (da 38,8 a 40,0 nel primo e da 30,6 a 33,7 nel secondo).
Si noti ancora che il tasso di ospedalizzazione in degenza ordinaria (programmato dall'art 1 della L. n. 662/96 al valore di 160 ricoveri ogni 1000 abitanti), nel 1999 raggiungeva il valore di 171 ricoveri per 1.000 abitanti.
Ne segue che la riduzione nella durata delle degenze viene in parte compensata dall'incremento dei ricoveri.
Per quanto concerne le emergenze, le risposte assistenziali gravano prevalentemente sulle strutture pubbliche, pur restando disomogenee a livello regionale. In particolare si assiste ad una diminuzione dei "centri" di rianimazione a fronte del quale, però, emerge un aumento del 20% e del 36% rispettivamente nel pubblico e nel privato, delle "unità mobili" di rianimazione (317 nel 1997, 382 nel 1999).
In aumento anche il numero di dipartimenti di emergenza (+38%) nel settore pubblico: tra le Regioni molte hanno raddoppiato la propria dotazione rispetto al 1997.
Resta grave la situazione, sia nel pubblico sia nel privato, dei centri trasfusionali e di dialisi dove l'offerta continua a scendere nonostante sia crescente la domanda da parte dei cittadini.
Di contro continuano ad aumentare il numero dei posti in camere iperbariche, per il trattamento di emergenza di intossicazione di monossido di carbonio e delle embolie gassose, nel settore pubblico (+7%) mentre l'offerta privata ha subito nel triennio 1997 al 1999 consistenti oscillazioni. L'Emilia Romagna, dotandosi nel 1998 di 22 posti in camere iperbariche, ha fatto registrare un incremento del 31%, mentre nel 1999 la Lombardia ha ridotto della metà la propria dotazione facendo scendere l'intera offerta del settore privato accreditato del 15%.
In aumento risultano infine i servizi di ospedalizzazione domiciliare, soprattutto da parte dell'operatore pubblico che dal 1997 al 1999 ha incrementato tale servizio del 15% (57 nel 1997, 66 nel 1999).
Per quanto concerne le apparecchiature di diagnosi e cura, sia nel settore pubblico sia nel privato accreditato si assiste ad un rapido incremento.
Molte Regioni hanno aumentato la propria dotazione, con valori compresi fra il 20% ed il 50%, con casi di raddoppio: è il caso, ad esempio, degli apparecchi per l'emodialisi in Emilia Romagna nel triennio 1997-1999, mentre la Valle d'Aosta – che ne era sprovvista sino al 1997 – ne possiede 25 nel 1999.
Passando all'analisi degli organici del Ssn, nel triennio preso in considerazione il personale risulta sempre in calo: è infatti in diminuzione sia il numero dei medici che degli infermieri, sia per posto letto che per 1000 abitanti. Di contro rimane costante il rapporto infermieri per medico, pari a 2,6 in generale e a 2,3 (1997), 2,4 (1999) nelle Aziende Ospedaliere.
Un grave problema è rappresentato dall'offerta di infermieri, che non riesce a soddisfare la domanda da parte delle strutture di ricovero. Malgrado la riqualificazione della professione infermieristica e la costituzione, presso la Facoltà di Medicina, della laurea (di 3 o 5 anni) in Scienze infermieristiche, ancora oggi non si intravede un futuro roseo per i prossimi anni: per soddisfare la propria domanda le strutture sia pubbliche che private sono spesso costrette a rivolgersi ai vici-

ni Paesi europei e non. Tra il 1997 e 1999 il personale delle strutture di ricovero delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende Ospedaliere è diminuito del 1,7% passando da 473.060 unità a 464.957. La composizione degli organici, fra ruolo sanitario, professionale, tecnico e amministrativo ha invece subito solo lievi modificazioni (Tavola 6.3.5.).

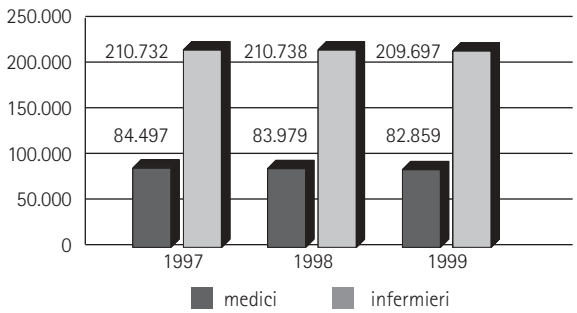
TAVOLA 6.3.5. Personale delle strutture di ricovero: Aziende Usl più Aziende Ospedaliere per ruolo - 1997-99

Ruolo	1997	%	1998	%	1999	%
Sanitario	333.918	70,6	333.365	70,7	329.182	70,8
Professionale	770	0,2	778	0,2	766	0,2
Tecnico	112.898	23,9	109.751	23,3	107.346	23,1
Amministrativo	25.474	5,4	27.362	5,8	27.569	5,9
Totale	**473.060**	**100**	**471.256**	**100**	**464.957**	**100**

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero della Salute - 1999

Se si considera il solo personale medico e infermieristico[9], il trend 1997-99 è negativo (-1,9% per i medici e -0,5% per gli infermieri), con un riassetto fra Aziende sanitarie locali e Aziende Ospedaliere, derivante dall'aumento di queste ultime. Così è in diminuzione il personale dipendente da Aziende sanitarie locali (del -29% per quanto concerne i medici e del -35% per gli infermieri), mentre è in aumento quello dipendente dalle Aziende Ospedaliere (medici +17%, infermieri +26%) (Grafico 6.3.2.).

GRAFICO 6.3.2. Medici e infermieri delle Aziende Usl e delle Aziende Ospedaliere* - 1997-99



*sono compresi anche gli universitari

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero della Salute - 1999

Per quanto riguarda l'ospedalità privata, Aiop ed ARIS (le principali associazioni dell'ospedalità privata) registrano al 31 dicembre 2000 81.537 unità di personale, di cui 67.663 non medici e 13.874 medici, di questi circa il 36% è legato da rapporto di lavoro dipendente.

9. Comprensivo di quello universitario

6.4. La spesa sanitaria

Il contenimento della spesa sanitaria pubblica è una delle sfide più urgenti del nostro Paese, che si trova da una parte a dover rispettare i vincoli finanziari derivanti dal rispetto dei parametri economici dell'UE e dall'altra a fare i conti con diversi fattori responsabili della sua crescita quali: l'invecchiamento della popolazione, il progresso scientifico e tecnologico in medicina, l'aumento dei prezzi, la presenza di nuove patologie e di consistenti flussi migratori, la maggiore attenzione prestata alla qualità della vita. L'aumento della speranza di vita, legato soprattutto alle nuove conoscenze mediche, e la caduta dei tassi di natalità favoriscono la crescita della popolazione anziana e quindi dei consumi sanitari. Le nuove patologie sono, spesso conseguenza delle nuove abitudini socio-culturali (abuso di fumo, droghe, alcool, ecc.), mentre i flussi demografici rappresentano un problema sociale che ha effetti sul mondo sanitario, ma da questo non controllabile. La Sanità d'altra parte è uno dei settori più innovativi, nel quale vengono sviluppate e utilizzate nuove tecnologie per la diagnosi e la cura preventiva delle malattie, che però contribuiscono all'aumento della spesa. L'utilizzo di beni e servizi ad alto contenuto tecnologico si riflette, poi, sul più elevato prezzo dei beni di cui si avvale il settore sanitario che comporta un più elevato tasso di inflazione rispetto ad altri settori.

In questo scenario risulta quindi giustificata l'attenzione verso le dinamiche della spesa sanitaria che, con la delega del finanziamento alle Regioni attraverso il D. Lgs. 56/2000, di "istituzione" del federalismo fiscale in Sanità, è destinata a "sfuggire" sempre di più al controllo del livello centrale.

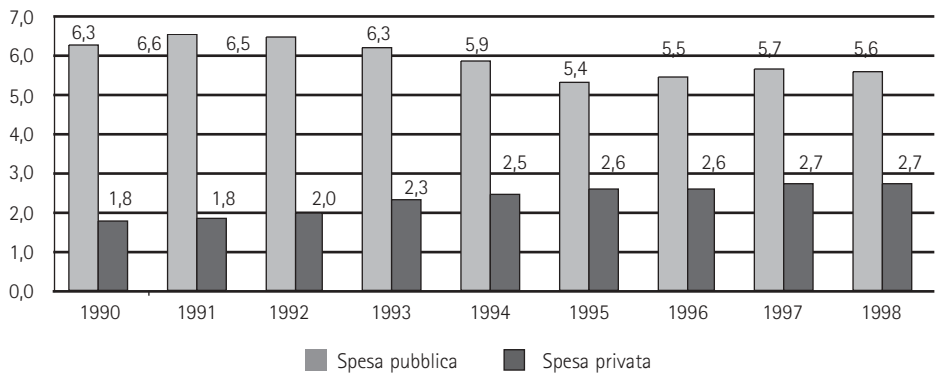
Considerando che un taglio della spesa sanitaria pubblica è in queste condizioni poco realizzabile, anche perché – citando il Ministro della Sanità G. Sirchia – "il sistema sanitario nazionale, universale e solidale è ormai un patrimonio nazionale acquisito", la priorità è migliorare il sistema pubblico razionalizzando la spesa e quindi eliminando gli sprechi e recuperando la cultura della qualità e dell'efficienza.

Allo stesso tempo è necessario provvedere ad un riequilibrio ed una integrazione tra intervento pubblico e privato; la presenza del privato stimolando la competizione può anche determinare una maggiore soddisfazione dell'utente. D'altronde già il D. Lgs. 229/99 specificando gli ambiti di tutela del Ssn, lascia intravedere spazi per un maggiore intervento privato.

La tendenza a ridurre l'intervento pubblico in sanità è evidenziato dall'andamento della spesa sanitaria pubblica in percentuale del Pil che dopo essere cresciuta durante tutti gli anni '80 fino al 1992, è poi diminuita in modo sostanziale a partire dal 1994 a seguito delle politiche di contenimento realizzate, e ha finito per attestarsi al 5,6% del Pil nel 1998 (secondo dati Ocse) e rimanendo sostanzialmente invariata nel 1999 (secondo gli ultimi dati Istat).

Di conseguenza la quota di spesa privata è aumentata notevolmente negli ultimi anni, si è passati dal 1,4% del Pil nel 1980 al 2,7% del Pil nel 1998 (dati Ocse).

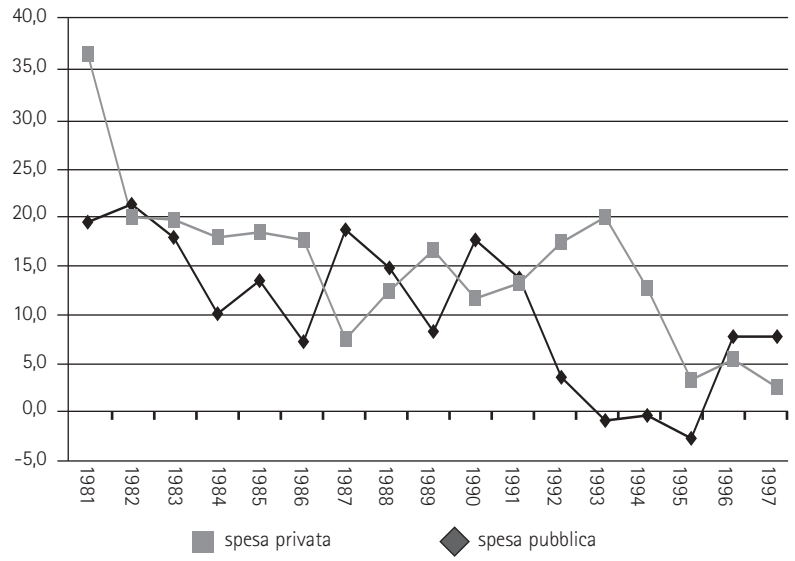
GRAFICO 6.4.1. Spesa sanitaria pubblica e privata in Italia (%Pil)



Fonte: Ocse

La spesa pubblica corrente ha presentato una dinamica di crescita più accentuata rispetto a quella privata fino al 1991 passando dal 19,5% nel 1981 al 13,7% nel 1991. È stata poi la componente privata a far registrare tassi di crescita nominali a due cifre, cui si è contrapposta una spesa pubblica in crescita zero e anche in declino (Grafici 6.4.1. e 6.4.2.).

GRAFICO 6.4.2. Tassi di crescita spesa sanitaria corrente pubblica e privata

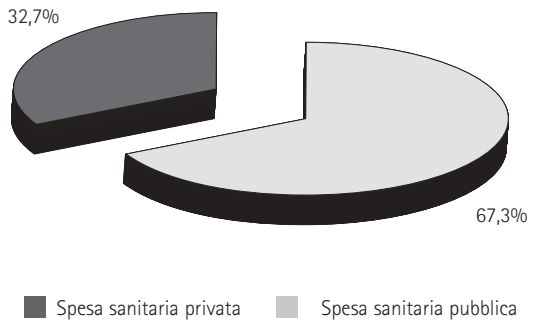


Fonte: Ocse

L'Italia mostra una situazione ancora più peculiare se si analizza il rapporto tra spesa sanitaria pubblica (finanziata dal Ssn) e spesa sanitaria totale, indicatore principale per misurare il grado di copertura pubblica di un sistema sanitario. Questo rapporto in Italia ha avuto una rapida flessione nel periodo 1991-1995 dove la percentuale di copertura della spesa sanitaria da parte del sistema pubblico è passata dal 78% a circa il 67% (secondo dati Ocse), posizionando l'Italia come il Paese con la percentuale più alta di spesa sanitaria pagata privatamente dai cittadini rispetto ai principali Paesi UE. La caduta del grado di copertura pub-

blico del Ssn è stato il risultato di drastici interventi sulla spesa sanitaria pubblica introdotti nel periodo 1992-1995, in particolare: l'introduzione della compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket), le misure rivolte a bloccare l'aumento del costo del lavoro e infine la revisione verso il basso dei prezzi dei farmaci. La componente privata della spesa sanitaria ha evidenziato invece un andamento opposto, passando dal 20% negli anni '80 a circa il 33% alla fine degli anni '90 (dati Ocse): un'anomalia per il nostro servizio sanitario che si colloca tra i sistemi pubblici, ma che vede la componente di spesa privata tra le più alte nei Paesi dell'Ocse. Secondo alcuni, l'accelerazione della spesa privata avviene con pesanti duplicazioni, essendo molte delle spese sanitarie private destinate a coprire prestazioni che sono già teoricamente garantite dal Ssn. Se poi si considera che a fronte dell'alta spesa sanitaria privata non si è ancora sviluppata una forte organizzazione mutualistica e assicurativa, il tutto si traduce in un forte esborso diretto da parte del singolo paziente (Grafico 6.4.3.).

GRAFICO 6.4.3. Copertura pubblica del sistema sanitario italiano (1998)



Fonte: Ocse

La spesa sanitaria corrente è passata da 80.262 miliardi nel 1990 a 120.380 miliardi nel 1999 corrispondenti al 5,6% del Pil, collocando l'Italia, tra i Paesi Industrializzati, nella parte bassa della classifica nel rapporto risorse per la Sanità/Pil[10].

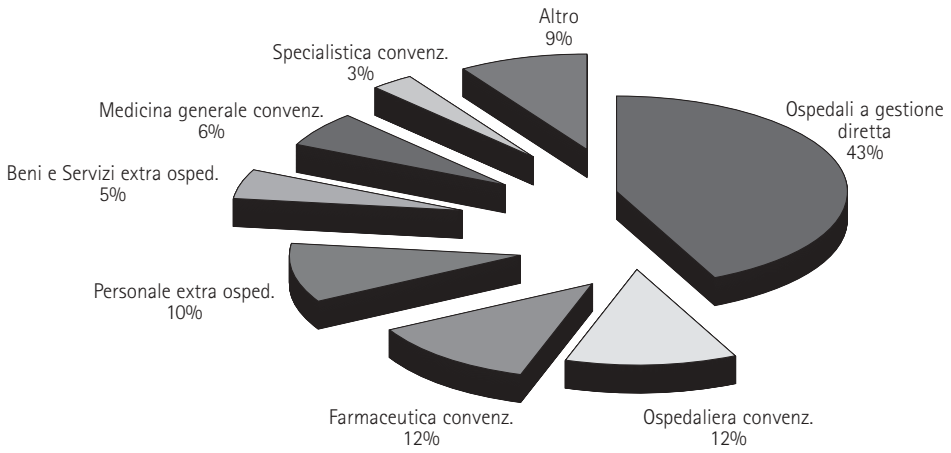
La spesa sanitaria in conto capitale e quindi l'ammontare di risorse destinate agli investimenti in nuove strutture, attrezzature e impianti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie, si è attestata su livelli piuttosto modesti nell'ultimo ventennio, anche quando nel periodo 1988-98 furono stanziati 38.000 miliardi per un piano decennale di investimenti. In particolare, tra il 1960 e il 1980 si è passati dal 4% al 7% della spesa sanitaria pubblica, in coincidenza con il forte sviluppo della rete ospedaliera pubblica. Gli investimenti pubblici rappresentano secondo dati OECD solo il 3% della spesa sanitaria pubblica e il 2% di quella totale nel 1998. Gli investimenti privati son invece pari al 7,3% della spesa sanitaria privata e al 2,4% della spesa sanitaria totale sempre nel 1998.

Per quanto riguarda la ripartizione territoriale della spesa sanitaria pubblica, gli ultimi dati definitivi di cui si dispone fanno riferimento al 1998 ed evidenziano una sostanziale diversità in termini di dato pro-capite tra le Regioni centro-set-

10. Non si dispone ancora di dati aggiornati al 2000 in quanto la Relazione Generale sulla situazione economica del Paese presentata dal Ministro dell'Economia e Finanze al Parlamento nell'anno 2001 non comprende il capitolo dedicato alla Sanità in attesa dei risultati delle verifiche in corso tra Governo e Regioni. La Relazione presenta solo qualche dato provvisorio, in particolare afferma che nel 2000 il comparto sanitario evidenzia un incremento della spesa sanitaria del 6,5%, in forte risalita rispetto all'anno precedente quando il tasso di crescita si era attestato al 3,4% (contro il 6% circa del biennio 1997-1998), anche se la quota sul Pil rimane sostanzialmente invariata e pari al 5,3%.

tentrionali e quelle meridionali-insulari. Dati del Ministero della Sanità evidenziano una spesa pro-capite media pari a lire 2.089.741 nelle Regioni settentrionali e di lire 1.801.033 nelle Regioni meridionali (al lordo della mobilità). La differenza può essere solo parzialmente spiegata considerando la struttura per età della popolazione, dove la percentuale di soggetti ultrasessantacinquenni è superiore nelle Regioni del Centro e del Nord con percentuali che nel 1999 hanno raggiunto rispettivamente il 19,5% e il 19,2% contro una percentuale di anziani pari al 15,5% della popolazione nel Sud. La presenza di una più consistente quota di anziani si riflette ovviamente nella maggiore richiesta di cure ed assistenza, spesso cure di lungo periodo derivanti dallo stato di disabilità, e quindi con un maggiore impatto sulla spesa sanitaria. Inoltre le disparità geografiche sono dovute alla mobilità dei pazienti che dal Sud della penisola spesso si spostano verso nord per ricevere cure mediche e usufruire di servizi ospedalieri e per la maggiore offerta di servizi sanitari al Nord.
Passando ad analizzare la scomposizione funzionale della spesa sanitaria pubblica, si può notare come l'assistenza ospedaliera in strutture pubbliche (stimata come il 75% della spesa per il personale e di quella per beni e servizi) e private convenzionate, assorba nel 1999 circa il 56% della spesa sanitaria pubblica corrente.

GRAFICO 6.4.4. Scomposizione funzionale della spesa sanitaria pubblica corrente (1999)

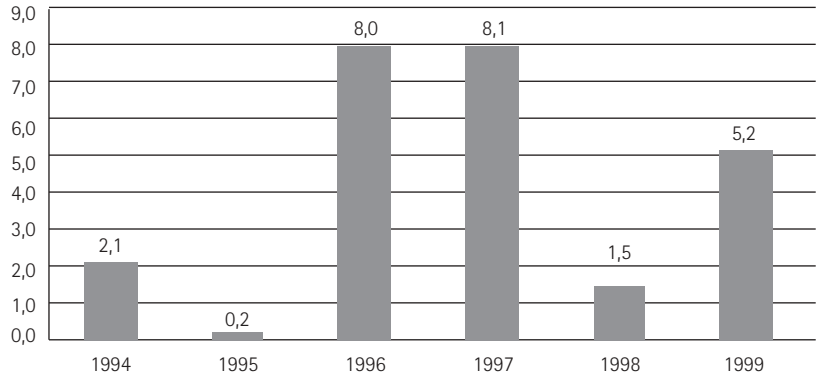


Fonte: elaborazione Prometeo su dati della Relazione Generale sulla situazione economica del Paese, Ministero dell'Economia e Finanze, vari anni

La crescita della spesa ospedaliera è da imputare sia ai presidi in gestione diretta, che alla quota convenzionata che comprende le prestazioni erogate dagli istituti scientifici di ricovero e cura di diritto privato, dagli ospedali ecclesiastici classificati, dalle cliniche ed istituti universitari di ricovero e cura gestiti dalle Università convenzionate e dalle case di cura private convenzionate. Per il 1998 le case di cura accreditate assorbono, secondo dati Aiop, una quota pari all'8,8% della spesa ospedaliera complessiva mentre gli istituti in convenzione obbligatoria contano per l'11,2%. La spesa per posto letto risulterebbe, quindi, di circa 118 milioni l'anno e di 432.000 lire per giornata di degenza (considerando un tasso di utilizzo del 75%), inferiore a quella dei posti letto pubblici che rappresentando l'80% della spesa ospedaliera complessiva registrerebbero una spesa per posto letto di 185 milioni circa all'anno con un costo di 676.000 lire giornaliero. La diversa spesa per posto letto può peraltro dipendere dai diversi case-mix ospedalieri, ovvero dalla diversa complessità della casistica trattata.

La spesa ospedaliera convenzionata ha mostrato una progressiva crescita negli anni, passando da 10.708 miliardi nel 1995 con una percentuale di assorbimento della spesa sanitaria pubblica pari all'11,4%, a 14.776 nel 1999 con una quota di assorbimento della spesa sanitaria pubblica pari al 12,3%. La spesa ospedaliera espone un trend costantemente in crescita e questo costituisce un fattore determinante nell'evoluzione della spesa sanitaria complessiva (Grafico 6.4.5.).

GRAFICO 6.4.5. Tasso annuo di crescita della spesa pubblica per ospedali (%)

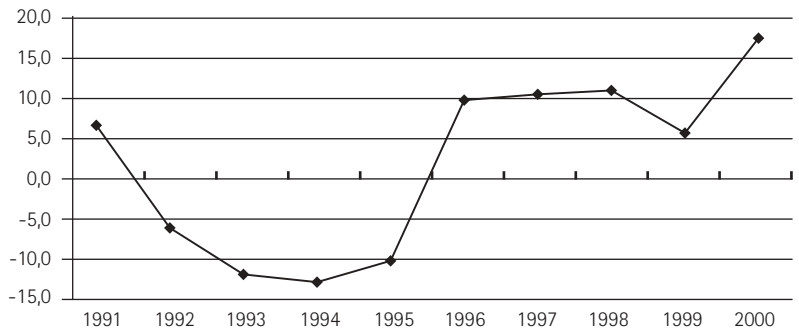


Fonte: elaborazione Prometeo su dati della Relazione Generale sulla situazione economica del Paese, Ministero dell'Economia e Finanze, vari anni

Tra le voci che destano maggiore preoccupazione c'è anche la spesa farmaceutica che, dopo una fase di ridimensionamento iniziata nel 1992 legata ad incisive politiche di contenimento della spesa, dal 1996 evidenzia un andamento incrementale di una certa rilevanza ulteriormente confermato nel 1999, con una spesa pari a 14.373 miliardi (pari al 12% della spesa sanitaria pubblica. Questo andamento risulta ulteriormente confermato nelle prime stime del 2000 con una spesa totale per farmaci pari a 16.949 miliardi, circa il 18,4% in più rispetto al 1999, aumento dovuto in gran parte all'incremento del numero di ricette prescritte (+7% in più rispetto al 1999 secondo dati Federfarma). L'aumento del numero di ricette è imputabile prevalentemente all'inserimento nel prontuario di nuove categorie di farmaci, quali gli antidepressivi diventati a carico del Ssn. L'aumento di spesa nel 2000 è dovuto anche al fatto che sono stati prescritti farmaci mediamente più costosi come dimostra l'aumento del valore medio delle ricette del Ssn pari a 55.399 lire, (+7% rispetto al 1999), incremento che risulta conseguenza anche del processo di adeguamento dei prezzi dei farmaci italiani al prezzo medio europeo, previsto per legge e che nel 2000 ha fatto scattare un ulteriore aumento.

I dati relativi alla scomposizione per fattore produttivo della spesa sanitaria pubblica mostrano come il costo del personale rappresenta la principale fonte di spesa del Ssn, anche se negli ultimi due anni (1998 e 1999) risulta ridimensionata nel confronto con il 1997. I maggiori tassi di crescita si sono realizzati nel triennio 1995-1997, nei quali la spesa è passata da 39.589 miliardi a 47.298 con un peso percentuale sul totale della spesa che ha raggiunto circa il 43%. L'anno 1998 registra invece l'esito positivo delle disposizioni previste dalla legge 662/96 sul blocco delle assunzioni del comparto della sanità e dell'assenza dei rinnovi contrattuali. È sul 2000 che si addensano le maggiori preoccupazioni della Corte dei Conti per gli intervenuti accordi contrattuali 1998-2000 non sostenuti da sicura

GRAFICO 6.4.6. Tasso annuo di crescita della spesa farmaceutica convenzionata (%)



Fonte: ns elaborazione su dati della Relazione Generale sulla situazione economica del Paese, Ministero dell'Economia e Finanze, vari anni

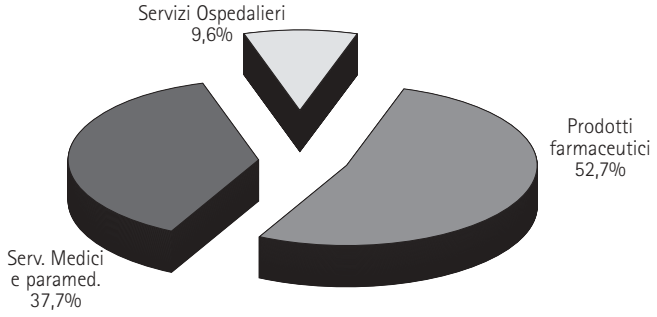
copertura. La retribuzione del personale dipendente del Ssn nonostante sia regolata dalla contrattazione nazionale si presenta fortemente variabile tra le diverse regioni. La retribuzione media mensile dei medici per il 1998 è pari in media a 8,8 milioni di lire a livello nazionale, variabile tra gli 8,0 milioni della Lombardia e i 14,6 milioni della Provincia Autonoma di Bolzano (secondo dati dell'ex Ministero del Tesoro che fanno riferimento al solo personale dipendente delle Aziende Usl). Il restante personale, che comprende gli infermieri, sempre nel 1998 ha una retribuzione media mensile di 3,2 milioni di lire, piuttosto omogenea in tutte le regioni (Grafico 6.4.6.).

Ai 113 mila miliardi di lire di spesa pubblica nel 1999 si sono, come già detto, aggiunti circa 44 mila miliardi di spese private, motivate parzialmente dalla riduzione delle risorse pubbliche destinate a questo settore.

Analizzando quindi i consumi privati delle famiglie possiamo notare che la spesa out of pocket è stata, secondo dati tratti dalla Relazione Generale sulla situazione economica del Paese, pari a 43.823 miliardi nel 2000, e la quota maggiore di questi consumi è stata la spesa per i prodotti farmaceutici. La spesa privata per farmaci ha registrato i tassi di crescita più elevati negli anni 1994 (+21,50%) e 1995 (+13,24%), in conseguenza delle politiche di contenimento della spesa pubblica che portarono attraverso l'aggravio dei ticket a riversare l'onere sul bilancio delle famiglie. Tale crescita ha subito poi un rallentamento attestandosi ad un +3,6% nel 1999, mentre presenta nel 2000 un andamento nuovamente crescente del 5,8%. Secondo il Rapporto Annuale dell'Istat sulla situazione del Paese nel 2000, le famiglie spendono mensilmente un importo medio di 251.000 lire per beni e servizi sanitari, di cui 130.000 lire per medicinali. La spesa relativa a prestazioni mediche e paramediche ha invece rappresentato il 38,8% della spesa privata nel 1999 e il 37,7% nel 2000, quella per servizi ospedalieri è pari al 9,6% della spesa privata sia nel 1999 che nel 2000. Entrambe queste voci mostrano una crescita accentuata nel biennio 1993-1995 che è andata poi ulteriormente attenuandosi (Grafico 6.4.7.).

Un'anomalia della nostra spesa sanitaria privata è la prevalenza dell'esborso diretto (out of pocket) da parte dei cittadini, rispetto ad altre forme che prevedono un terzo pagante, sia esso un'assicurazione, una mutua o il datore di lavoro. Il mercato assicurativo svolge un ruolo ancora modesto, anche se in forte crescita. I dati dell'Ania (Associazione Nazionale tra le Imprese Assicuratrici) dimostrano come il volume dei premi raccolti dalle imprese operanti nel ramo malattia sia aumentato passando da 2.202 miliardi del 1998 a 2.431 miliardi nel 2000, con un incremento pari al 10% e con una incidenza del 4,5% sui premi comples-

GRAFICO 6.4.7. Consumi sanitari delle famiglie 2000 (%)



Fonte: elaborazione Prometeo su dati della Relazione Generale sulla situazione economica del Paese, Ministero dell'Economia e Finanze, 2000

sivi delle assicurazioni danni. A questo incremento si è invece contrapposta una diminuzione del rapporto tra oneri per sinistri e premi di competenza che è passato dall'81,3% del 1998 al 76,2% del 2000, ma che risulta ancora molto alto e determina quindi una gestione deficitaria del ramo malattia. La polizza assicurativa privata garantisce ancora oggi un'assistenza aggiuntiva e sostituiva rispetto a quella del Ssn, in particolare i rischi assicurati riguardano prevalentemente il ricovero ospedaliero e le spese mediche connesse. La mutualità volontaria, anche ai sensi del D.Lgs. n. 299/1999, ha invece lo scopo di garantire prestazioni integrative rispetto a quelle erogate dal Ssn, offrendo prestazioni più estese rispetto a quelle assicurative, ma è ancora relativamente sviluppata (Tavola 6.4.1.).

Tavola 6.4.1. Fonti di finanziamento della spesa sanitaria privata in %

Out of Pocket		Assicuraz. - Mutue		Datori di lavoro	
1980	1997	1980	1992	1980	1992
88,6	97,4	2,5	9,3	8,8	8,6

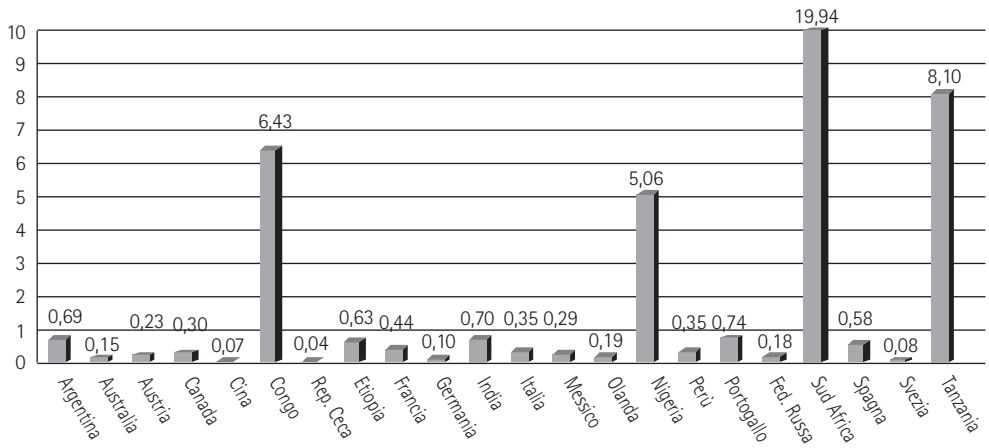
Fonte: A. Piperno 1997, Mercati assicurativi e istituzioni e WHO

7. Confronti internazionali

7.1. Stato di salute e stili di vita

Descrivere bisogni e aspettative di salute nel mondo congiuntamente per Paesi sviluppati e Paesi poveri appare praticamente impossibile, tanta e crescente è la disparità.
Il fenomeno appare evidente e diretta conseguenza della natura e delle determinanti della salute e in generale del benessere, legate tanto all'organizzazione dei sistemi sanitari, quanto dagli stili di vita – sia positivi (l'esercizio fisico, l'uso del casco e delle cinture di sicurezza,…) che negativi (l'abuso di alcool, di fumo, comportamenti sessuali a rischio,…) – ed allo sviluppo economico e culturale.
Si ricorda che una prima valutazione del Programma mondiale *Health for All* (1991), promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), testimonia mancati progressi relativamente a stili di vita che, come detto, hanno diretta influenza sullo stato di salute (fumo, alcool, abitudini sessuali scorrette, incidenti stradali). Continuano a permanere differenze persino all'interno della Regione Europea.
Si noti, in particolare, lo stretto legame fra salute e sviluppo economico: da un lato, lo sviluppo economico può determinare la scomparsa o l'insorgere di alcune malattie, mentre dall'altro buone condizioni di salute rappresentano un potente fattore di crescita dell'economia.
Iniziando dai Paesi più poveri, che nella precedente edizione di Prometeo ave-

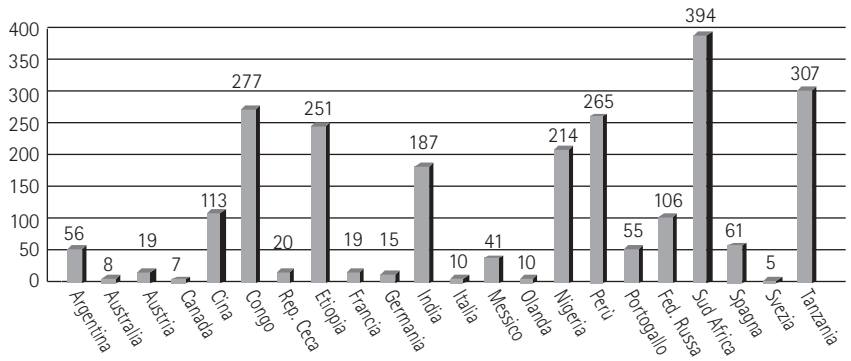
GRAFICO 7.1.1. Malati di HIV, % di adulti – 1999



Fonte: The World Bank, 2001

vamo provocatoriamente identificato come "altri" rispetto allo stato di salute, dobbiamo continuare a concentrarci su bisogni e patologie che nei Paesi sviluppati ormai non compaiono più o quasi più nelle agende dei servizi sanitari.
Un drammatico primato spetta all'Aids, sempre più presente, purtroppo, anche nei Paesi industrializzati, ma dai contorni devastanti nei Paesi più poveri. Circa il 90% delle persone affette da HIV si trova nei Paesi in via di sviluppo (PVS), come riferito dalle Nazioni Unite.
A conferma di ciò, la World Bank rileva[1], nel 1999, che alla popolazione del Sud Africa spetta ancora il triste primato di prevalenza di Aids, che colpisce il 19,9% degli adulti, una percentuale impressionante ed in crescita rispetto agli scorsi anni. Tra i Paesi presi in considerazione, come mostrato nel Grafico 7.1.1., seguono la Tanzania (8,1%), il Congo (6,4%) e la Nigeria (5,1%). Per potersi rendere conto della differenza della portata del problema rispetto ai Paesi a noi più vicini, si noti come in Italia la percentuale sia dello 0,4%.
Per quanto riguarda la tubercolosi (TBC), i dati World Bank mostrano come nel 1997 siano ancora i Paesi più poveri ad esserne afflitti: qui la TBC resta ancora una tra le maggiori cause di morte fra gli adulti. Primo fra tutti ancora il Sud Africa, con 394 persone malate su 100.000 abitanti, seguito da Tanzania (307), Congo (277), Perù (265), Etiopia (251) e Nigeria (214). In Italia, sempre per confronto, sono malate 10 persone su 100.000 (Grafico 7.1.2.).
La malattia è comunque riemersa anche nei Paesi industrializzati (7 malati su 100.000 in Canada, 15 in Germania, 19 in Francia), a seguito dell'immigrazione dal Terzo Mondo.

GRAFICO 7.1.2. Malati di TBC per 100.000 abitanti – 1997



Fonte: The World Bank, 2001

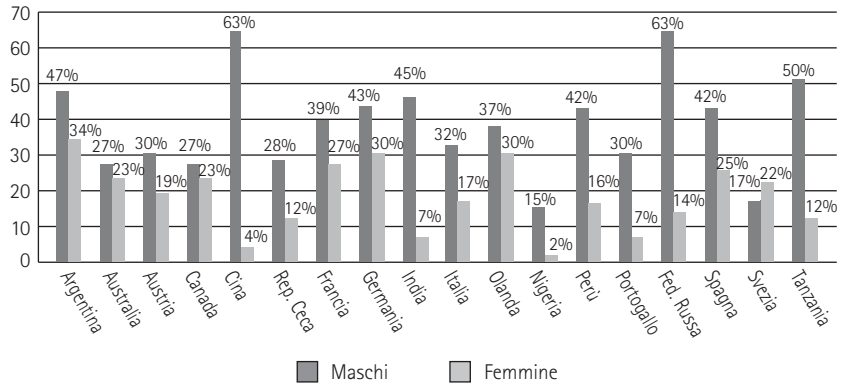
Per quanto riguarda la salute di neonati e bambini, nei PVS essi sono "vittime" incolpevoli di malnutrizione e malattie neonatali.
Un bambino che nasce in un PVS deve aspettarsi di vivere molto meno di un bambino che nasce in un Paese industrializzato: secondo la Banca Mondiale, si ha un'aspettativa di vita alla nascita inferiore ai 50 anni in Etiopia (42 anni), Tanzania (45), Nigeria (47), Sud Africa e Congo (48). Un neonato in Russia, Perù o India deve aspettarsi di vivere comunque meno di 70 anni. Per fare un confronto, in Italia l'aspettativa di vita alla nascita è di 78 anni.
Colpiscono ancora di più per la loro drammaticità i dati sulla mortalità infantile, sempre per il 1999: in Etiopia muoiono ben 104 neonati su 1.000 nati vivi; sono 95 in Tanzania, 89 in Congo, 83 in Nigeria, 71 in India, 62 in Sud Africa. Per avere

1. The World Bank, World Development Indicators, 2001

un'idea sulla dimensione del problema, si pensi che in Italia il tasso di mortalità infantile è del 5 per mille.
Inoltre, su 100 nati vivi, in India 34 sono sottopeso, in Congo 20 (non ci sono dati disponibili per gli altri PVS), contro una media di 6 bambini nel resto del mondo (i dati si riferiscono al periodo 1992-1998).
Altro flagello è quello rappresentato dai 4 miliardi di casi di diarrea nel mondo ogni anno, con 2,2 milioni di morti, la maggior parte dei quali sono bambini che non hanno ancora compiuto il quinto anno di età.
Si noti che la migliore risposta a questa, come a molte altre patologie, rimane la creazione di condizioni di accesso ai servizi sanitari, all'acqua potabile e la maggiore igiene, che si stima potrebbero ridurre i casi di queste malattie di almeno un terzo o un quarto.
Nei Paesi del Terzo Mondo, e anche nei cosiddetti Paesi in Transizione, le difficoltà di accesso ai più importanti e fondamentali servizi, quali acqua potabile e servizi igienici resta uno dei principali problemi.
Nel 2000 la World Health Organization (Who) e l'UNICEF (United Nations Children's Fund) hanno lanciato il "Global Water Suppy and Sanitation Assessment 2000", con il contributo di cinquecento massimi esperti in salute pubblica, acqua e *sanitation*. Ne è emerso che circa un quarto dei 4,8 miliardi di persone nei PVS non ha fonti per l'accesso all'acqua potabile, ed almeno la metà di questi sono senza accesso ad adeguati servizi igienici.
Si tratta, del resto, di diritti umani fondamentali, elementi essenziali per lo sviluppo umano e per un sensibile miglioramento delle pesanti situazioni di povertà che sembrano così lontane per chi abita nei Paesi ricchi, e che costituiscono una componente indispensabile di cura sanitaria primaria, così come riferisce l'UNICEF.
Si noti che i cinquecento esperti di cui si è detto in precedenza, riunitisi in Brasile nel 2000, hanno previsto un "worldwide programme" basato su un'iniziativa detta VISION21 "Water for People", con cui ci si propone di ridurre della metà, entro il 2015, il numero di persone che sono ancora senza possibilità di accesso ad adeguati servizi di igiene e sufficienti quantità di acqua potabile. Verranno dunque coinvolte 300.000 persone ogni giorno per i prossimi 15 anni per quanto riguarda i servizi relativi all'acqua, e 400.000 al giorno dovrebbero avere più facile accesso ai servizi di sanitation.
Infine, entro il 2025 ci si propone di ottenere un accesso universale ai servizi di acqua, igiene e servizi sanitari.
Nel frattempo una nuova emergenza prende piede nei Paesi poveri, ove cresce l'abuso di fumo. Secondo i dati Who per il periodo 1988-1999, la percentuale maggiore di fumatori tra gli adulti maschi (per le evidenze statistiche disponibili) si è registrata in Cina e Federazione Russa (63%), seguite dalla Tanzania (50%). A breve, secondo le agenzie internazionali, si cominceranno a sentire significativamente gli effetti negativi del fumo sulla salute nei Paesi dove esso non viene disincentivato (Grafico 7.1.3.).
Nel mondo sviluppato sono evidentemente altre le emergenze.
Un punto di contatto è comunque rappresentato, seppure con le dovute differenze, dall'Aids: secondo i dati Oecd[2], tra i Paesi appartenenti all'Ocse il numero di malati di Aids per 1.000 abitanti si trovano al di sotto di 0,01 Giappone (0,002), Svezia (0,008), Germania (0,002), Polonia (0,003), Norvegia (0,007). La prevalenza maggiore si rileva in Portogallo con 0,087 malati per 1.000 abitanti, seguito da Svizzera (0,042) e Italia (0,036). C'è però da registrare, nel nostro Paese, sempre

2. Oecd Health Data 2000

GRAFICO 7.1.3. Percentuale di adulti fumatori, maschi e femmine - 1988–1999



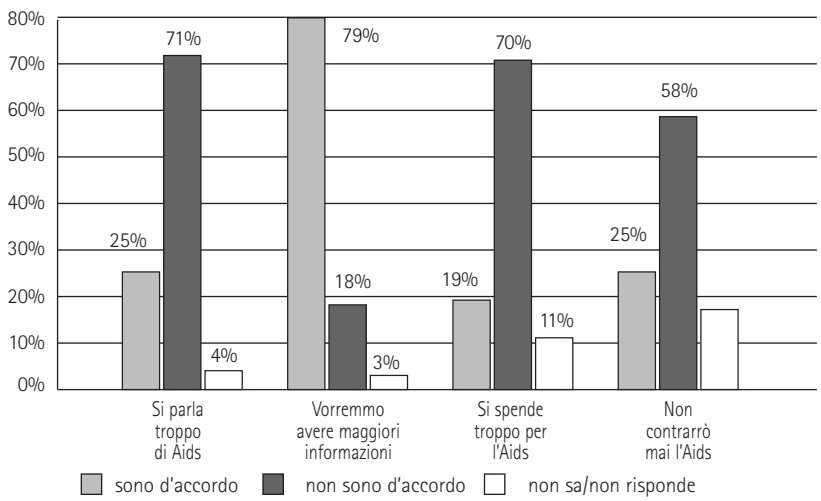
Fonte: The World Bank, 2001

secondo l'Oecd, una diminuzione del numero di malati di Aids nel corso degli anni. Si pensi, infatti, che nel 1995 essi erano lo 0,1 per mille.

Un'indagine Eurobarometro della Commissione Europea (1995), ha raccolto percezioni ed opinioni degli Europei su HIV e Aids (Grafico 7.1.4.). In particolare, sono stati prese in considerazione le opinioni relative a vari aspetti della malattia, quali conoscenza dei modi di trasmissione dell'Aids e mezzi di protezione, rischi legati al sangue, idee sul tipo di politica da adottare per contrastare l'avanzare della patologia. Ne è risultato che la larga maggioranza degli Europei (79%) è a conoscenza dell'Aids e vorrebbe avere maggiori informazioni in proposito. I giovani risultano essere meno ottimisti rispetto agli adulti circa la possibilità di infettarsi: il 25% degli adulti ed il 14% dei giovani è convinto che non si ammalerà mai di Aids.

Per quanto riguarda la conoscenza circa i modi di trasmissione della malattia, un ruolo determinante lo giocano l'età ed il livello di istruzione. In generale, i giovani sono più informati, soprattutto però riguardo le "false" vie di contagio. Nelle Regioni europee, la maggior parte delle persone considera il preservativo il metodo migliore di protezione (93%), mentre l'astinenza dal sesso sembra essere efficace per 2/3 degli Europei, soprattutto nel Nord.

GRAFICO 7.1.4. Le convinzioni degli europei a proposito dell'Aids - (% Ue 15, 1995)



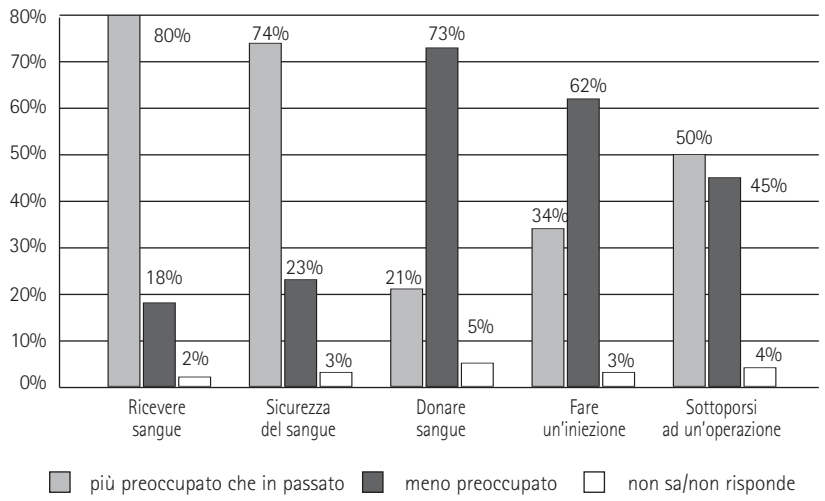
Fonte: Commissione Europea, 2001

Rispetto ad una precedente indagine (1990), gli Europei, specie nella classe di età 15-24, riferiscono di aver cambiato abitudini, soprattutto sessuali, a causa dell'Aids. Inoltre, c'è maggiore preoccupazione per tutto ciò che concerne il sangue (Grafico 7.1.5.).

Le opinioni circa le misure da adottare per contrastare la crescita della malattia, sembrano omogenee: più dell'80% degli Europei considera la ricerca biomedica una strategia fondamentale; il 72%, inoltre, vorrebbe vedere maggiori campagne informative sul tema.

La principale causa di morte nei Paesi sviluppati rimane comunque la malattia cardiovascolare; le patologie ad essa legate sono responsabili, da sole, del 49% di

GRAFICO 7.1.5. Opinione degli europei sul sangue ed il suo uso (% Ue 15, 1995).



Fonte: Commissione Europea, 2001

tutte le morti nella Regione europea. Da rimarcare come in Italia, pur rimanendo la principale causa di morte, le patologie cardiovascolari, nella fascia d'età compresa tra 0 e 64 anni, sono sempre diminuite dal 1970 in poi, soprattutto per le donne, rispetto alla media dell'Unione europea. Più precisamente, i tassi di mortalità per malattie ischemiche cardiache sono più bassi in Italia rispetto agli altri Paesi dell'Ue, mentre la mortalità per malattie cerebrovascolari presenta tassi simili alla media[3].

Secondo il Ministero della Salute italiano anche il tasso di mortalità maschile per tutti i tipi di cancro (età 0-64 anni) e quello relativo al cancro al polmone sono in diminuzione in Italia, e si trovano comunque al di sotto della media Ue anche i relativi tassi di mortalità femminile. Il grafico 7.1.6. mostra come tra il 1996 ed il 1997, per i Paesi di cui si hanno dati disponibili[4], nonostante l'ingente quantità di risorse destinate, siano però ancora modesti i risultati ottenuti in termini di minori morti, pur registrandosi un calo in quasi tutti i Paesi.

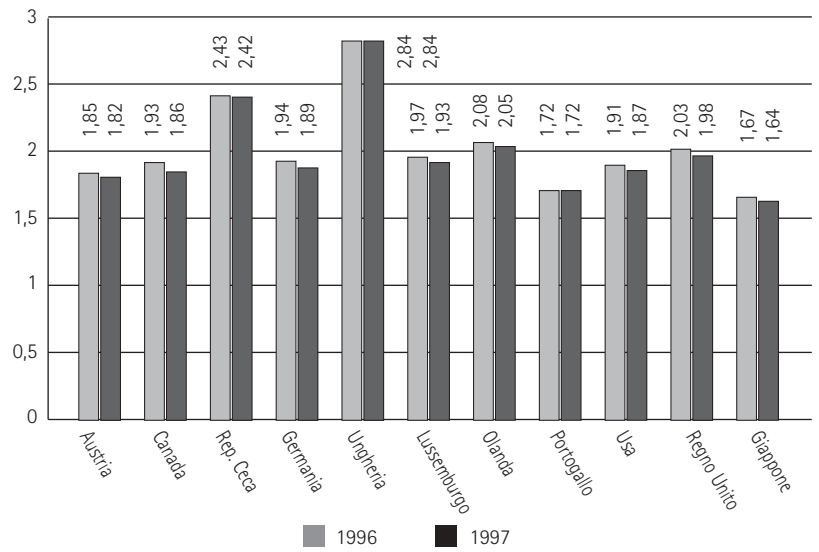
Si valuta che il fattore più grave di rischio sia sempre il fumo, secondo le agenzie internazionali responsabile di circa il 30% di tutti i casi di cancro in Europa; seguono le cattive abitudini alimentari[5].

Nel 1995 il tabacco è stato stimato essere la causa di circa 1,2 milioni di decessi in Europa. Anche il consumo smoderato di alcool e di droghe si stima essere in

3. Ministero della Salute, Relazione sullo stato sanitario del Paese 2000.
4. Oecd Health Data 2000
5. Fonte: Who

aumento, specie tra i giovani, in tutta Europa. Malattie croniche respiratorie, diabete, patologie polmonari ostruttive, malattie e disordini mentali, risultano spes-

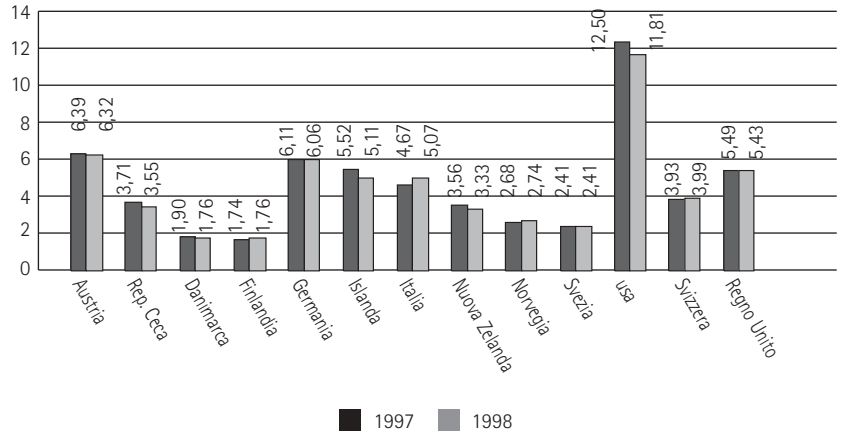
GRAFICO 7.1.6. Morti a causa del cancro per 1.000 abitanti - 1996-97



Fonte: Oecd Health Data 2000

so sottovalutati e sottostimati, essendo patologie che affliggono un numero crescente di cittadini nelle società sviluppate. Altre importanti cause, non patologiche, di mortalità sono gli incidenti stradali, i suicidi e gli omicidi. I primi sono in particolare la maggior causa di ferite, traumi e decessi, ed il loro numero è in aumento in alcuni Paesi, come si può osservare nel Grafico 7.1.7..

GRAFICO 7.1.7. Feriti in incidenti stradali per 1.000 abitanti - 1997-98



Fonte: Oecd Health Data 2000

Tra il 1997 ed il 1998, l'Italia è il Paese in cui si è registrato il maggior aumento dei feriti in incidenti stradali.

A livello globale, se almeno nei Paesi "ricchi" molte patologie sono in regresso, e comunque si dispone di maggiori capacità terapeutiche, si deve però riportare

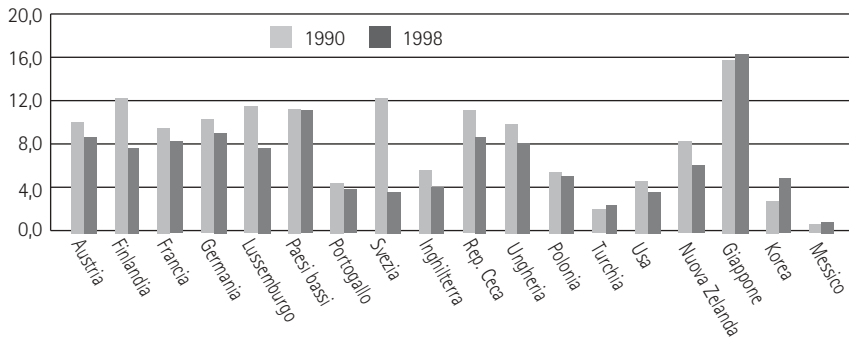
che negli ultimi anni le disuguaglianze nello stato di salute- persino all'interno della stessa Europa[6] -, non solo non sono diminuite ma, in alcuni casi, sono addirittura aumentate.
Altro aspetto preoccupante è che l'Organizzazione Mondiale della Sanità valuta come insufficiente il budget destinato in maniera specifica alla prevenzione e promozione della salute, che abbiamo visto essere il principale strumento di contrasto alle malattie in una larga maggioranza dei Paesi.

7.2. Organizzazione, risorse e attività dei servizi sanitari

Iniziamo l'analisi articolata dell'offerta di servizi sanitari con l'esame delle reti ospedaliere, che ancora oggi assorbono larga parte delle risorse sanitarie.
Attenendoci ad una prassi comune che identifica il posto letto quale metro di misura della capacità di offerta del settore, rileviamo che il numero di posti letto totale ha mostrato, a partire dagli anni '80, una generale tendenza alla contrazione in quasi tutti i Paesi, dato rilevabile sia in termini assoluti che in percentuale della popolazione. Il fenomeno permane per tutti gli anni '90 e non sembra, anzi, esservi alcuna inversione di tendenza.
Unica eccezione alla regola sono i Paesi Bassi che, non solo, hanno il più alto numero di posti letto per 1.000 abitanti (11,3 nel 1998), ma sono anche l'unico Paese dell'Unione Monetaria che, a partire dal 1996, registra un aumento dei posti letto totali per 1.000 abitanti, (l'aumento è risultato pari al 1,4 per cento nel biennio 1996/98). Stessa tendenza in Europa è rinvenibile in Turchia, che come i Paesi Bassi, vede aumentare il numero dei posti letto per 1.000 abitanti (+ 5,8 per cento).
Tra i Paesi in cui la contrazione è stata più forte, nel biennio considerato, risaltano due Paesi Scandinavi: Finlandia (-14,9 per cento) e Svezia (-12,8 per cento) che passano da 9,2 posti letto per 1.000 abitanti a 7,9 la prima, e da 4,4 a 3,8 la seconda. Gli altri Paesi europei, invece, presentano un tasso di riduzione medio del 2,7 per cento con un range che varia da un massimo del 6 per cento (Inghilterra) ad un minimo del 2,0 per cento (Francia).
Tra i Paesi oltre Oceano osserviamo lo stesso fenomeno: in Usa ad esempio, la riduzione totale dei posti letto per 1.000 abitanti mostra lo stesso trend europeo e presenta una riduzione del 6,4 per cento, nel biennio 1996/98, passando, così, da 4 posti letto per 1000 abitanti, del 1996 a 3,7 del 1998; mentre, invece, in oriente, ad esempio in Giappone e in Corea, generalmente si assiste ad un costante aumento dei posti letto non solo nell'arco del biennio anzidetto, ma lungo tutti gli ultimi 40 anni (Grafico 7.2.1.).
La riduzione dei posti letto sembra investire, peraltro, tanto il settore pubblico che quello privato, eccezion fatta per Nuova Zelanda e Giappone : la prima vede diminuire il numero di posti letto pubblici per 1.000 abitanti, (da 4,1 nel 1996 a 3,8 nel 1998), mentre aumentano il numero di quelli privati (da 1,9 a 2,5); il secondo invece, esattamente l'opposto: da 5,5 a 5,9 per quanto riguarda i posti letto pubblici per 1.000 abitanti, e da 10,8 a 10,6 relativamente a quelli privati (Grafico 7.2.2.).
Sebbene i motivi sottostanti alla generale tendenza alla riduzione dei posti letto, non possano essere sinteticamente addotti, può senz'altro essere lecito imputare larga parte di tale riduzione ai crescenti vincoli di bilancio, che spingono ad una contrazione dell'offerta e, comunque, ad una razionalizzazione dei costi tesa ad aumentare l'efficienza del sistema.

6. Ministero della Salute, Relazione sullo stato sanitario del Paese, 2000

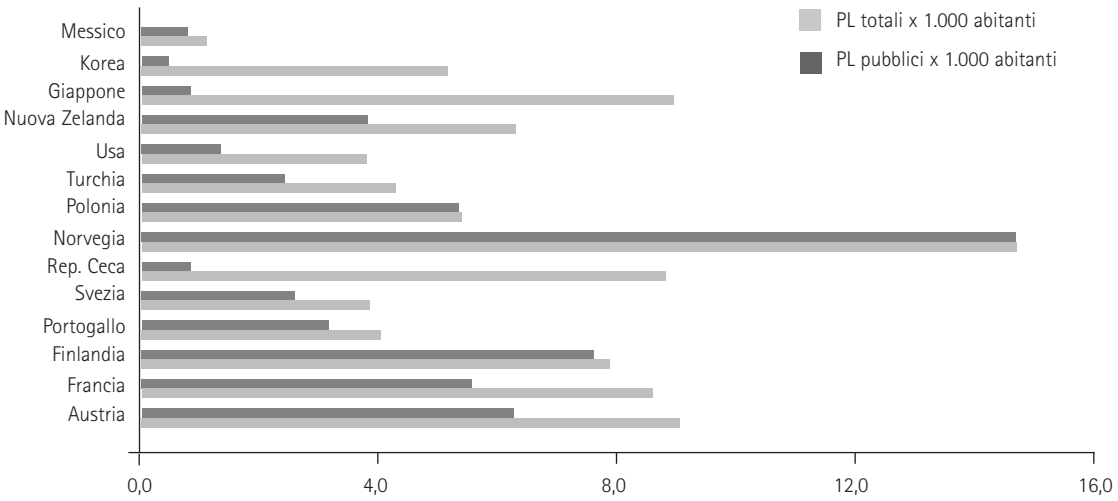
GRAFICO 7.2.1. Posti letto totali per 1.000 abitanti



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Oecd 2000

In questa ottica sembra utile verificare se la razionalizzazione delle risorse sia avvenuta anche orizzontalmente, ovvero nel senso di una riallocazione dei posti letto per destinazione. In particolare, è lecito interrogarsi, sulla reale risposta al generale invecchiamento della popolazione (fenomeno che interessa soprattutto i Paesi così detti, sviluppati), che dovrebbe comportare un aumento della domanda di servizi per la riabilitazione e la lungodegenza.

GRAFICO 7.2.2. Distribuzione dei posti letto tra pubblico e privato – 1998



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Oecd 2000

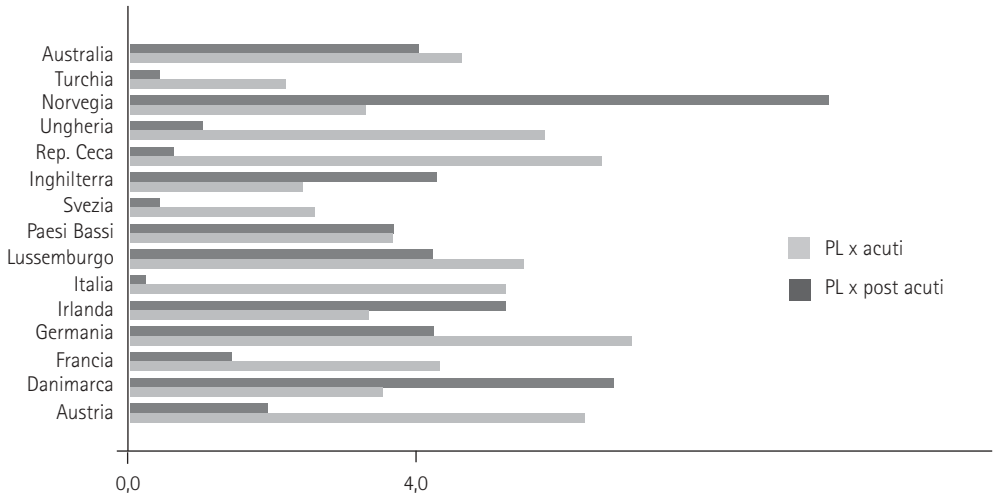
L'analisi dei dati relativi alla composizione dei posti letto per acuzie e post-acuzie non porta a risultati omogenei ed univoci: i dati sembrano, in altri termini, indicare che solo alcuni Paesi hanno effettivamente proceduto ad una razionalizzazione mirata dei posti letto.

Così, in Europa, e lungo tutti gli anni '90, Francia, Germania, Paesi Bassi e Lussemburgo presentano, a fronte della riduzione dei posti letto per acuti, un aumento (anche se percentualmente inferiore alla diminuzione dei posti letto per acuti) di quelli per non acuti. Anche nella Repubblica Ceca si registra lo stesso fenomeno, ed anzi, qui sembra essere in accentuazione in quanto, il numero dei posti letto per post-acuzie, per 1.000 abitanti, è aumentato nel 1999 del 7,1 per cento, rispetto all'anno precedente.

Italia, Inghilterra e Svezia invece, mostrano una tendenza alla riduzione di

entrambi i tipi di posti letto. Peraltro la riduzione risulta maggiore proprio per quel che concerne i posti letto per post-acuti,che rispetto a quelli per acuti sono diminuiti, in media del doppio (Grafico 7.2.3.).

GRAFICO 7.2.3. Posti letto per acuti e post-acuti - 1998



Elaborazione su dati Oecd 2000

Possiamo altresì constatare che a fronte della riduzione del numero dei posti letto nella maggior parte degli Stati, parallelamente, si assiste per un verso all'aumento del tasso di ospedalizzazione e per un altro alla contrazione della durata della degenza.

In riferimento al tasso di ospedalizzazione (per 1.000 abitanti), osserviamo che l'andamento nel corso degli anni '90 risulta in costante aumento in tutti i Paesi eccetto l'Italia: nel nostro Paese si evidenzia una riduzione per i primi 3 anni (fino al 1992), seguita da una decisa crescita negli anni successivi, nei quali si passa da un tasso di ospedalizzazione pari a 155,4 per 1.000 abitanti del 1992 al 186,8 del 1996, dopo di che, il tasso di ospedalizzazione torna a diminuire.

I Paesi dell'area tedesca continuano ad essere quelli con il più elevato tasso di ospedalizzazione: in Austria nel 1998 è stato pari a 278,1 per 1.000 abitanti, mentre in Germania ammontava a 215,8.

Anche ad Est si evidenziano tassi elevati: in Finlandia è stato pari, nel 1998, a 268,2 per 1.000 abitanti, in Ungheria del 235,7 e nella Repubblica Ceca è risultato di 202,8 per 1.000 abitanti (nel 1999).

America e Giappone presentano un tasso di ospedalizzazione che, comparato con la media europea, risulta notevolmente inferiore: in Usa il tasso in questione è stato pari, nel 1998, a 124,9 per 1.000 abitanti ed è in costante riduzione per tutti gli anni '90. Il Giappone, invece, presenta un andamento in aumento, ma ha un tasso di ospedalizzazione tra i più bassi dei Paesi Ocse, pari a 98,4.

Per quanto concerne la durata media della degenza, si osserva la tendenza ad una riduzione diffusa in tutti i Paesi Ocse.

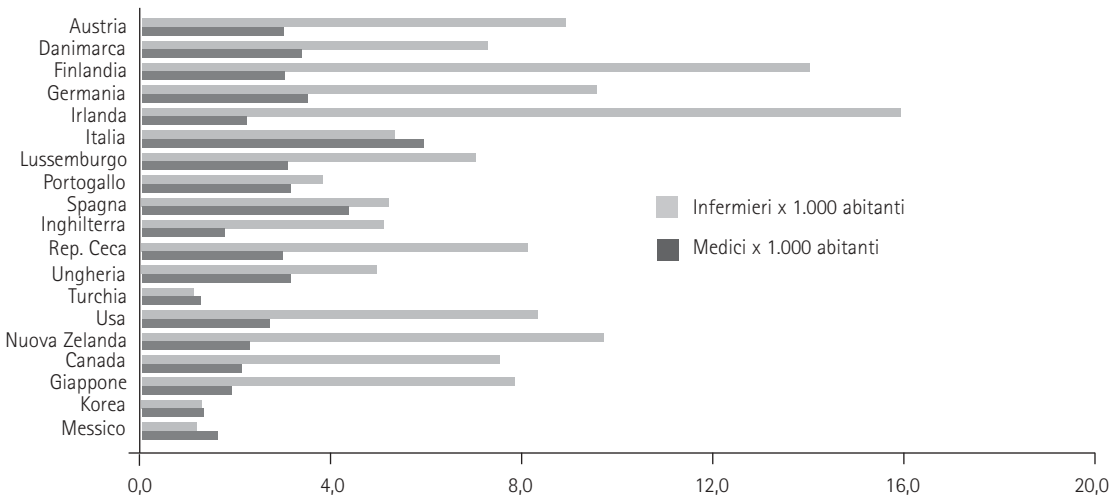
Il dato più elevato si presenta (1998) in Germania con 12,3 giorni di degenza media, seguita dalla Finlandia che ha 10,9 giornate di degenza media e l'Austria (9,3 giorni di degenza media).

Valori elevati si hanno anche nella Repubblica Ceca che, nel 1999, presentava un valore pari a 11,3 giornate, e in Ungheria che, nello stesso anno, si è attestata in

media su 10 giornate di degenza (in crescita rispetto al 1998 in cui la degenza media era pari a 9,1 giornate).
I paesi dell'Europa mediterranea presentano valori sensibilmente minori: l'Italia con una degenza media di 8,1 giorni è il Paese con l'indice minore.
In Europa, il Paese che presenta i valori più bassi di degenza media è la Danimarca, con 6,9 giornate nel 1998, e la Turchia che lo stesso anno presenta un valore di 6,0 giorni.
Gli Stati Uniti presentano valori mediamente inferiori all'Europa, con 7,1 giorni nel 1998; di contro l'Australia, con 15,9 giorni, supera ampiamente anche la Germania.
Il dato analizzato risente ovviamente della quota di ricoveri post-acuzie rispetto a quelli per acuti.
Limitando l'analisi a questi ultimi, risulta interessante rilevare come dagli anni '70 ad oggi, la durata della degenza relativa ai ricoveri per acuti, si sia dimezzata nella maggior parte dei Paesi europei, mentre è rimasta pressoché invariata in America e in Australia. Così negli USA nel 1970, la degenza media per acuti era pari a 8,2 giornate a fronte delle attuali 6,0, e in Australia era pari a 8,9 contro le attuali 6,2; in Europa, la Finlandia, presentava nel 1970, una degenza media per acuti pari a 12,8 a fronte dell'attuale 4,5 (del 1999), fenomeno analogo è avvenuto nei Paesi Bassi (da 18,8 a 9,5) e in Portogallo (da 15,3 a 7,3).
L'effetto combinato della riduzione del numero dei posti letto e della durata media della degenza, è stato un aumento del tasso di utilizzo dei posti letto.
In particolare, laddove prevale un sistema di finanziamento pubblico – come in Italia o in Gran Bretagna – il tasso di occupazione risulta in genere più elevato (72,5 per cento per l'Italia nel 1997 e 80,8 per cento per la Gran Bretagna nel 1998).
Nei Paesi con servizi sanitari di tipo mutualistico o "privatistico", il dato di occupazione dei letti risulta in genere, notevolmente inferiore: così, in America nel 1998, tale tasso era appena del 62,6 per cento.
Passando alle prestazioni erogate, si dispone di dati confrontabili relativamente ad alcuni interventi chirurgici, quali bypass e parti cesarei.
Per quanto riguarda i primi, i dati disponibili coprono gli ultimi 20 anni, ma la serie non è completa per tutti i Paesi. Una prima constatazione possibile riguarda Belgio e Stati Uniti che sono gli unici a presentare una incidenza degli interventi superiore all'1,0 per 1.000 abitanti: in particolare in Belgio sono stati effettuati 1,6 interventi di bypass ogni 1.000 abitanti nel 1997, e negli Stati Uniti il dato sale a 2,3; entrambi gli Stati presentano inoltre un trend, riferito ai due anni precedenti, in aumento.
Per quanto concerne gli altri Stati, invece, il trend sembra essere in diminuzione: per esempio, in Islanda e in Norvegia, che nel 1992 avevano una incidenza pari a 1,1 e 1,2, si è passati rispettivamente a 0,4 (1999) e 0,7 (1996, ultimo disponibile).
In Europa, il secondo Paese per frequenza degli interventi di bypass, è la Finlandia che, nel 1998, aveva un valore pari a 0,8 interventi per 1.000 abitanti; segue l'Inghilterra con 0,7 interventi ogni 1.000 abitanti (dato del 1996 ultimo disponibile); tutti gli altri presentano valori che oscillano tra lo 0,3 (Irlanda, 1998) e lo 0,6 (Danimarca, 1998). Da notare che in Australia, che si colloca tra i Paesi con la più elevata frequenza di interventi (pari a 0,9 nel 1997), si registra a partire del 1995, un trend in diminuzione.
Osservando i dati relativi all'incidenza dei parti cesarei, si evince che il nostro

Paese presenta, congiuntamente al Portogallo, valori superiori alla media degli altri Stati europei: così in Italia, nel 1998, 5,4 donne ogni 1.000, hanno subito tale intervento, e in Portogallo il dato arriva a 6,0; di contro, in Irlanda solo 2,9, Belgio 3,3 (1997, ultimo disponibile), in Danimarca 3,4, e in Finlandia 3,3 donne ogni 1.000. La procedura, risulta più diffusa nei paesi oltre Oceano: in USA il dato è pari a 6,2 per 1.000 donne, in Canada 4,0 ed infine in Australia risulta pari a 5,5 ogni 1.000 donne.
Per completare il quadro sulle attività e i servizi offerti dai sistemi sanitari è necessario esaminare la composizione del capitale umano occupato[7], principale risorsa dei servizi sanitari.
La tendenza è di un continuo aumento degli occupati: dal 1960 al 1990 il numero complessivo di medici e di infermieri professionali per 1.000 abitanti, risulta quasi ovunque raddoppiato. Nel corso degli anni '90 il tasso di variazione risulta minore, ma ha comunque segno positivo.
Il Paese con il più elevato numero di medici per 1.000 abitanti è l'Italia, che nel 1998 aveva 5,9 medici per 1.000 abitanti, seguita da Spagna (4,4) e Germania (3,5). L'Inghilterra è invece il Paese con il minor numero di medici per 1.000 abitanti, pari a 1,7, valori simili, in Europa, si riscontrano solo in Svizzera, con 1,8 medici e in Turchia (1,2 medici per 1.000 abitanti). I Paesi extra EU hanno valori analoghi a quelli presentati dalla media dei Paesi europei, in America si hanno 2,7 medici ogni 1.000 abitanti; valore simile lo presentano l'Australia (con 2,5 medici) e il Canada, anche se sensibilmente inferiore (2,1).
Guardando i dati relativi agli infermieri professionali notiamo che i Paesi del Nord Europa presentano in media, un numero di infermieri più alto rispetto a quelli dell'Europa del Sud. Così, in Austria (dati 1998) sono attivi 8,9 infermieri ogni 1.000 abitanti, in Germania 9,6, in Lussemburgo 7; i Paesi con il più alto numero di infermieri sono la Finlandia con 14,0 infermieri e l'Irlanda, con ben 15,9 infermieri ogni 1.000 abitanti; oltre Oceano abbiamo la Nuova Zelanda con 9,8 infermieri per 1.000 abitanti, gli Usa ne hanno 8,3, seguiti da Australia (8,4 nel 1997), Giappone (7,8) e Canada (7,5) (Grafico 7.2.4.).

GRAFICO 7.2.4. Medici e infermieri per 1.000 abitanti – 1998



Elaborazione su dati Oecd 2000

7. Per un'analisi macro-economica, vedi il paragrafo: "Produzione e contributi alla bilancia dei pagamenti e all'occupazione".

Tra i Paesi con il minor numero di infermieri vi sono invece Portogallo (3,7), Inghilterra (5,1), Spagna (5,2) e Italia[8] (5,3).
Se rapportiamo gli infermieri ai posti letto, emerge che Turchia e Italia sono i Paesi con il minor numero di infermieri per posto letto (rispettivamente 0,4 e 0,9); di contro troviamo in Irlanda 4,2 infermieri per posto letto, in Finlandia 1,9, nel Regno unito, 1,2; negli USA il numero di infermieri per posto letto è mediamente superiore rispetto altri Paesi Ocse: con 2,2 infermieri si attesta a circa il doppio di ogni altro Paese Ocse.

7.3. Il finanziamento

L'analisi del finanziamento dei servizi sanitari, ovvero delle risorse che vengono destinate al soddisfacimento dei bisogni sanitari, è questione complessa che implica il considerare numerosi fattori.
Nell'ultimo decennio, a causa delle crescenti difficoltà dei bilanci pubblici, la definizione di un soddisfacente equilibrio fra spesa sanitaria e capacità di finanziamento della stessa, ha indubbiamente assunto un ruolo centrale nelle politiche sanitarie di tutti i Paesi sviluppati.
L'interesse per le modalità di finanziamento, però, non si limita al solo aspetto del reperimento delle risorse finanziarie, bensì coinvolge numerosi aspetti quali[9]:
• la estensione della copertura sanitaria (a tutta la popolazione o solo a una parte di essa);
• l'equità (sia in termini di accessibilità dei servizi sanitari sia di distribuzione dell'onere);
• la fonte della copertura (che può essere pubblica, privata o mista);
• la durata della copertura nel corso dell'anno (illimitata o limitata);
• la tipologia delle prestazioni coperte (tutte o solo in parte);
• le condizioni per la erogazione delle prestazioni (se soggette o non soggette a preliminari autorizzazioni);
• le modalità di pagamento delle prestazioni agli erogatori (a notula, a quota capitaria, a tariffa, etc.);
• la eventuale partecipazione degli assistiti al pagamento (se richiesta in base a criteri clinici e/o socio-economici o se non richiesta);
• la possibilità per gli assistiti di essere rimborsati (totalmente, parzialmente, sotto determinate condizioni, o se non prevista);
• la posizione del finanziatore delle prestazioni rispetto al sistema (compratore e/o erogatore).
L'interazione fra i fattori citati genera equilibri dinamici, diversi da Paese a Paese, e destinati a mutare nel tempo. Indubbiamente il sistema sanitario (e quindi anche il suo finanziamento) di ogni Paese è anche il risultato della sua tradizione storica, politica e socio-economica.
A fronte delle difficoltà insite in ogni tentativo di classificazione di sistemi complessi quali i servizi sanitari, è necessario procedere a definire tassonomie convenzionali: in quanto segue si adotta in larga misura l'approccio definito dall'Ocse. Il campione di studio, quindi, è una parte dei Paesi Ocse, con particolare attenzione a quelli membri dell'Unione Europea.

8. (paragrafo 7.2.) Valore del 1997, ultimo disponibile
9. Si segue Guzzanti E. (a cura di) (1999), "Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie", Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.

Una prima possibile classificazione concerne le differenti procedure di raccolta delle entrate esistenti. Esse si possono definire, rispettivamente, modalità di carattere primario e di carattere supplementare (Tavola 7.3.1.).

TAVOLA 7.3.1. Sistemi di finanziamento nei 15 Paesi dell'Unione Europea

Paese	Sistema di Fin. Primario	Sistema di Fin. Supplementare
Finlandia Grecia Irlanda Italia Svezia Spagna Regno Unito Danimarca Portogallo Austria Belgio Francia Germania Lussemburgo	Finanziamento pubblico prevalentemente fiscale	Assicurazioni private volontarie Pagamento diretto
		Pagamento diretto
	Finanziamento pubblico prevalentemente su base assicurativa	Assicurazioni private volontarie Pagamento diretto Imposte pubbliche
Olanda	Finanziamento misto: Assicurazione sociale+ Assicurazione privata	Pagamento diretto Imposte pubbliche

Fonte: Healthcare System, 1997

Il finanziamento primario coincide normalmente con quello pubblico, che a sua volta può essere distinto in entrate provenienti rispettivamente da imposte ed entrate da assicurazioni sociali.

Il finanziamento supplementare, invece, comprende voci che possono essere sia alternative sia integrative delle forme di finanziamento primarie, quali, ad esempio, assicurazioni private volontarie e pagamenti diretti dei cittadini (out-of-pocket).

Tra i Paesi osservati, la maggior parte presenta un finanziamento prevalentemente di origine pubblica; fanno eccezione, in particolare, gli USA (44,8 per cento) e la Grecia (56,3 per cento) (Tavola 7.3.2.).

Fra i Paesi a finanziamento prevalentemente pubblico, prevale l'imposizione fiscale in Italia (quasi il 100,0 per cento della quota di finanziamento pubblico), in Canada (98,3 per cento), nel Regno Unito (88,2 per cento), in Irlanda (91,0 per cento), in Finlandia (80,6 per cento) e in Spagna (82,3 per cento)[10] (Tavola 7.3.3.).

Per questi Paesi si è riscontrata una evoluzione, spesso comune, del sistema da una forma amministrativa accentrata (statale) ad una decentrata in modo più o meno spinto (regionale, locale).

Una particolare attenzione, in proposito, merita proprio l'Italia, ove il finanziamento pubblico, che nel corso degli anni '90 è stato caratterizzato da una netta prevalenza dei contributi sanitari sul salario, si è trasformato con una netta inversione di tendenza dal 1998, con il passaggio della quota fiscalizzata del finanziamento pubblico da percentuali intorno al 40 per cento, a valori superiori al 90 per cento, per effetto dell'introduzione dell'IRAP (Imposta regionale sulle attività produttive)[11].

È interessante notare come la maggior parte dei Paesi europei oggi a finanzia-

10. Anche in paesi quali l'Australia, la Danimarca, la Nuova Zelanda e la Norvegia prevale nel finanziamento pubblico l'imposizione fiscale, che però in questa sede non è esattamente quantificabile a causa dell'incompletezza nella rilevazione dei dati.

11. Tale andamento, è stato rilevato dall'Istat e solo parzialmente dall'Ocse.

TAVOLA 7.3.2. Finanziamento pubblico nei paesi OCSE – % sul finanziamento totale 1980 - 1998

PAESE	1980	1985	1990	1995	1998
Australia	62,8	71,5	67,4	67,4	70,0
Austria	68,8	76,1	73,5	72,3	71,8
Belgio	n.d.	n.d.	n.d.	69,9	71,2
Canada	75,6	75,6	74,6	71,2	70,1
Danimarca	87,8	85,6	82,7	82,5	81,9
Finlandia	79,0	78,6	80,9	75,5	76,3
Francia	78,8	76,9	78,2	77,7	77,7
Germania	78,7	77,4	76,2	78,1	75,8
Grecia	55,6	n.d.	62,7	54,5	56,3
Irlanda	81,6	75,7	71,7	72,5	76,8
Italia	**80,5**	**77,2**	**78,1**	**67,4**	**67,3**
Giappone	71,3	70,7	77,6	78,2	78,5
Lussemburgo	92,9	89,3	93,1	92,4	92,4
Olanda	69,2	71,0	67,7	72,0	68,6
Nuova Zelanda	88,0	86,9	82,4	77,2	77,0
Norvegia	85,1	85,7	82,8	83,2	75,8
Portogallo	64,3	54,6	65,5	65,3	66,9
Spagna	79,9	81,1	78,7	78,2	76,8
Svezia	92,5	90,4	89,4	85,2	83,8
Svizzera	67,5	66,1	68,4	72,3	73,5
Regno Unito	89,4	85,8	84,3	84,9	83,3
USA	41,5	39,9	39,6	45,6	44,8

Fonte: Oecd Health Data 2001

mento prevalentemente di tipo fiscale, provengano da sistemi che sino agli anni '40 erano di tipo assicurativo/mutualistico.

Fra i Paesi caratterizzati, invece, da una prevalenza di finanziamento contributivo di tipo assicurativo troviamo la Francia (96,9 per cento), la Germania (91,6 per cento), l'Olanda (94,0 per cento), il Lussemburgo (82,7 per cento) e il Giappone (89,1 per cento).

Frequentemente si assiste sia a un sovvenzionamento dei fondi di assicurazione sociale da parte dello Stato, come anche all'esistenza di vincoli di destinazione di tali fondi ad attività puntualmente individuate (formazione, ricerca, salute pubblica, etc.). Evidentemente queste modalità avvicinano sostanzialmente i sistemi di finanziamento sin qui trattati: la fondamentale differenza risiede nel fatto che i

TAVOLA 7.3.3. Finanziamento derivante dall'imposizione fiscale - % sul finanziamento pubblico - paesi Ocse 1980 -1998

PAESE	1980	1985	1990	1995	1998
Australia*	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Austria	n.d.	n.d.	n.d.	31,6	40,4
Belgio	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Canada	98,6	98,5	98,6	98,6	98,3
Danimarca*	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Finlandia	84,3	87,0	86,9	82,3	80,6
Francia	8,0	7,2	2,9	3,0	3,1
Germania	14,9	14,5	14,2	12,9	8,4
Grecia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	n.d.	n.d.	89,9	90,3	91,0
Italia	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**	**96,6**	**99,9**
Giappone	40,0	38,1	35,8	n.d.	10,9
Lussemburgo	n.d.	23,9	22,3	16,6	17,3
Olanda	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	6,0
Nuova Zelanda*	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Norvegia*	100,0	100,0	100,0	99,0	n.d.
Portogallo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Spagna	n.d.	n.d.	n.d.	76,6	82,3
Svezia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Svizzera	n.d.	26,9	n.d.	21,9	20,3
Regno Unito	99,6	100,0	84,9	88,7	88,2
USA	67,1	62,5	62,6	68,0	66,8

Fonte: Oecd Health Data 2001

** il risultato indicato è dovuto a probabile incompletezza nella rilevazione dei dati. Si ipotizza quindi la presenza in tali Paesi di una elevata componente di imposizione fiscale anche se non esattamente quantificabile.*

fondi hanno propria identità giuridica e di conseguenza un'autonomia gestionale.
A riprova della convergenza de facto dei sistemi, è interessante osservare come, nella maggior parte dei Paesi con sistemi di tipo mutualistico (in particolare si ricordano Belgio, Germania e Lussemburgo), si è assistito, anche se in diversa percentuale, ad una crescita dell'importanza dei fondi aggiuntivi a carico del bilancio statale.
Altro aspetto rilevante, è da individuarsi nella comune tendenza in tali Paesi alla riduzione del numero dei fondi sanitari.
Il finanziamento privato, inteso come la spesa volontaria e diretta delle famiglie, comprende principalmente i premi di assicurazione (a fondi complementari o aggiuntivi ad adesione volontaria) e l'out-of-pocket (pagamenti diretti effettuati dall'utente, comprese le forme di compartecipazione alla spesa come i ticket).
Diversi sono i Paesi che pur connotando il proprio finanziamento come prevalentemente pubblico, presentano una componente privata elevata; fra questi spiccano, ad esempio, la Germania (24,0 per cento circa. del finanziamento totale), il Canada (30,0 per cento circa) e l'Italia (32,0 per cento circa).
La quota out-of-pocket, varia notevolmente nelle realtà considerate. In Paesi come il Canada e l'Italia, ad esempio, il finanziamento privato, pur incidendo sul finanziamento complessivo in una percentuale simile, ha diversa composizione.
In Canada l'out-of-pocket è pari al 56,0 per cento circa della spesa diretta privata e al 17,0 per cento circa del finanziamento totale, in quasi totale assenza di meccanismi di compartecipazione; da forme di assicurazione supplementare deriva poi un ulteriore 11,0 per cento del finanziamento (vi è inoltre la presenza di un 2,0 per cento residuale derivante da altri meccanismi di natura privata non rientranti nelle altre voci). L'Italia, invece, fra i Paesi presi in considerazione in questo studio presenta il più elevato livello di out-of-pocket (23,5 per cento del finanziamento totale) in buona parte attribuibile a forme di co-payment (con l'abolizione dei ticket avvenuta nel gennaio 2001, questo dato sicuramente si modificherà) (Tavola 7.3.4.). L'assicurazione privata volontaria ha, invece, un ruolo residuale (meno del 3,0 per cento del finanziamento totale[12]) anche se in crescita, essendo passato dal 3,2 per cento del finanziamento privato nel 1980, al 9,6 per cento del 1990 e al 10,2 per cento del 1995[13].
Il ruolo del finanziamento derivante da fonti private è invece estremamente rilevante in Paesi come gli USA (55,2 per cento) e, sotto certi aspetti, anche in Paesi come l'Olanda (31,4 per cento). Negli USA, infatti, il 60,0 per cento circa della spesa delle famiglie è "intermediata" dalle assicurazioni private (33,0 per cento circa del finanziamento totale); la parte restante deriva dall'out-of-pocket e più precisamente da forme di co-payment, che ammontano al 16,0 per cento circa del finanziamento totale. Rimane una parte residuale 6,0 per cento circa, coperta sempre da altri meccanismi di natura privata (Tavola 7.3.5.).
Anche in Olanda il 60,0 per cento circa della spesa privata deriva da premi assicurativi. Solo una parte residuale è coperta dall'out-of-pocket, derivante dal co-payment.
Il co-payment, è praticamente assente in Paesi come il Canada, o è presente in modo limitato, come nel Regno Unito (dove è previsto solo per alcune prestazioni, quali cure odontoiatriche, oculistiche e prescrizioni di farmaci, con malati cronici e ultra-sessantacinquenni comunque esenti).
Di contro il co-payment è utilizzato in modo massiccio in Germania (provvedimento preso nel 1997, per correggere il deficit sanitario), in Giappone e Svezia (in questi ultimi due Paesi è stato adottato per rendere i consumatori più consa-

12. Dato stimato dall'Istat. Le rilevazioni dell'Oecd, si fermano con riferimento all'Italia al 1990.
13. Fonte dei dati: Istat 2000.

TAVOLA 7.3.4. Finanziamento Out-of-pocket – % sul finanziamento totale - paesi Ocse 1980-1998

PAESE	1980	1985	1990	1995	1998
Australia	16,0	14,1	16,4	15,7	16,2
Austria	n.d.	n.d.	n.d.	14,1	16,6
Belgio	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Canada	n.d.	n.d.	14,4	15,9	16,6
Danimarca	11,4	13,6	16,0	16,3	16,6
Finlandia	18,4	18,3	15,5	20,5	19,6
Francia	n.d.	n.d.	n.d.	11,1	10,2
Germania	10,3	11,2	11,1	10,9	12,8
Grecia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	n.d.	n.d.	17,7	15,6	11,4
Italia	**n.d.**	**16,1**	**15,8**	**23,7**	**23,5**
Giappone	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	17,1
Lussemburgo	7,1	9,4	5,5	6,2	7,6
Olanda	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	8,0
Nuova Zelanda	10,4	10,8	14,5	16,2	16,3
Norvegia	n.d.	n.d.	14,6	15,0	22,8
Portogallo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Spagna	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Svezia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Svizzera	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Regno Unito	8,6	n.d.	10,6	11,0	11,1
USA	24,2	22,8	20,2	15,4	15,6

Fonte: Oecd Health Data 2001

pevoli al momento della formulazione della domanda di servizi sanitari).
Ancora, in altri Paesi come ad esempio la Nuova Zelanda, alla presenza di forme di co-payment si affiancano forme assicurative private, alle quali si rivolge la maggior parte degli utenti, appositamente previste per la copertura della compartecipazione.
Infine osserviamo che, in molti Paesi, parallelamente al progressivo passaggio a forme di finanziamento prevalentemente fiscali, si è assistito a un progressivo e diffuso processo di devolution e/o decentramento amministrativo.
Forme di devolution in Sanità, fenomeno che accomuna la quasi totalità dei Paesi dell'Ue (ad eccezione della Grecia, dove invece permane un controllo fortemen-

TAVOLA 7.3.5. Finanziamento derivante da assicurazioni private (sociali e non) – % sul finanziamento totale - paesi Ocse 1980-1998

PAESE	1980	1985	1990	1995	1998
Australia	15,6	9,5	11,2	10,6	7,9
Austria	7,6	9,8	9,0	7,9	7,3
Belgio	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Canada	n.d.	n.d.	8,1	10,2	11,2
Danimarca	0,8	0,8	1,3	1,2	1,5
Finlandia	1,4	1,8	2,1	2,4	2,5
Francia	n.d.	n.d.	n.d.	1,8	12,5
Germania	6,0	6,5	7,2	6,7	7,1
Grecia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	n.d.	n.d.	8,3	8,4	8,3
Italia	**0,2**	**0,5**	**0,9**	**n.d.**	**n.d.**
Giappone	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Lussemburgo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Olanda	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	17,5
Nuova Zelanda	1,1	1,8	2,8	6,4	6,4
Norvegia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Portogallo	n.d.	0,2	0,8	1,4	n.d.
Spagna	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Svezia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Svizzera	n.d.	n.d.	n.d.	11,5	9,9
Regno Unito	1,3	2,5	3,3	3,2	3,5
USA	28,4	31,0	34,1	33,2	33,5

Fonte: Oecd Health Data 2001

te accentrato), sono state adottate come possibile soluzione alla sempre crescente difficoltà di controllo centrale sulla spesa.
Se per le realtà che solo recentemente hanno riformato i criteri di finanziamento dei servizi sanitari, come quella tedesca e italiana, è ancora troppo presto per esprimere giudizi, si può però già affermare che il federalismo fiscale appare già realizzato con un discreto successo, ad esempio, nei Paesi Scandinavi.
La Finlandia, in particolare, in considerazione del successo ottenuto nella ristrutturazione del suo sistema sanitario, è stata assunta (sin dal 1982, anno in cui ha stipulato un accordo in tal senso con la Who) come Paese guida in ambito Sanitario. La strategia adottata in tale Paese è stata quella di un decentramento amministrativo, che ha portato a una sempre più forte responsabilizzazione locale. I Comuni, infatti, oltre ad essere liberi di utilizzare le proprie risorse nel modo da loro ritenuto più idoneo, possono acquistare i servizi sanitari da un qualsiasi fornitore sia pubblico che privato. Essi, inoltre, decidono liberamente il livello di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini. Non è da sottovalutare, inoltre, la presenza di sovvenzioni statali ripartite fra le diverse realtà locali sulla base di criteri demografici (densità abitativa, età e struttura della popolazione).
Il decentramento, di contro, non ha conseguito lo stesso successo in altri Paesi, come ad esempio in Portogallo, dove invece il rapporto costi/qualità del servizio erogato rimane secondo molti osservatori piuttosto critico.

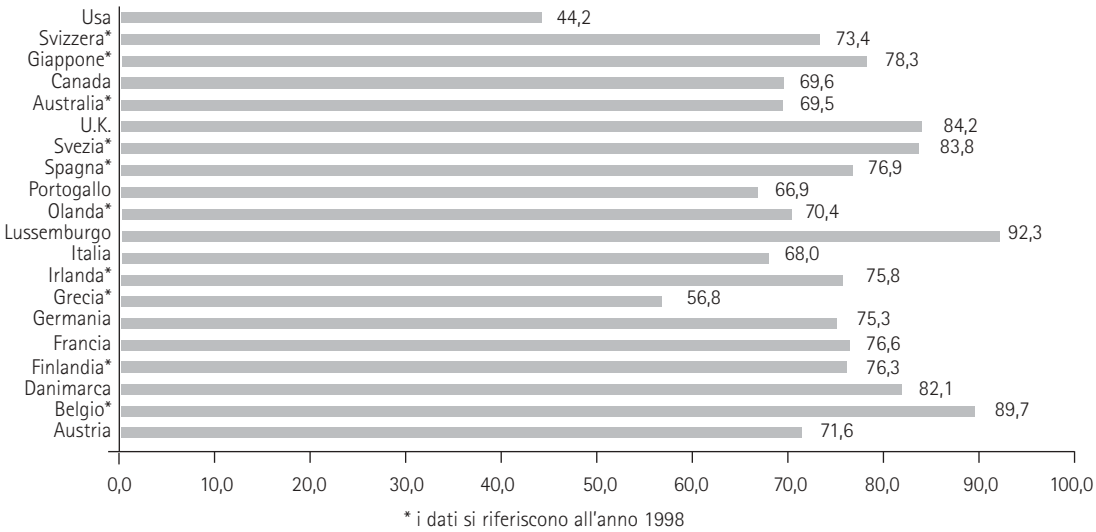
7.4. La spesa sanitaria

La spesa sanitaria ha rappresentato e spesso ancora rappresenta, il bersaglio principale nelle politiche di finanza pubblica, poiché accusata di distrarre risorse allo sviluppo economico del Paese senza produrre, nel loro impiego alternativo, risultati proporzionali, trascurando per altro di considerare le economie e l'impulso di mercato che derivano dal mondo sanitario[14].
Sembra comune convinzione che sia divenuto assolutamente necessario procedere verso l'integrazione degli apporti pubblici e privati alla tutela della salute, attuando un processo di razionalizzazione della spesa sanitaria, con un forte decentramento delle responsabilità e delle autonomie, accompagnato da controlli puntuali e severi a livello centrale.
Numerosi Paesi europei a partire dalla seconda metà degli anni '80 hanno, quindi, sperimentato riforme di notevole portata in campo sanitario sostenendo l'idea che non necessariamente il perseguimento degli obiettivi sociali e l'iniziativa privata siano in contrapposizione. Al contrario la presenza del privato, stimolando la competizione, può generare un maggior grado di soddisfazione dell'utente.
Che la tutela della salute sia uno dei principali compiti dello Stato e non possa essere demandata esclusivamente alla scelta dei singoli ed alle leggi di mercato è una consapevolezza ormai acquisita nell'ambito dei Paesi industrializzati. Prova ne sia che anche in quei Paesi come gli Stati Uniti, solitamente citati per le caratteristiche "privatistiche" del sistema sanitario, si è reso necessario il ricorso ad interventi di contenimento della spesa pubblica al fine di limitarne la crescita che risultava particolarmente accentuata.
Non si può certo affermare che il panorama internazionale si caratterizzi per omogeneità; al contrario, l'immagine che si ricava dal confronto tra i vari sistemi sanitari è quanto mai variegata per quel che concerne le voci di spesa.

14. Vedi par. 7.5. di seguito

È sufficiente guardare alla realtà europea per avere una conferma in tal senso.
In tutti i Paesi europei, la spesa sanitaria pubblica, dopo aver registrato nel periodo 1960-90 una crescita accentuata, è stata recentemente interessata da un rallentamento, iniziato a partire dai primi anni novanta.
La causa è probabilmente legata alle riforme di portata più o meno vasta, varate negli ultimi anni, finalizzate a contenere la spesa pubblica in campo sanitario.
I dati Ocse relativi alla spesa sanitaria pubblica, evidenziano una crescita accentuata nel decennio 1960-70, seguita da un rallentamento nel decennio 1990-99.
Più efficace è l'analisi se guardiamo le variazioni medie annue per il periodo 1960-70: minima nel Regno Unito (7,8 per cento) e massima in Olanda (24,2 per cento). Nel 1990-99 il livello minimo è raggiunto dalla Finlandia (1,8 per cento), mentre il Portogallo registra variazione massima europea del 9,7 per cento).
La situazione è ancora più evidente negli Stati Uniti, che a fronte di una crescita media annua pari al 16,2 per cento nel decennio 1960-70, registrano un tasso di crescita del 7,7 per cento nel secondo periodo oggetto di studio.
Per altro, la fonte pubblica ha mantenuto in ambito Ue un'importanza primaria per quel che concerne il finanziamento del sistema sanitario. I dati Ocse dimostrano che nel 1999 la spesa pubblica ha rappresentato – in pressoché tutti i Paesi Ue – una quota non inferiore al 68,0 per cento della spesa sanitaria totale. Particolarmente elevato è apparso il dato relativo al Regno Unito (84,2 per cento) e al Lussemburgo (92,3 per cento), mentre il Paese che presenta la più bassa incidenza della spesa sanitaria pubblica sulla spesa sanitaria totale è la Grecia (56,8 per cento) (Grafico 7.4.1.).

GRAFICO 7.4.1. La spesa sanitaria pubblica 1999 (% spesa sanitaria totale)

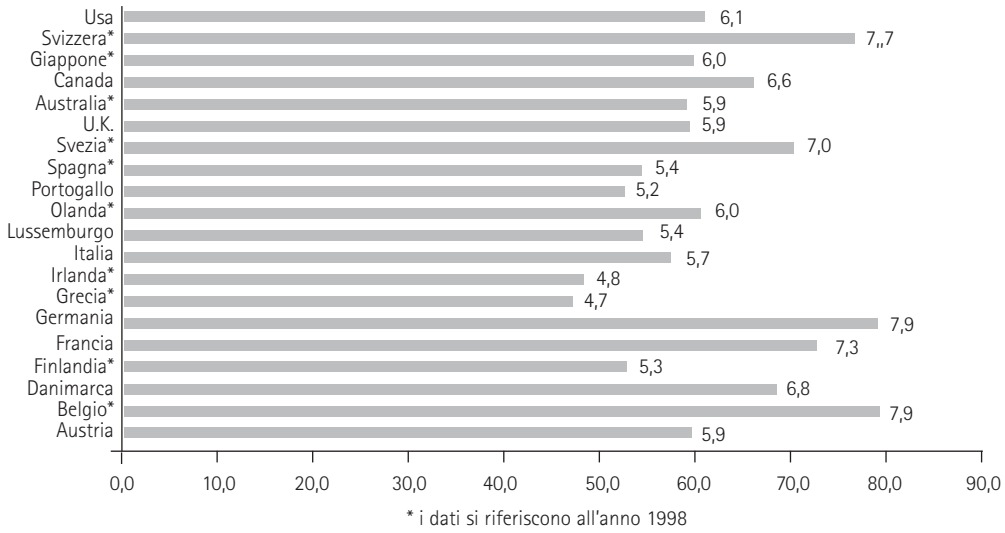


Fonte: Oecd Health Data 2000

Si evidenziano, quindi, sensibili differenze tra i Paesi oggetto di indagine: basti considerare che anche il distacco esistente tra i dati dei Paesi con più bassa incidenza - come Grecia e Portogallo - è quasi di 10 punti percentuali, e che nel corso degli anni '90, la tendenza ad una contrazione della quota di spesa pubblica sulla spesa sanitaria totale, pur generale, non è assoluta: ad esempio non ha trovato riscontro in Irlanda, laddove il dato di spesa ha registrato una crescita di circa 2,5 punti percentuali tra il 1996 ed il 1997 ed una crescita contenuta tra il 1997 ed il 1998.

L'impatto delle politiche di contenimento della spesa sanitaria è testimoniato anche dai dati Ocse 2000 sul rapporto spesa sanitaria pubblica e Pil.
Analizzando, in particolare, la situazione sanitaria italiana alla luce del panorama internazionale si può notare come, all'inizio degli anni '90 l'Italia figurava tra i Paesi con più consistente incidenza della spesa pubblica sul Pil (6,6 per cento nel 1991), distaccandosi in maniera marcata solo dalla Svezia (7,6 per cento nel 1991), mentre nel 1999 il nostro Paese destina al comparto sanitario una quantità di risorse pubbliche piuttosto contenuta (5,7 per cento del Pil). Sempre utilizzando i dati Ocse 2000, vale la pena notare che nel 1999, Belgio, Germania e Francia sono i Paesi con più consistente intervento dello Stato nel settore sanitario, presentando una spesa di fonte pubblica rispettivamente pari al 7,9 per cento per i primi due e a 7,3 per cento del Pil per il terzo (Grafico 7.4.2.).

GRAFICO 7.4.2. La spesa sanitaria pubblica 1999 (% PIL)



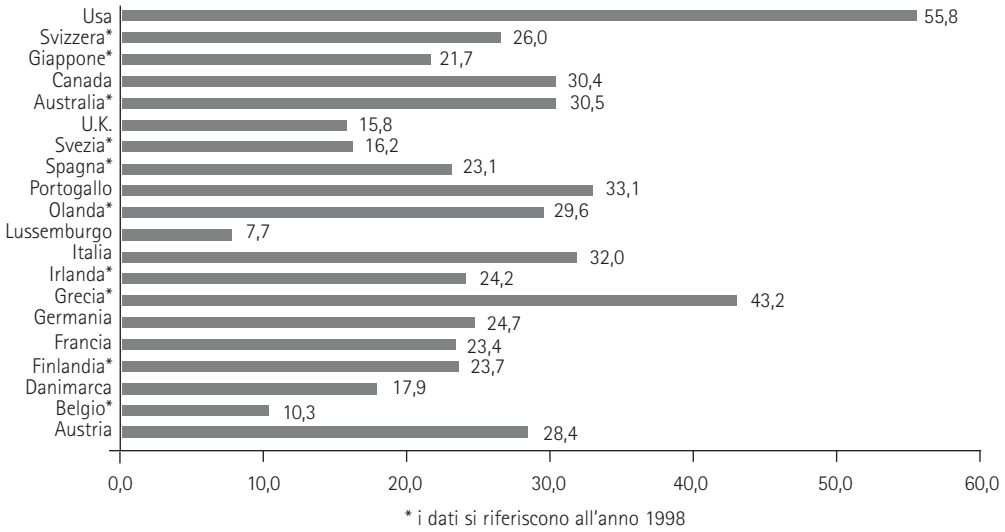
Fonte: Oecd Health Data 2000

Per quanto concerne la spesa sanitaria privata, invece, a parte il tradizionale modello "privatizzato" degli Stati Uniti, ove la spesa sanitaria privata è pari al 55,8 per cento della spesa sanitaria totale nel 1999, emerge il dato per l'Italia (31,9 per cento) che risulta tra i più elevati non solo in ambito Ue, ma più in generale rispetto ai principali Paesi industrializzati. È superato solo dalla Grecia (43,2 per cento) e dal Portogallo (33,1 per cento)[15].
Per l'Italia, in particolare, la quota di spesa sanitaria privata sulla spesa sanitaria totale è andata costantemente aumentando fra il 1980 e il 1999 probabilmente soddisfacendo l'esigenza di risanamento della finanza pubblica. La necessità di limitare l'intervento dello Stato nel settore sanitario è stata condivisa anche da Austria, Danimarca e Regno Unito.
La spesa sanitaria privata, pur aumentando in valore assoluto a partire dagli anni '70, ha registrato comunque tassi di crescita via via minori nel corso degli anni.
La spesa sanitaria privata italiana ha assunto un peso rilevante anche valutata rispetto al Pil. Nel 1999, si è attestata al 2,7 per cento, contro un 3,6 per cento della Grecia.

15. Per Grecia e Portogallo gli ultimi dati disponibili risalgono al 1998. Fonte: Oecd Health Data 2000.

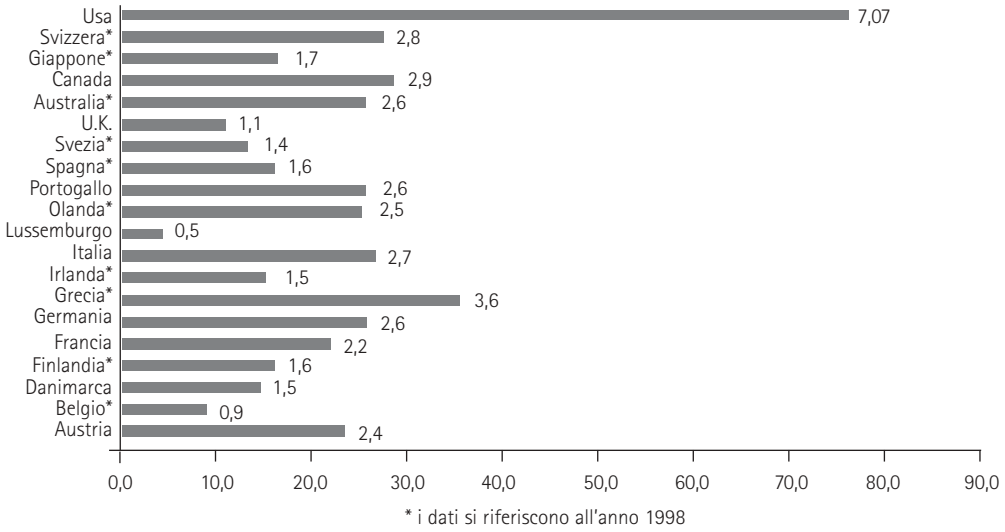
A livello internazionale non si discostano da tali valori: l'Australia (2,6 per cento), il Canada (2,9 per cento) e la Svizzera (2,8 per cento). Negli Stati Uniti raggiunge il 7,7 per cento nel 1999 (Grafici 7.4.3. e 7.4.4.).

GRAFICO 7.4.3. La spesa sanitaria privata 1999 (% spesa sanitaria totale)



Fonte: Oecd Health Data 2000

GRAFICO 7.4.4. La spesa sanitaria privata 1999 (% PIL)



Fonte: Oecd Health Data 2000

Nell'analizzare la quota di spesa sanitaria è necessario tenere conto del fatto che essa tende a crescere con lo sviluppo economico. Analizzando la spesa sanitaria congiuntamente al Pil pro-capite, si conferma l'esistenza di una relazione diretta fra le due variabili: un aumento del Pil pro-capite determinerebbe un aumento della spesa sanitaria, come mostrano i grafici seguenti.
Portogallo (Pil pro-capite pari a 14,1 mln di $ e spesa sanitaria 7,7 per cento del Pil nel 1996) e Olanda (Pil pro-capite pari a 21,9 mln di $ e spesa sanitaria 8,8 per cento del Pil nel 1996), ad esempio, associano livelli, rispettivamente, bassi e alti

di spesa sanitaria e Pil pro-capite. Paesi come l'Italia (20,8 mln di $ in corrispondenza ad una spesa sanitaria pari all'8,1 per cento del Pil nel 1996) o la Spagna (15,8 mln di $ e spesa sanitaria 7,1 per cento del Pil nel 1996) si posizionano al disotto dell'andamento tendenziale, mentre Germania e Stati Uniti si posizionano notevolmente al disopra. I risultati del 1996 sono confermati anche dai dati relativi al 1999 (Grafici 7.4.5. e 7.4.6.).

GRAFICO 7.4.5. Relazione fra spesa sanitaria totale (%Pil) e Pil pro capite – 1996

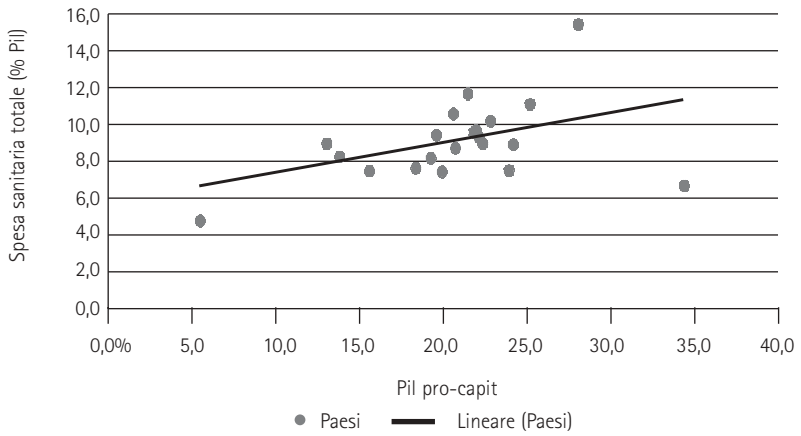
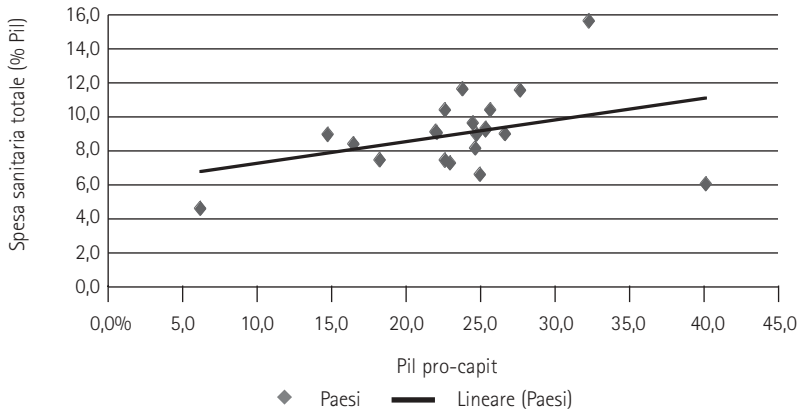


GRAFICO 7.4.6. Relazione fra spesa sanitaria totale (%Pil) e Pil pro-capite 1999



La relazione sembra almeno parzialmente confermata anche per le singole componenti, pubblica e privata, della spesa: la relazione è però più forte per quanto concerne la spesa pubblica.

Concentrando l'osservazione sulla composizione della spesa sanitaria pubblica, si può osservare come nella quasi totalità dei Paesi europei sia il settore ospedaliero ad assorbire la quota più ampia di risorse pubbliche.

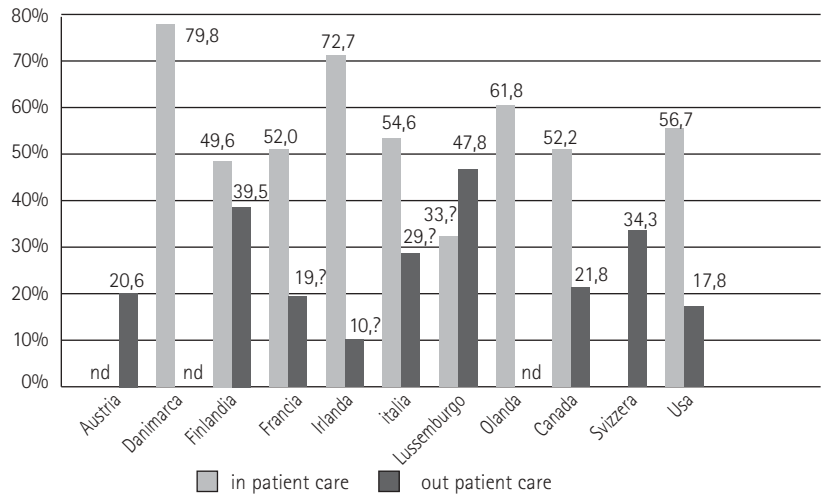
Nel 1998 si registra un minimo del 33,0 per cento (dato relativo al Lussemburgo) ed un massimo del 79,6 per cento (Danimarca). Inoltre, soltanto per il Lussemburgo (33,0 per cento) e la Finlandia (49,6 per cento) l'incidenza della spesa ospedaliera sulla spesa pubblica è inferiore al 50,0 per cento nel 1998.

Nell'ambito della spesa ospedaliera la voce di maggior rilievo è quella relativa alle unità di *acute care*.

La spesa per tali strutture rappresenta in tutti i Paesi la quota più importante della

spesa ospedaliera pubblica (in Canada e in Finlandia, ad esempio, la spesa per unità di acute care ha rappresentato nel 1998 rispettivamente l'81,1% e il 79,5% della spesa ospedaliera)[16].
La spesa pubblica per cure ambulatoriali extra-ospedaliere si è attestata, nel 1998 su valori (espressi in percentuale della spesa pubblica totale) compresi tra il 10,5 per cento (Irlanda) ed il 39,5 per cento (Finlandia). In Lussemburgo nel 1998 la spesa per out patient care (47,8 per cento) prevale su quella per *in patient care* (33,0 per cento) a differenza di quanto accade negli altri Paesi europei; ad esempio nel 1998 la spesa per *in patient care* irlandese (72,7 per cento) è notevolmente più ampia della spesa per *out patient care* (10,5 per cento) (Grafico 7.4.7.).

GRAFICO 7.4.7. La spesa in patient care e out patient care 1998 (% della spesa sanitaria pubblica)

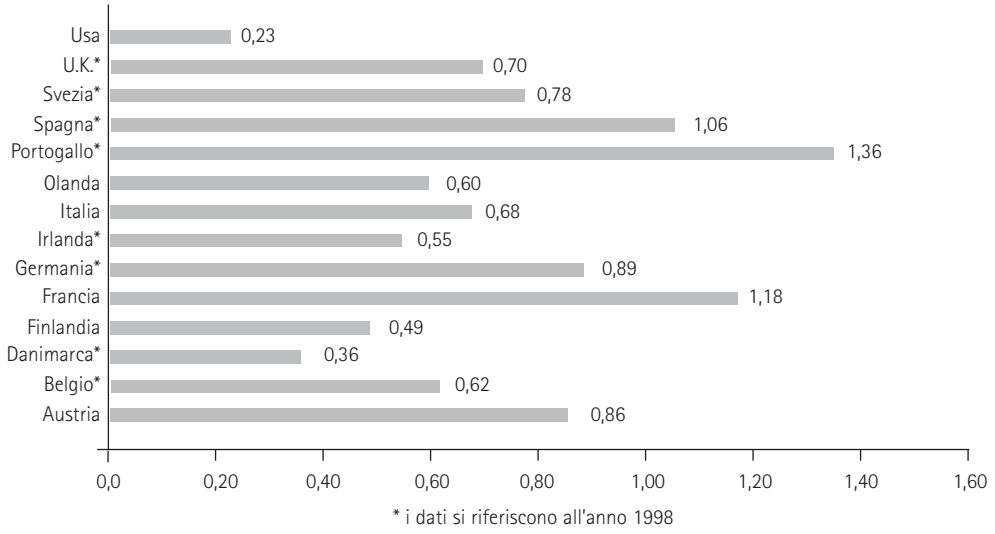


Fonte: Oecd Health Data 2000

Fra le principali risorse dei servizi sanitari annoveriamo i farmaci. Nel corso degli anni '90 la spesa farmaceutica pubblica, in percentuale sulla spesa farmaceutica totale è aumentata notevolmente in Austria (dal 57,2 per cento nel 1990 al 74,4 per cento nel 1998) e in Irlanda (dal 65,0 per cento nel 1990 all'83,8 per cento nel 1997). In Italia ha registrato un trend negativo nello stesso periodo (dal 72,3 per cento nel 1990 al 44,0 per cento nel 1997) ed infine ha avuto un andamento tendenzialmente costante in Francia e in Finlandia.
La tendenza è confermata anche dai dati relativi alla spesa farmaceutica pubblica espressa in percentuale del Pil. Nel 1998 in Italia, l'incidenza sul Pil (0,7 per cento), resta inferiore a quella registrata in Francia (1,2 per cento) ed in Austria (0,9 per cento). La stessa situazione accade anche nel 1997: Francia (1,1 per cento), Spagna (1,1 per cento) e Austria (0,8 per cento) contro il valore italiano pari allo 0,6 per cento (Grafico 7.4.8.).
I Paesi maggiormente interessati da un finanziamento pubblico del settore farmaceutico, Francia e Austria, sono anche quei Paesi con una più elevata spesa farmaceutica pubblica pro-capite: Lire 4.277.000 in Francia nel 1998 e Lire 3.445.000 in Austria nel 1998. Il dato pro-capite degli Stati Uniti (Lire 1.164.000 nel 1998), è inferiore sia al dato italiano (Lire 2.421.000 nel 1998) sia in generale a quello dei maggiori Paesi europei.

16. Gli oneri relativi alle nursering home, così come quelli di ospedali psichiatrici e centri di cura per anziani sono ricompresi in altre voci di spesa pubblica (assistenza sociale) o ricadono in prevalenza sul settore privato.

GRAFICO 7.4.8. La spesa farmaceutica pubblica 1999 (% PIL)



Fonte: Oecd Health Data 2000

7.5. PRODUZIONE E CONTRIBUTI ALLA BILANCIA DEI PAGAMENTI E ALLA OCCUPAZIONE

La Sanità non è solo produzione di servizi, con conseguenti costi per la collettività: farmaci ed elettromedicali rappresentano, ad esempio, una industria importante per molti Paesi, con effetti positivi sulla bilancia dei pagamenti oltre che sull'occupazione.

Da questo punto di vista, la Sanità, per le sue caratteristiche di settore di servizi *labour intensive*, può rappresentare oltre che un costo per i bilanci pubblici, anche un'importante risposta ai problemi dell'occupazione, in particolar modo quella qualificata.

Per quanto concerne il mercato del lavoro, dai dati Ocse si evince un aumento della quota di occupazione sanitaria in tutti i Paesi europei, nel ventennio 1970-90.

La percentuale degli occupati in Sanità sul totale degli occupati è un buon indicatore per valutare l'andamento del fenomeno: in Italia ad esempio è passata dall'1,7 per cento nel 1970 al 4,7 per cento nel 1990; in Germania, nello stesso ventennio, è raddoppiata, passando dal 2,9 per cento al 5,8 per cento e nel Regno Unito è cresciuta dal 3 per cento al 4,6 per cento.

Gli anni '90, inoltre, sono stati anni di crescita stabile per la maggioranza dei Paesi europei.

Gli occupati in Sanità, in percentuale del totale degli occupati, hanno raggiunto nel 1998 il 10,2 per cento in Finlandia ed il 2,9 per cento in Portogallo; in Italia (4,2 per cento nel 1998) e nel Regno Unito (4,5 per cento nel 1998), in particolare, tale percentuale è rimasta pressoché costante e in Svezia, infine, è addirittura diminuita, arrivando al 7,7 per cento nel 1997.

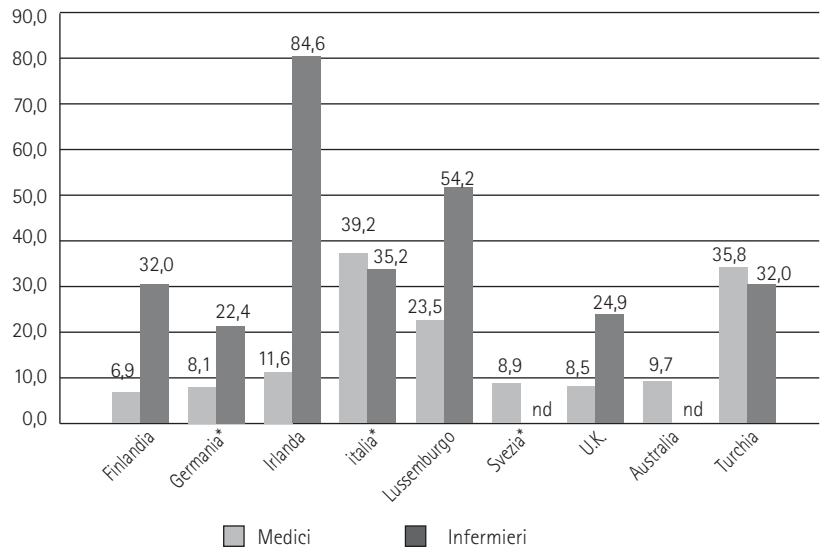
Se andiamo ad osservare la composizione dell'occupazione sanitaria, ad un confronto internazionale si registrano notevoli differenze fra i Paesi.

La quota dei medici sul totale degli occupati[17] è costantemente aumentata nel periodo 1960-80 in tutti i Paesi europei: è raddoppiata in Belgio, passando dallo

17. I dati Ocsesi riferiscono ai medici iscritti all'albo.

0,3 per cento nel 1960 allo 0,6 per cento nel 1980, ed è più che triplicata in Italia (0,2 per cento nel 1960 e 0,7 per cento nel 1980).
Nel corso degli anni '90, il rapporto si è mantenuto costante in Svizzera (0,3 per cento) ed in Grecia (1,0 per cento), mentre è aumentato in Finlandia ed in Italia. Caratteristico è il dato italiano: il nostro Paese nel 1998 ha conquistato il primato di Paese con maggior numero di personale medico, raggiungendo quota 1,7 per cento dell'occupazione totale nel 1998 ed il 39,2 per cento dell'occupazione sanitaria, superando anche il dato della Turchia (35,8 per cento). Il Regno Unito ed il Canada sono invece i Paesi con il minor numero di medici, 0,4 per cento dell'occupazione totale nel 1998.
Passando all'occupazione infermieristica, analogamente a quanto osservato per i medici, la tendenza è di un continuo aumento. Come mostrano i dati Ocse disponibili, il numero complessivo degli infermieri professionali è notevolmente aumentato quasi ovunque.
Tra i Paesi con minor numero di infermieri troviamo il Portogallo (0,8 per cento dell'occupazione totale nel 1998), la Danimarca (1,4 per cento nel 1998) e la Spagna (1,5 per cento nel 1998). Francia ed Italia registrano l'1,5 per cento nel 1997 (ultimo dato disponibile). I Paesi con più alta incidenza degli infermieri sull'occupazione totale sono l'Irlanda (3,9 per cento) e la Finlandia (3,3 per cento) nel 1998. L'Irlanda presenta anche il maggior numero di infermieri sul totale dell'occupazione sanitaria (84,6 per cento nel 1998), seguita dal Lussemburgo (54,2 per cento nel 1998) (Grafico 7.5.1.).

GRAFICO 7.5.1. Medici e infermieri (% occupazione totale del settore sanitario)



* i dati si riferiscono all'anno 1998

Fonte: Oecd Health Data 2000

Dall'analisi dei dati relativi alle retribuzioni, pesate attraverso la parità del potere d'acquisto, emerge che nel periodo 1960-80 le retribuzioni percepite dai medici sono notevolmente aumentate (+12.805 $) in Italia e (+33.805 $) in Canada. L'andamento si è mantenuto crescente anche nel corso degli anni '90.
Nel 1998 la retribuzione medica in Svizzera (82.915 $) è doppia di quella corrisposta nel Regno Unito (41.379 $), mentre in Turchia tocca la soglia minima di 1.450 $. La retribuzione media degli infermieri, anch'essa calcolata tenendo conto della

parità del potere d'acquisto, è tendenzialmente crescente in tutti Paesi europei.
A livello internazionale, a fronte della retribuzione massima dell'Australia (33.832 $ nel 1998), la Turchia ancora una volta è il Paese che presenta la più bassa retribuzione infermieristica mondiale 695 $ nel 1998.
Si può anche evincere come la relazione tra occupazione e spesa sanitaria, possa fornire una indiretta indicazione del possibile contributo occupazionale di eventuali espansioni della spesa sanitaria (Grafici 7.5.2. e 7.5.3.).

GRAFICO 7.5.2. Relazione fra spesa sanitaria pubblica e occupati in sanità 1996

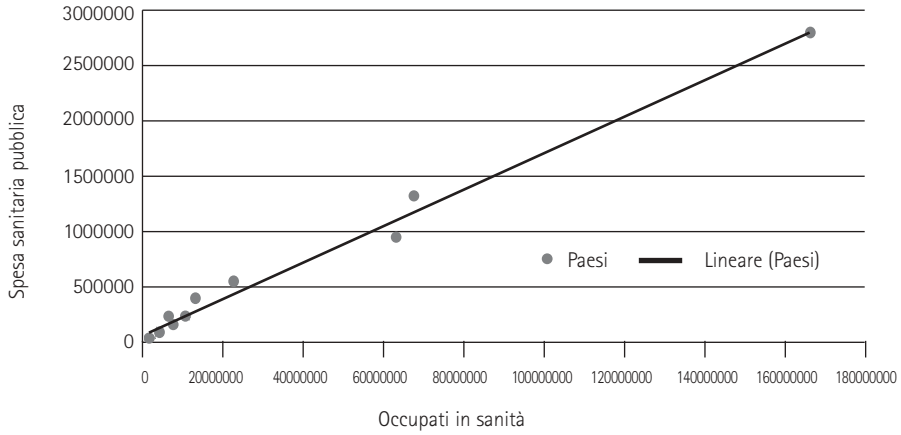
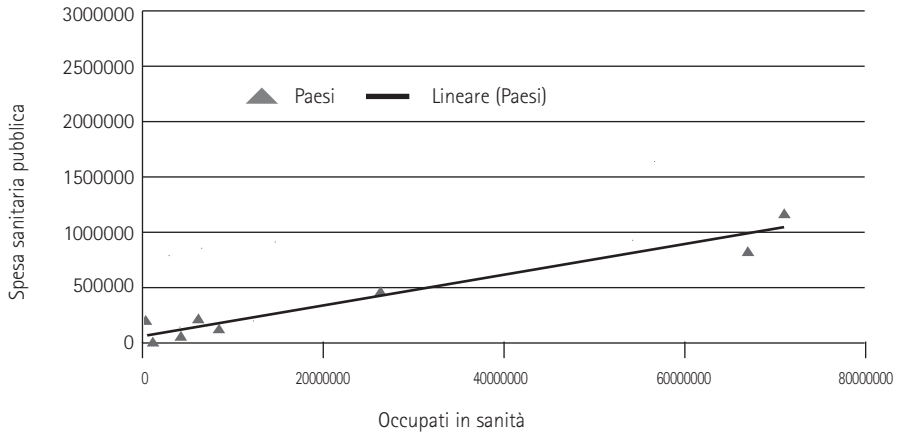


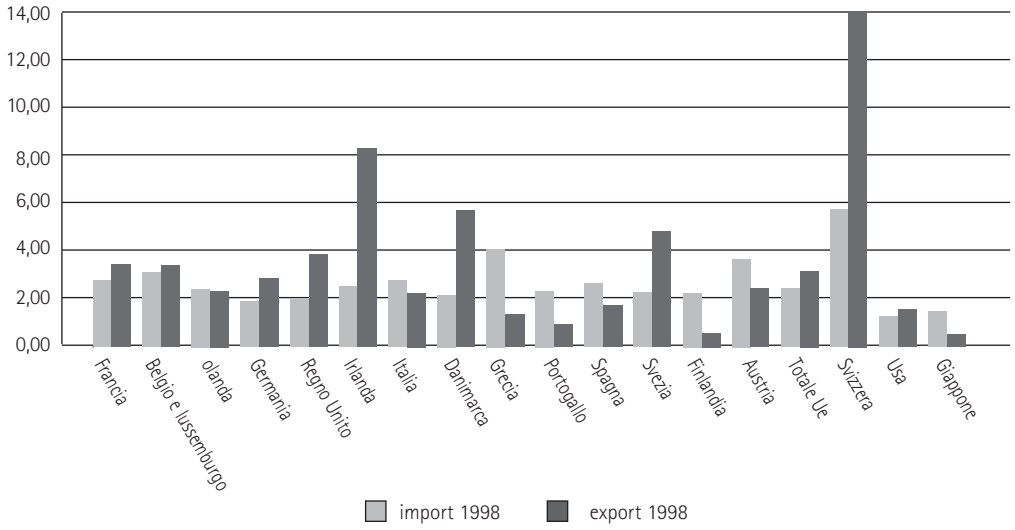
GRAFICO 7.5.3. Relazione fra spesa sanitaria pubblica e occupati in sanità 1998



Il Paese che registra il maggior numero di occupati (2.568.254 di individui) e contemporaneamente il livello di spesa sanitaria pubblica massimo è il Giappone; il fanalino di coda è il Lussemburgo che conta solo 5.319 occupati nel settore sanitario a fronte del livello minimo di spesa. La Svezia si posiziona, invece, ad un livello intermedio per quanto riguarda la relazione tra occupati e spesa sanitaria.
Passando all'analisi degli effetti che l'attività delle industrie legate al settore sanitario hanno sulla bilancia dei pagamenti, possiamo iniziare dal settore farmaceutico.
Nel 1998, i Paesi con maggiori importazioni farmaceutiche sono in ordine gli USA (10.982,20 mln di $), la Germania (8.033,20 mln di $), la Francia (7.159,30 mln di $), il Regno Unito (5.686,20 mln di $), l'Italia (5.435,60 mln di $), mentre il Paese con il più alto livello di export farmaceutico è, nello stesso anno, la Germania con 14.040,80 mln di $, seguita da Svizzera (9.862,4 mln di $), Stati Uniti (9.660,8

mln di $), Regno Unito (9.545,6 mln di $), Francia (9.312,3 mln di $). L'Italia si posiziona solo al settimo posto nel mercato mondiale.
Alla fine degli anni '90, la quota di importazioni farmaceutiche sulle importazioni globali del Paese è il 5,3 per cento in Svizzera, contro l'1,16 per cento degli USA. L'Italia (2,52 per cento) si posiziona ad un livello prossimo alla media europea (2,83 per cento).
Nel 1998 in Svizzera, il 12,50 per cento delle esportazioni totali proviene dal settore farmaceutico, mentre il Paese in cui l'incidenza dell'export farmaceutico è più bassa risulta essere il Giappone (0,49 per cento nel 1998), immediatamente seguito dalla Finlandia (0,54 per cento nel 1998). In Italia (2,02 per cento nel 1998) il dato è aumentato rispetto all'anno precedente (Grafico 7.5.4.).

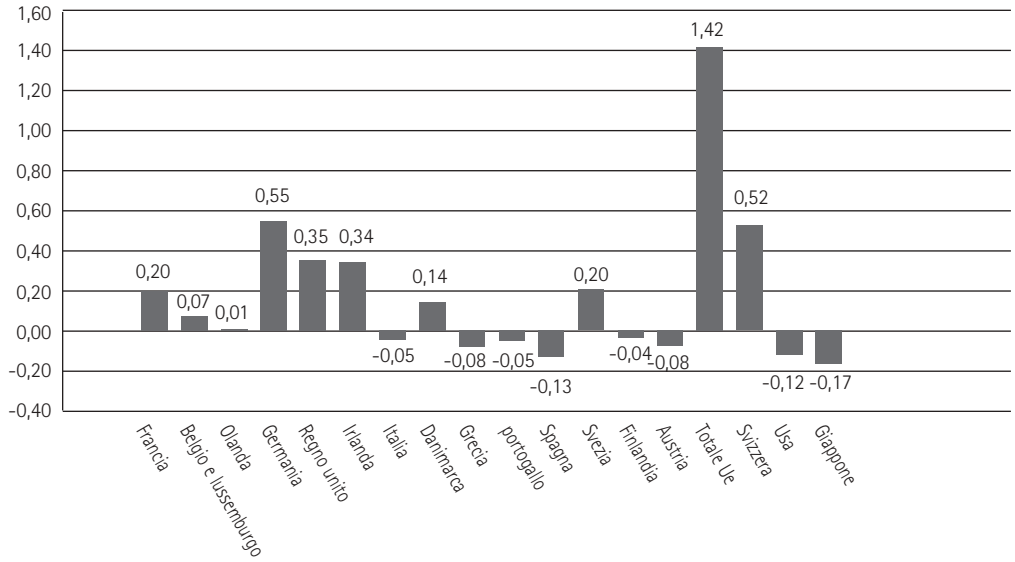
GRAFICO 7.5.4. Import – Export farmaceutico sull'interscambio globale



Fonte: Farmindistria 2001

Il saldo della bilancia farmaceutica, espresso in percentuale del saldo farmaceutico mondiale, è massimo in Germania ed in Svizzera nel periodo 1996-98, mentre assume il valore minimo in Spagna dato un saldo negativo e in Giappone, attestandosi nel 1998 rispettivamente allo -0,13 per cento e allo -0,17 per cento.
Per quanto riguarda, invece, la situazione italiana, il saldo della bilancia commerciale farmaceutica è andato peggiorando negli ultimi anni (-325,90 mln di $ nel 1996, -333,20 mln di $ nel 1997 e –537,30 mln di $ nel 1998), mentre il saldo della bilancia farmaceutica mondiale ha registrato un andamento altalenante (Grafico 7.5.5.).
Dobbiamo aggiungere che, secondo Farmindustria, l'industria farmaceutica italiana segna il passo da alcuni anni per numero di addetti in ricerca, pur posizionandosi sesta nell'Ocse, preceduta da USA, Giappone, Germania, Francia e Regno Unito.
Per numero di occupati in R&S nel settore farmaceutico, l'Italia si attesta al sesto posto nella classifica dei Paesi Ocse.
L'incidenza della spesa per R&S (Ricerca & Sviluppo nel settore farmaceutico, calcolata in percentuale del Pil, è rimasta negli ultimi anni pressoché costante in Italia (0,073 per cento nel 1998 e 0,079 per cento nel 2000), nel Regno Unito

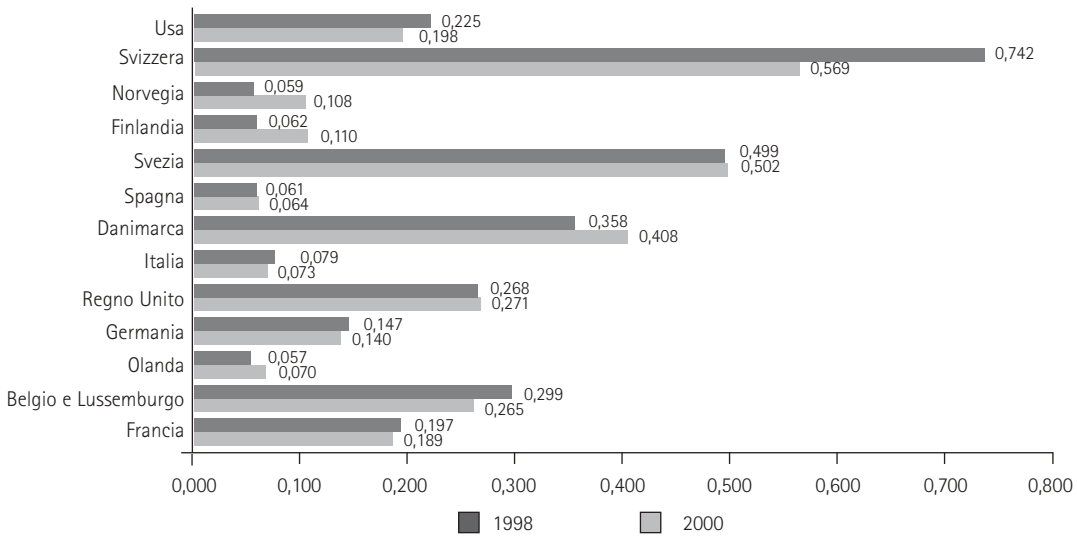
GRAFICO 7.5.5. Bilancia farmaceutica 1998 (% del totale mondiale)



Fonte: Farmindustria 2001

(0,271 per cento nel 1998 e 0,268 per cento nel 2000), in Spagna (0,064 per cento nel 1998 e 0,061 per cento nel 2000), mentre è aumentata in Francia (0,189 per cento nel 1998 e 0,197 per cento nel 2000) e negli Stati Uniti (0,198 per cento nel 1998 e 0,225 per cento nel 2000) (Grafico 7.5.6.).

GRAFICO 7.5.6 La spesa per R&S nel settore farmaceutico (% PIL 1998-2000)

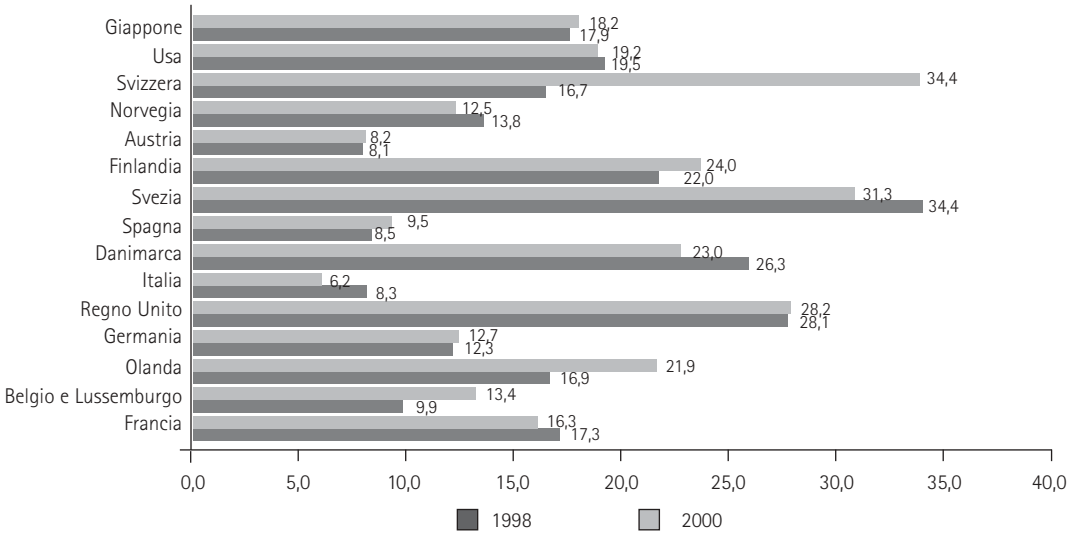


Fonte: Farmindustria 2001

Negli anni 1998 e 2000 i Paesi europei che maggiormente investono in R&S sono la Svizzera (rispettivamente 16,7 per cento e 34,4 per cento), la Svezia (34,4 per cento nel 1998 e 31,3 per cento nel 2000), il Regno Unito (rispettivamente 28,1 per cento e 28,2 per cento), la Finlandia (22,0 per cento nel 1998 e 24,0 per cento nel 2000), la Danimarca (26,3 per cento e 23,0 per cento), mentre l'Italia (8,3 per

cento nel 1998 e 6,2 per cento nel 2000) si posiziona all'ultimo posto nella classifica dei Paesi Ocse (Grafico 7.5.7.).

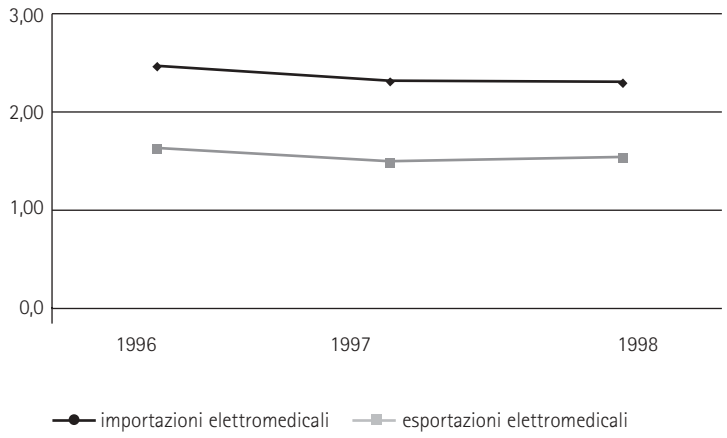
GRAFICO 7.5.7 Occupati in R&S nell'industria farmaceutica (% sul totale degli occupati)



Fonte: Farmindustria 2001

Nel 2000, rispetto al totale degli occupati in R&S (pubblica e privata), il numero degli occupati in R&S nel settore farmaceutico, Italia, Germania, Olanda, Spagna e Finlandia si attestano a livelli inferiori alla media europea (5,4 per cento), superata solo dalla Svizzera (17,9 per cento) e dalla Danimarca (11,9 per cento).
Anche il settore degli elettromedicali assume un'importanza crescente nell'economia dei Paesi europei. In particolare in Italia si può osservare che negli ultimi anni, il settore degli elettromedicali ha registrato un aumento del fatturato (1.006 mld di lire nel 1999), registrando un aumento dell'8,64 per cento nel triennio 1997-1999.
Per quanto riguarda i conti con l'estero, i dati Anie (Associazione Elettromedicali) mostrano che il settore, a fronte di un aumento sia nel livello di importazioni che in quello delle esportazioni, si registra però un saldo negativo della bilancia elettromedicale in crescita negli ultimi anni (-308 mld di lire nel 1999).
Tale situazione è spiegata dal fatto che a fronte di un aumento delle importazioni nel periodo 1997-98 del 4 per cento e del 4,6 per cento nel periodo 1998-99, la variazione percentuale delle esportazioni è passata dal 5 per cento nel periodo 1997-98 al 3,4 per cento nel periodo 1998-99.
Il Paese vede, con il passare del tempo, una riduzione dell'incidenza sia delle esportazioni sia delle importazioni di elettromedicali sul livello delle esportazioni ed importazioni elettroniche ed elettrotecniche (Grafico 7.5.8.).
Per quanto concerne i dispositivi medici, leader del mercato in termini di fatturato, sono gli Stati Uniti, seguiti dall'Europa e dal Giappone, sia nel 1997 sia nel 2000.
La Germania, particolarmente competitiva nella diagnostica in vitro, è stato il Paese leader del mercato europeo tra il 1993 ed il 1997. Il fatturato, in continua crescita nel periodo osservato, si mantiene più che doppio del dato della Spagna. Anche il tasso di crescita registrato tra il 1993-97 (14,7 per cento) è tra i più elevati d'Europa, superato solo dal Regno Unito (20,7 per cento).

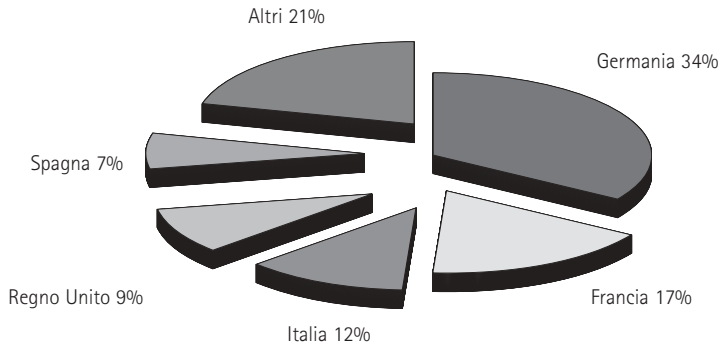
GRAFICO 7.5.8 Incidenza del settore degli elettromedicali sull'interscambio elettronico ed elettrotecnico in Italia



Fonte: Assobiomedica

Se misuriamo la variazione del fatturato nel settore della diagnostica in vitro nel periodo 1994-97, vediamo che le posizioni si sono modificate: la Germania è terza (6,9 per cento), preceduta dal Regno Unito (12,6 per cento) e della Spagna (9,9 per cento), mentre per quanto riguarda l'Italia, le statistiche parlano in modo incontrovertibile di un trend del mercato assolutamente disallineato (e negativo) rispetto a quello dei mercati europei (-4,5 per cento).
Nel 2000 la Germania aveva una quota di mercato dei dispositivi medici pari al 34,0 per cento, seguita dalla Francia (17,0 per cento), dall'Italia (12,0 per cento), dal Regno Unito (9,0 per cento) e dalla Spagna (7,0 per cento). Tutti gli altri Paesi europei insieme rappresentavano il 21,0 per cento (Grafico 7.5.9.).

GRAFICO 7.5.9 Il mercato europeo dei dispositivi medici 2000



Fonte: Eucomed, AdvaMed 2000

A fronte di un mercato piuttosto competitivo per Germania, Irlanda e Regno Unito, si osserva un bilancio import-export sfavorevole in Italia, Francia e Spagna. Il particolare, in Francia le importazioni superano di circa 1 mld di Euro le esportazioni di dispositivi medici; in Italia, contro importazioni dell'ordine di 2 mld di Euro le esportazioni raggiungono solo quota 1 mld di Euro[18].
Si evince l'immagine di un settore debole, nel quale vengono commercializzate

18. Fonte: Eucomed, Lek

tecnologie frutto di attività di ricerca, sviluppo e produzione svolte in altri Paesi. In Italia, per esempio, solo il 3,0 per cento degli addetti svolge attività di ricerca e sviluppo (R&S), sebbene il settore dei dispositivi medici presenti a livello mondiale un alto tasso di investimenti in R&S rispetto al fatturato (13,0 per cento nel 1998 negli Stati Uniti).

8. Materiali e metodi: struttura della banca dati e modalità di costruzione degli indicatori

8.1. Premessa

Il presente capitolo riporta, per ciascuna famiglia di indicatori, una descrizione dei dati utilizzati e degli indicatori proposti nel presente volume e nel MESS[1].
Si segnala in particolare che:
• il capitolo aggiorna il contenuto delle note metodologiche pubblicate nelle *precedenti edizioni* di Prometeo (1999 e 2000), alle quali si rimanda per quanto non espressamente descritto in questa sede;
• i materiali e metodi relativi agli indicatori elaborati sulle *Schede di Dimissione Ospedaliera* sono esposti nel capitolo 2 del presente volume;
• l'ultima sezione di questo capitolo, *"Il nuovo sistema di stime della popolazione residente"* (Istat), fornisce ulteriori elementi di approfondimento in relazione ai dati utilizzati sulla popolazione residente (cfr paragrafo 8.3. *Popolazione*).
Lo schema che segue riepiloga i 318 indicatori proposti; per ciascuna "famiglia" di indicatori viene riepilogata la fonte ed il periodo di riferimento dei dati, il numero e l'ambito territoriale relativamente al quale sono disponibili gli indicatori elaborati.

TAVOLA 8.1.1. Prometeo 2001 tutti gli indicatori proposti

Famiglia Gruppo di indicatori	Fonte dei dati e anno di riferimento	Numero indicatori	Ambito (*)
Giorni di ospedalizzazione per causa, dimessi 15-64 anni	Ministero Salute 1998	24	Usl
Mortalità standardizzata per causa	Istat triennio 1996-98	32	Usl e prov.
– 0-4 anni e infantile		*8*	
– 5-69 anni cause evitabili, per sesso		*8*	
– 5-69 altre cause, per sesso		*8*	
– 70 anni e più, per sesso		*8*	
Malattie infettive	Min. Salute 1998 (sito internet)	16	provincia
Infortuni	Inail 1998	16	Usl e prov.
Posti letto	Istat 1998	24	Usl
Tasso utilizzazione	Istat 1998	24	Usl
Mix degenti	Istat 1998	8	Usl
Dotazione di personale del Ssn	Min. Economia e Finanze 1998	16	Usl
Retribuzioni personale delle Usl	Min. Economia e Finanze 1998	20	Usl
Medicina di base	Min. Salute 1998 (sito internet)	8	Usl
Contesto demografico	Istat 1998	16	Usl e prov.
Contesto economico	Istat, Ancitel, Tagliacarne 1998	10	Usl e prov.
Atlante dei ricoveri per causa e sesso	Ministero Salute 1998	48	Usl
Atlante della mortalità per causa e sesso	Istat triennio 1996-98	48	Usl e prov.
Classifica stato di salute Usl	Istat triennio 1996-98	8	Usl
Totale indicatori		**318**	

(*) tutti gli indicatori sono disponibili a livello regionale

1. Modello di indicatori di Epidemiologia dei Servizi Sanitari, la cui versione informatizzata è disponibile sul CD allegato al presente volume.

8.2. Ambito territoriale

8.2.1. Il raccordo fra i dati provinciali e i dati per Usl

A seconda della disponibilità dei dati l'ambito territoriale minimo scelto per l'esposizione dei dati è quello relativo alla Usl o alla provincia; solo nel caso i dati siano disponibili per Comune (ad esempio, la popolazione residente) è sempre possibile ottenere come aggregato sia la Usl che la Provincia.
Per alcune famiglie di indicatori i dati di base sono stati acquisiti con riferimento provinciale (ad esempio, le malattie infettive) mentre per altre i dati sono disponibili per Usl (ad esempio, le schede di dimissione ospedaliera): in questi casi non è possibile procedere alla realizzazione di entrambe le tipologie di aggregazione (Usl e Provincia).
Le Province che coincidono con un ambito Usl, infatti, sono 45; nei restanti 58 casi risultano formate da Comuni appartenenti a 2 o più Usl.
Di contro, le Usl che, singolarmente o aggregate, possono individuare univocamente un territorio coincidente con l'ambito provinciale sono 177 (le restanti 19 Usl sono determinate da territori comunali afferenti a 2 o 3 Province), ma generalmente i dati acquisiti per Usl non risultano di alcun interesse se elaborati per ambito provinciale (ad esempio, dotazione di personale del servizio sanitario nazionale).

8.2.2. Le aree metropolitane

Per alcuni indicatori è stata utilizzata la dizione di Usl di "area metropolitana", con riferimento alle città di Torino e Roma. Al Comune di Torino, infatti, afferiscono 4 Usl e al Comune di Roma 5 Usl (nell'ambito delle quali è compreso anche il Comune di Fiumicino).
Il ricorso a questo tipo di modalità espositiva è stato necessario nel caso di dati disponibili per Comune ma non per Usl (ad esempio, il numero di infortuni); essendo i territori dei Comuni di Torino e Roma frazionati su più Usl non è stato possibile redistribuire i singoli dati comunali per Usl.
Nel caso della popolazione è stata tuttavia condotta una stima sui residenti per Usl grazie ai dati rilevati presso i siti internet dei due Comuni[2] riferiti alle singole Circoscrizioni, aggregando queste ultime per Usl di appartenenza.

8.2.3. Il numero delle Usl

Da segnalare che rispetto alla scorsa edizione di Prometeo il numero di Usl è variato, portandosi dalle 227 del 1997 alle 196 del 1998; questa variazione (- 31 Usl) è da addebitare quasi esclusivamente alla riorganizzazione della Regione Lombardia (da 44 a 14 Usl), oltre che all'accorpamento di due Usl umbre in un'unica Azienda.
Una lettura "trasversale" fra le edizioni di Prometeo precedente e attuale è possibile solo per alcune delle Usl lombarde, ma non per tutte: parte delle Usl esistenti nel 1997 risultano "confluire" interamente in una Usl 1998, alcune, invece, sono state completamente revisionate in termini di ripartizione dei Comuni fra le nuove Usl e pertanto non è possibile realizzare un allineamento dei dati[3] .
Per quanto riguarda le due Usl umbre, la lettura degli indicatori comuni alle

2. www.comune.torino.it; www.comune.roma.it
3. Legge Regionale 11 luglio 1997, n. 31 Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali

diverse edizioni di Prometeo può essere condotta tenuto conto che l'attuale Usl di Terni rappresenta una sorta di "media ponderata" fra le due Usl precedentemente esistenti di Orvieto e Terni.

8.3. Popolazione

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istituto Nazionale di Statistica, anni diversi.

8.3.1. Stima della popolazione per classi di età

Per la costruzione degli indicatori previsti da Prometeo è stata utilizzata la popolazione comunale al 1° gennaio 1998 ed al 1° gennaio 1999[4] secondo la nuova rilevazione dell'Istituto Nazionale di Statistica (POSAS[5]), diversamente dalle precedenti edizioni di Prometeo (alle quali si rimanda per approfondimenti in merito).
Pur raggiungendo la POSAS un ampio livello di completezza, in alcuni casi è stato necessario stimare i dati di alcuni Comuni non rispondenti alla rilevazione. Le stime sono state condotte sfruttando uno dei due anni per i quali era disponibile il dato derivante dalla POSAS ed il movimento anagrafico comunale o, nel caso di dati mancanti in entrambi gli anni di riferimento, procedendo mediante un metodo *Montecarlo* (cfr oltre) basato sulla stima POSAS provinciale (1998) e sui residenti per regione, classi di età e sesso (serie storica 1995-99, al 1° gennaio di ciascun anno), oltre che sul già citato movimento anagrafico comunale.
Per quanto riguarda la popolazione a metà anno 1996 e 1997 (necessaria per gli indicatori relativi alla mortalità, calcolati su base triennale) è stata utilizzata la stima condotta per le precedenti edizioni di Prometeo, ottenuta utilizzando un metodo *Montecarlo* che consente, mediante iterazioni successive, di ottenere una simulazione dell'aggiornamento dei dati relativi ai comuni non disponibili negli anni 1997 e 1998 riequilibrati fino alla coerenza con le rilevazioni del movimento anagrafico a livello comunale e della popolazione provinciale in relazione alla struttura per età.
Il database Popolazione si avvale di una decodifica comune/Usl/provincia secondo la serie storica registrata a partire dal Censimento Istat 1991; la stima della popolazione per Usl è stata condotta in base alla corrispondenza amministrativa del territorio di ciascuna Usl con aggiornamento al 31 dicembre 1998.
La tavola 8.3.1.1. riporta il riepilogo della popolazione stimata al 30 giugno per ciascun anno e per sesso.

Tavola 8.3.1.1. Popolazione stimata al 30 giugno di ciascun anno

Anno	Maschi	Femmine	Totale
1996	27.855.384	29.541.603	57.396.987
1997	27.921.971	29.590.195	57.512.166
1998	27.959.131	29.628.854	57.587.985

L'adozione dei risultati della rilevazione POSAS, strutturalmente differente dalle precedenti metodologie adottate dall'Istat per la stima della popolazione residente per sesso e classi di età, consiglia alcune cautele nel leggere in serie storica gli indicatori elaborati per le scorse edizioni di Prometeo.
La tavola 8.3.1.2. propone un confronto dal quale si può evincere la differenza

4. Entrambe necessarie, al fine di calcolare la c.d. "popolazione a metà anno", cioè quella media dell'anno che per convenzione si identifica con la popolazione al 30 giugno.
5. Cfr Il nuovo sistema di stime della popolazione residente, in appendice al presente capitolo.

rilevata per l'indice di vecchiaia (uno degli indici più sensibili alla composizione per classi di età) nel caso sia calcolato mediante la popolazione secondo la rilevazione POSAS o tramite le tradizionali elaborazioni Istat (di livello regionale). Utilizzando queste ultime anche per l'edizione 2001 di Prometeo l'errore commesso a livello regionale sarebbe stato comunque in ogni caso compreso entro i due punti percentuali; tuttavia, data la disaggregazione per Usl e provincia adottata per l'elaborazione degli indicatori del MESS, nel caso di ambiti territoriali di maggior dettaglio rispetto alla Regione è possibile il verificarsi di una differenza di entità maggiore rispetto al 2% sopra indicato.
La tavola evidenzia come nella maggior parte dei casi le tradizionali elaborazioni regionali Istat per sesso e classe di età sovrastimassero l'invecchiamento della popolazione nelle regioni più anziane (nord) e lo sottostimassero in quelle più giovani (sud), anche se in misura non significativa e tale da non modificare sensibilmente il valore medio nazionale.

Tavola 8.3.1.2. Indice di vecchiaia calcolato secondo la nuova rilevazione POSAS (ipotesi A) e secondo le elaborazioni "tradizionali" (ipotesi B) e differenze assolute

Regione	Ipotesi A POSAS	Ipotesi B	Diff (A-B)
Piemonte	167,7	168,9	– 1,2
Valle d'Aosta	145,7	146,6	– 0,9
Lombardia	130,7	131,3	– 0,6
p.a. Bolzano	88,1	89,2	– 1,1
p.a. Trento	121,2	122,2	– 1,0
Veneto	131,7	132,6	– 0,9
Friuli Venezia Giulia	188,3	189,1	– 0,8
Liguria	235,7	235,4	+ 0,3
Emilia Romagna	196,9	198,6	– 1,7
Toscana	187,8	188,2	– 0,4
Umbria	177,5	177,1	+ 0,4
Marche	161,4	162,2	– 0,8
Lazio	115,9	116,6	– 0,7
Abruzzo	132,1	130,5	+ 1,6
Molise	132,9	131,4	+ 1,5
Campania	67,1	66,6	+ 0,5
Puglia	82,5	82,4	+ 0,1
Basilicata	101,6	100,7	+ 0,9
Calabria	87,8	87,4	+ 0,4
Sicilia	85,1	84,4	+ 0,7
Sardegna	97,7	97,2	+ 0,5
Totale	**120,6**	**120,7**	**– 0,1**

8.3.2. Popolazione pesata

Gli standard utilizzati per la valutazione della popolazione pesata sono quelli desunti dalla proposta del Ministero della Sanità per la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale 1999 (tavola 8.3.2.1.).

Tavola 8.3.2.1. Pesi per la determinazione della popolazione pesata

Età		Farmaceutica	
< un anno		1,0000	
1-4 anni		0,9690	
5-14 anni		0,6950	
	Maschi		Femmine
15-44 anni	0,6930		0,7710
45-64 anni		2,1040	
65-74 anni		4,1760	
> 74 anni		4,2900	

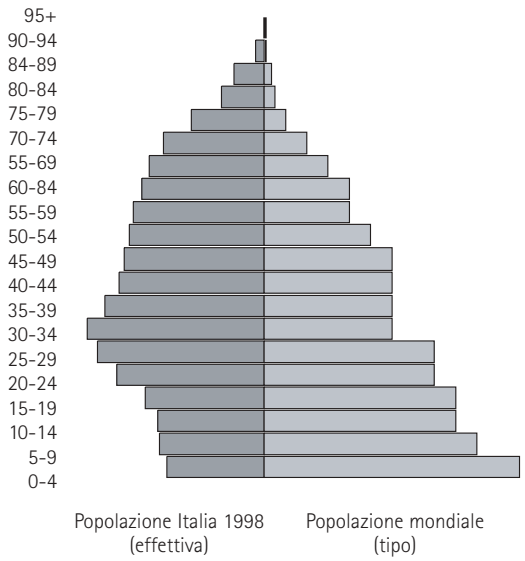
8.3.3. Popolazione tipo

I tassi di mortalità (cfr. § 8.4. – Decessi e Mortalità evitabile) sono standardizzati utilizzando come popolazione tipo quella c.d. "mondiale"[6] .
La tavola 8.3.3.1. mostra il confronto fra la popolazione tipo utilizzata e la popolazione effettiva italiana a metà anno 1998.

TAVOLA 8.3.3.1. Confronto tra popolazione 1998 e popolazione mondiale

Classi di età	Popolaz. Italia 1998	Mondiale (stand Istat)
< 4 anni	46,2	120,0
5-9 anni	49,3	100,0
10-14 anni	50,0	90,0
15-19 anni	55,8	90,0
20-24 anni	69,3	80,0
25-29 anni	78,2	80,0
30-34 anni	83,0	60,0
35-39 anni	75,3	60,0
40-44 anni	68,1	60,0
45-49 anni	66,2	60,0
50-54 anni	63,6	50,0
55-59 anni	61,4	40,0
60-64 anni	57,8	40,0
65-69 anni	53,9	30,0
70-74 anni	47,3	20,0
75-79 anni	34,3	10,0
80-84 anni	20,4	5,0
84-89 anni	14,1	3,0
90-94 anni	4,5	1,0
> 95 anni	1,0	1,0
Totale	**1000,0**	**1000,0**

Piramide della popolazione tipo utilizzata e quella effettiva italiana



8.4. Decessi e mortalità evitabile

Fonte dei dati e anni di riferimento: Istituto Nazionale di Statistica, 1996-1998.

8.4.1. Note generali

Per la costruzione della classifica e degli indicatori di mortalità (incluse le età medie alla morte secondo diverse modalità di calcolo) sono stati utilizzati i dati relativi ai decessi registrati nel triennio 1996-98 per i quali fosse nota almeno la provincia di residenza del deceduto ed escludendo le morti avvenute in Italia di residenti all'estero.
Complessivamente sono stati analizzati 1.676.886 casi su 1.684.577 decessi avvenuti in Italia nel triennio 1996-98. Per l'elaborazione degli indicatori a livello di Usl (inclusa la classifica sullo stato di salute) sono stati ulteriormente esclusi 2.585 casi per i quali non era nota la Usl di residenza del deceduto (tavola 8.4.1.1).
La tavola 8.4.1.2. mostra invece la distribuzione dei soli decessi avvenuti per causa evitabile[7] ed analizzati dai relativi indicatori, con indicazione dei relativi codici ICD 9[8] .

6. Waterhouse J., Muir C., Correa P., Powell J. Cancer in five Continents, Vol. 3, IARC, Scientific Pubblication, n. 15, IARC, Lyon, 1976. Citato in: Frova L., Prati S. Nota statistica e metodologica. In: La mortalità in Italia nel periodo 1970-1992: evoluzione e geografia, ISTAT 1999, con modificazioni.
7. Cfr capitolo 1 La classifica 2001 sullo stato di salute degli italiani: anni di vita persi per mortalità evitabile e Usl.
8. Classificazione Internazionale delle Malattie, IXª Revisione.

Tavola 8.4.1.1. Decessi avvenuti in Italia nel triennio 1996-1998, per Regione

Regione	Totale casi	Casi Usl nota	Casi Usl non nota	
			numero	% su totale
Piemonte	146.699	146.698	1	< 0,05%
Valle d'Aosta	3.918	3.918	-	-
Lombardia	257.254	257.254	-	-
p.a. Bolzano	10.886	10.886	-	-
p.a. Trento	13.662	13.662	-	-
Veneto	126.352	126.084	268	0,21%
Friuli Venezia Giulia	43.796	43.796	-	-
Liguria	65.855	65.855	-	-
Emilia Romagna	136.716	136.716	-	-
Toscana	122.459	122.456	3	< 0,05%
Umbria	27.895	27.894	1	< 0,05%
Marche	46.044	46.043	1	< 0,05%
Lazio	140.640	139.861	779	0,55%
Abruzzo	38.153	38.152	1	< 0,05%
Molise	10.565	10.565	-	-
Campania	139.766	139.226	540	0,39%
Puglia	97.071	97.070	1	< 0,05%
Basilicata	16.574	16.574	-	-
Calabria	52.920	52.920	-	-
Sicilia	138.152	138.071	81	0,06%
Sardegna	41.509	40.600	909	2,19%
Totale	**1.676.886**	**1.674.301**	**2.585**	**0,15%**
Provincia non nota	5.949			
Totale deceduti residenti in Italia	**1.682.835**			
Residenti all'estero	1.742			
Totale decessi avvenuti in Italia	**1.684.577**			

8.4.2. Indicatori elaborati[9]

Classifica dello stato di salute per Usl (cfr. § 8.4.3).
Mortalità infantile, per causa (morti nel primo anno di vita per 1000 nati vivi).
Mortalità standardizzata – tassi per 100.000 residenti:
– mortalità 0-4 anni, per causa,
– mortalità 5-69 anni, per sesso e causa di morte evitabile,
– mortalità 5-69 anni, per sesso e causa di morte escluse cause evitabili,
– mortalità > 69 anni, per sesso e causa di morte,
– mortalità 0-74 anni, per sesso e causa di morte,
– mortalità > 74 anni, per sesso e causa di morte.
Età media alla morte:
– tutte le età, tutte le cause di morte,
– età 5-69 anni, cause di morte evitabili,
– età 5-69 anni, tutte le cause di morte escluse evitabili,
– età > 69 anni, tutte le cause di morte.

8.4.3. La classifica sullo stato di salute

L'indicatore utilizzato per la classifica sullo stato di salute è stato realizzato rapportando il numero degli anni perduti per mortalità evitabile per 100.000 anni potenziali (cfr. Appendice Percorso di calcolo della classifica dello stato di salute in Italia).
Il numero di anni perduti per cause evitabili è stato ottenuto secondo il seguente schema di calcolo applicato per singola Usl:

9. Per i tassi di mortalità infantile, 0-4 anni, 5-69 anni e > 69 anni si rimanda al modello informatizzato MESS alla famiglia di indicatori "stato di salute", per i tassi 0-74 anni e > 74 anni alla famiglia "atlante della mortalità", per le età medie alla morte alla famiglia "contesto demografico". Gli indicatori sono presentati a livello sia di Usl che provinciale, oltre che regionale.

TAVOLA 8.4.1.2. Decessi per causa di morte evitabile in età 5-69 anni – Triennio 1996-1998

Codici ICD 9	Cause evitabili (→) per gruppo	Raggruppamento cause evitabili	Morti evitabili val. ass.	Morti evitabili comp. %
da 001 a 139	Malattie infettive			
da 001 a 139	*→tutte le cause*	Igiene e assistenza sanitaria	3.568	1,5%
da 140 a 239	Tumori			
da 140 a 150; 155; 160, 161, 162 e 165; 188	*→cavo orale; fegato; vie respiratorie; vescica*	Prevenzione primaria	72.267	29,9%
da 172 a 182; 186; 201	*→pelle, mammella; utero; testicolo; mal. di Hodgkin*	Diagnosi precoce e terapia	24.532	10,1%
da 204 a 208	*→leucemie*	Igiene e assistenza sanitaria	6.177	2,6%
da 240 a 279	Malattie ghiandole endocrine, nutrizione, metabolismo e disturbi immunitari			
da 280 a 289	Malattie sangue e organi emopoietici			
da 290 a 389	Disturbi psichici, malattie sistema nervoso e degli organi di senso			
da 320 a 322; 323.2,3,4	*→meningite; poliomielite e altre encefaliti da infezioni*	Igiene e assistenza sanitaria	215	0,1%
da 390 a 459	Malattie sistema circolatorio			
da 430 a 438	*→malattie cerebrovascolari*	Prevenzione primaria	23.773	9,8%
da 393 a 398; da 401 a 405; da 410 a 414	*→cardiopatie reumatiche croniche; malattia ipertensiva; malattie ischemiche cardiache*	Igiene e assistenza sanitaria	57.662	23,9%
da 460 a 519	Malattie apparato respiratorio			
da 460 a 478; da 480 a 491; 495; 507	*→prime vie respiratorie; polmoniti, influenza, bronchiti; alveolite allergica; polmoniti da inalaz. solidi o liquidi*	Igiene e assistenza sanitaria	8.099	3,4%
da 520 a 579	Malattie apparato digerente			
571.0,1,2,3	*→cirrosi e altre malattie del fegato da alcool*	Prevenzione primaria	2.470	1,0%
531; da 540 a 543; da 550 a 553; da 575 a 576	*→ulcera gastrica; appendicite; ernie inguinali e addo-min.; dist. cistifellea e vie biliari (escl. calcoli)*	Igiene e assistenza sanitaria	1.077	0,4%
da 630 a 676	Complicazioni gravidanza, parto e puerperio			
da 630 a 676	*→tutte le cause*	Igiene e assistenza sanitaria	59	< 0,05%
da 680 a 709	Malattie pelle e tessuto sottocutaneo			
da 710 a 739	Mal. sistema osteomuscolare e tessuto connettivo			
da 740 a 759	Malformazioni congenite			
da 745 a 747	→malformazioni sistema cardiocircolatorio	Igiene e assistenza sanitaria	574	0,2%
da 760 a 779	Condizioni morbose di origine perinatale			
da 780 a 799	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti			
da 800 a 999	Traumatismi e avvelenamenti			
da 800 a 999	*→tutte le cause*	Prevenzione primaria	41.227	167,1%
da 001 a 999		**Totale**	**241.700**	**100,0%**
		Prevenzione primaria	139.737	57,8%
		Diagnosi precoce e terapia	24.532	10,1%
		Igiene e assistenza sanitaria	77.431	32,0

a) stima del numero standardizzato di decessi evitabili per classi di età ottenuta applicando i tassi specifici di mortalità alla popolazione standard (popolazione tipo = Italia 1994, per rendere possibile il confronto fra le diverse edizioni di Prometeo);
b) ponderazione, per singola classe di età, del numero di decessi standardizzato

con la differenza ottenuta fra l'età media alla morte generale (tutte le età, tutte le cause) e l'età media alla morte nella classe di età per i soli decessi evitabili;
c) sommatoria di quanto ottenuto al punto b).
Il numero di anni potenziali è stato calcolato ponderando la popolazione standard per Usl e per classi di età con la differenza fra l'età centrale della classe ed un parametro di riferimento prestabilito in 75 anni.
Nella tavola 1.1 (Classifica dello stato di salute in Italia: anni perduti per cause evitabili ogni 100.000 potenziali – cfr. capitolo 1) è esposto il numero di anni di vita perduti ogni 100.000 potenziali disaggregato, in modo da consentire di verificare in quale misura ciascun gruppo di cause ha contribuito all'indicatore utilizzato per la classifica dello stato di salute:
• per ciascun gruppo di cause evitabili (prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene e assistenza sanitaria – cfr. tavola 8.4.1.2),
• per i primi tre raggruppamenti di cause di morte in ordine di numerosità, individuati secondo la classificazione internazionale delle malattie ICD 9 (tumori, sistema cardiocircolatorio, traumatismi e avvelenamenti, altre cause).

8.5. Malattie infettive

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute (sito internet), 1998

8.5.1. Note generali ed indicatori elaborati

Il dataset *Malattie Infettive* ha consentito di analizzare la distribuzione in ambito provinciale e per classi di età delle patologie infettive soggette a notifica obbligatoria.
Per *varicella, morbillo, rosolia, scarlattina, parotite* sono stati elaborati i tassi di notifiche per 100.000 residenti considerando distintamente i casi in età pediatrica (0-14 anni) e quelli in età adulta e anziana (> 14 anni); per i casi di *salmonellosi, epatiti* (a, b, nAnB e non specificata) e *tubercolosi* (polmonare e/o extrapolmonare) gli indicatori riguardano il complesso della popolazione.
La voce "altro" comprende *blenorragia, botulismo, brucellosi, diarrea infettiva, febbre tifoide, legionellosi, leishmaniosi (cutanea e viscerale), leptospirosi, listeriosi, meningite ed encefalite acuta virale, meningite meningococcica, micobatteriosi non tubercolare, pertosse, rickettsiosi, salmonellosi, sifilide, tetano e tularemia.*

Tavola 8.5.1.1. Numero di casi di malattie infettive a notifica obbligatoria rilevate, anno 1998

Malattia	Notifiche	Malattia	Notifiche
Varicella	110.859	Altre	14.255
- di cui in età < 15 anni	*95.418*	*- pertosse*	*6.981*
Morbillo	4.037	*- diarrea infettiva*	*1.989*
- di cui in età < 15 anni	*3.094*	*- brucellosi*	*1.461*
Rosolia	3.291	*- rickettsiosi*	*913*
- di cui in età < 15 anni	*2.567*	*- meningite ed encefalite acuta virale*	*675*
Scarlattina	23.919	*- meningite meningococcica*	*162*
- di cui in età < 15 anni	*23.531*	*- febbre tifoide*	*662*
Parotite epidemica	14.641	*- sifilide*	*371*
- di cui in età < 15 anni	*13.004*	*- blenorragia*	*329*
Salmonellosi	14.358	*- micobatteriosi non tubercolare*	*176*
Epatiti	5.725	*- leishmaniosi viscerale*	*112*
- A	*2.962*	*- leishmaniosi cutanea*	*21*
- B	*1.796*	*- tetano*	*105*
- nAnB	*845*	*- legionellosi*	*129*
- virale non specificata	*122*	*- listeriosi*	*45*
Tubercolosi	4.750	*- leptospirosi*	*70*
- polmonare	*3.552*	*- botulismo*	*33*
- extrapolmonare	*1.103*	*- tularemia*	*21*
- polmonare ed extrapolmonare	*95*	**Totale notifiche***	**195.835**

** Il totale notifiche non è pari al totale registrato sui dati acquisiti in quanto sono stati eliminati alcuni casi (in numero peraltro non significativo) per i quali non è disponibile l'età del soggetto.*

8.6. Infortuni

Fonte dei dati e anno di riferimento: INAIL, 1998

8.6.1. Note generali

Il dataset Infortuni comprende i dati disaggregati per comune e classi di età relativi al numero di infortuni che hanno avuto luogo nel 1998 e indennizzati a tutto giugno 1999 per inabilità temporanea e inabilità permanente.
Inoltre dalla scorsa edizione di Prometeo l'INAIL ha messo a disposizione la distribuzione per comune e classe di inabilità delle rendite dirette in essere per malattie professionali e infortuni.
Il dato relativo al numero di infortuni rappresenta pertanto l'incidenza del fenomeno nell'anno, mentre nel caso delle rendite dirette si tratta di un dato di prevalenza.
Le tavole 8.6.1.a e 8.6.1.b riportano il riepilogo della casistica esaminata per l'elaborazione degli indicatori relativi agli infortuni; la casistica è stata selezionata escludendo i casi per i quali non risulta noto il comune di residenza dell'infortunato. Sono inoltre esclusi i casi di morte, così da evitare sovrapposizioni con l'analisi della mortalità riportata nelle opportune sezioni.

TAVOLA 8.6.1.a Numero di infortuni avvenuti nel 1998 e indennizzati a tutto giugno 1999, per classe di età e tipologia

Tipologia	< 30 anni	30-49 anni	> 49 anni	Totale
Temporanei	240.610	326.352	118.119	685.081
Permanenti	4.843	14.827	10.965	30.635
Totale	**245.453**	**341.179**	**129.084**	**715.716**

TAVOLA 8.6.1.b Numero di rendite dirette in essere nel 1998, per classe di inabilità e tipologia

Tipologia	11-40%	41/65%	> 65<%	Totale
Infortuni	746.697	84.816	33.304	864.817
Malattie professionali	180.241	24.737	8.948	213.926
Totale	926.938	109.553	42.252	1.078.743

8.6.2. Indicatori elaborati

Casi di invalidità temporanea per 100.000 residenti 15-64 anni:
- infortunati < 30 anni,
- infortunati 30-49 anni,
- infortunati 50 anni e più,
- totale infortunati.

Numero di rendite dirette per 100.000 residenti 15-64 anni, distintamente per infortuni e malattie professionali:
- classe di inabilità 11-40%,
- classe di inabilità 41-65%,
- classe di inabilità oltre il 65%,
- tutte le classi.

8.7. Rete ospedaliera

Fonte dei dati e anno di riferimento: elaborazioni dell'Istituto Nazionale di Statistica su dati del Ministero della Salute, 1998

8.7.1. Note generali

Gli indicatori sono stati elaborati a partire dai dati disaggregati per disciplina ospedaliera; gli istituti di ricovero e cura sono stati classificati come segue:
- ospedali a gestione diretta delle Aziende Usl o equiparati (ospedali classificati e assimilati),
- aziende ospedaliere (inclusi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico oltre che le aziende sanitarie del Ssn),
- case di cura accreditate.

Gli indicatori sulla rete ospedaliera pubblica e privata accreditata sono stati elaborati in base ai dati relativi a 1.353 istituti (tavola 8.7.1.1.); sono esclusi dall'analisi gli istituti ed i reparti classificati come residuali manicomiali.

TAVOLA 8.7.1.1. Numero di istituti di cura presenti in Italia, dati 1998

Istituti	Elaborati	Dati non disp.	Totale presenti
Ospedali pubblici ed equiparati	667	3	670
– Osp. a gestione Usl	*614*	*3*	*617*
– Osp. classificati e assimilati	*39*		*39*
– Altri presidi ospedalieri Usl	*14*		*14*
Aziende Ospedaliere	156	1	157
– Aziende ospedaliere Ssn	*96*	*1*	*97*
– Policlinici universitari	*10*		*10*
– Ist. ric. e cura a car. scientifico	*50*		*50*
Case di cura accreditate	530	5	535
Totale istituti inclusi nelle elaborazioni	**1.353**	**9**	**1.362**
– Case di cura non accreditate			*107*
– Ospedali manicomiali residuali			*28*
Totale istituti esclusi dalle elaborazioni			**135**
Totale istituti (*)			**1.497**

(*) L'elenco completo degli Istituti di ricovero e cura presenti in Italia è stato rilevato sul sito internet del Ministero della Salute (www.sanita.it)

Le elaborazioni sono state condotte per ciascuna delle seguenti aree assistenziali (in parentesi sono riportate le specialità incluse in ciascuna area):
– terapia intensiva (grandi ustionati, terapia intensiva, unità coronarica, terapia intensiva neonatale, anestesia e rianimazione),
– specialità ad elevata assistenza (cardiochirurgia pediatrica, cardiochirurgia, malattie infettive e tropicali, unità spinale, neurochirurgia, nefrologia ab.trap.rene, emodialisi, neonatologia, neurochirurgia pediatrica, nefrologia pediatrica),
– specialità a media assistenza (cardiologia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia pediatrica, chirurgia plastica, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, ematologia, nefrologia, neurologia, neuropsichiatria infantile, pediatria, oncologia, oncoematologia pediatrica, oncoematologia, urologia pediatrica),
– specialità di base (allergologia, anatomia ed istologia patologica, angiologia, chirurgia generale, medicina sportiva, malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione, immunologia, geriatria, medicina del lavoro, medicina generale, medicina legale, oculistica, odontoiatria e stomatologia, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, otorinolaringoiatria, tossicologia, urologia, astanteria, dermatologia, farmacologia clinica, fisiopatologia della riproduzione umana,

gastroenterologia, medicina nucleare, pneumologia, radiologia, radioterapia, reumatologia, radioterapia oncologica, detenuti),
– altre specialità (riabilitazione e neuroriabilitazione, lungodegenti, psichiatria).
Sono state inoltre escluse, a livello di singolo istituto di ricovero, quelle discipline per le quali non fossero disponibili congiuntamente il numero di posti letto, il numero di ricoveri ed il numero di giornate di degenza (tavole 8.7.1.2. e 8.7.1.3.).

TAVOLA 8.7.1.2. Posti letto rilevati ed effettivamente elaborati, per tipo di istituto, anno 1998

Tipo di istituto	Posti letto rilevati	Posti letto esclusi(*)	Posti letto elaborati
Aziende Ospedaliere	106.410	137	106.273
Aziende Ospedaliere Ssn	*85.982*	*135*	*85.847*
Policlinici Universitari	*8.352*	*-*	*8.352*
Ist. Ric. e Cura Car. Scientifico	*12.076*	*2*	*12.074*
Ospedali pubblici ed equiparati	134.400	160	134.240
Ospedali a gestione diretta Usl	*123.103*	*151*	*122.952*
Ospedali classificati o assimilati	*9.380*	*-*	*9.380*
Altri ospedali presidi Usl	*1.917*	*9*	*1.908*
Case di cura	68.604	7.051	61.553
Case di cura accreditate	*61.897*	*344*	*61.553*
Case di cura non accreditate	*6.707*	*6.707*	*-*
Altri	5.710	5.710	-
Istituti manicomiali residuali	*5.710*	*5.710*	-
Totale Istituti	**315.124**	**13.058**	**302.066**

(*) Istituti e reparti manicomiali residuali, case di cura private non accreditate, posti letto per i quali non sono disponibili dati sulle relative giornate di degenza o sui degenti.

TAVOLA 8.7.1.3. Posti letto rilevati ed effettivamente elaborati, per Regione, anno 1998

Regioni e province autonome	Posti letto elaborati: Aziende Ospedaliere	Posti letto elaborati: Osp. pubblici e equiparati	Posti letto elaborati: Case di Cura accreditate	Totale	P.L. ela-borati su totale rilevati
Piemonte	6.270	11.506	4.315	22.091	96,5%
Valle d'Aosta	–	501	–	501	100,0%
Lombardia	35.735	4.898	8.699	49.332	97,0%
p.a. Bolzano	–	2.281	335	2.616	90,9%
p.a. Trento	–	2.542	613	3.155	93,4%
Veneto	3.916	18.492	1.598	24.006	98,6%
Friuli Venezia Giulia	3.831	2.218	911	6.960	99,3%
Liguria	3.680	4.629	254	8.563	91,1%
Emilia Romagna	5.780	10.335	5.609	21.724	97,0%
Toscana	4.715	10.477	2.397	17.589	98,3%
Umbria	1.623	1.734	278	3.635	99,9%
Marche	1.850	5.320	1.202	8.372	100,0%
Lazio	9.067	12.354	13.077	34.498	92,1%
Abruzzo	–	5.728	2.155	7.883	100,0%
Molise	101	1.562	98	1.761	100,0%
Campania	7.218	9.503	7.464	24.185	87,9%
Puglia	7.170	11.642	2.299	21.111	98,1%
Basilicata	921	1.706	60	2.687	100,0%
Calabria	2.503	4.367	3.577	10.447	100,0%
Sicilia	11.016	6.846	4.805	22.667	97,8%
Sardegna	877	5.599	1.807	8.283	90,8%
Totale	**106.273**	**134.240**	**61.553**	**302.066**	**95,9%**

8.7.2 Indicatori elaborati

Dotazione posti letto:
– numero di posti letto per 100.000 abitanti, per area assistenziale e totale.
Tasso di utilizzazione posti letto:
– tasso di utilizzazione (giornate di degenza diviso giornate disponibili[10]), per

10. Giornate disponibili = numero di posti letto per giorni di attività nel periodo di riferimento.

area assistenziale e totale.
Mix ricoveri
– ricoveri in terapia intensiva e per specialità ad elevata assistenza per cento ricoveri per specialità a media assistenza e di base, per tipologia di istituto di cura e totale;
– ricoveri in reparti di riabilitazione, lungodegenza e psichiatria per cento ricoveri, per tipologia di istituto di cura e totale.
Sia nel modello informatizzato MESS che nel presente volume gli indicatori sulla rete ospedaliera sopra menzionati sono proposti con disaggregazione a livello territoriale sia di Usl che regionale. Nel primo caso (Usl) gli indicatori relativi alle Aziende ospedaliere sono attribuiti alle Usl della stessa regione in misura pari a quella regionale. Per esemplificare, i cento posti letto in dotazione alle Aziende ospedaliere del Molise determinano un tasso regionale per 100.000 abitanti pari a 30,3; lo stesso valore è adottato per indicare il quoziente di posti letto per abitante per ciascuna delle Aziende Usl molisane.

8.8. Personale del Ssn

Fonte dei dati e anni di riferimento: Ministero dell'Economia e delle Finanze – RGS Igop, 1998-99

8.8.1. Note generali

Il database Personale comprende la distribuzione per qualifica / profilo economico e azienda sanitaria (Usl e ospedaliera) del numero di dipendenti del servizio sanitario nazionale (tavola 8.8.1.1). Con riferimento ai soli dipendenti delle Aziende Usl (con esclusione quindi delle Aziende Ospedaliere) sono stati inoltre acquisiti i dati relativi alle retribuzioni del personale.

TAVOLA 8.8.1.1. Personale del servizio sanitario nazionale, per qualifica e tipo di contratto collettivo nazionale di lavoro, anno 1998

	Numero di dipendenti Aziende		
	Usl	Ospedaliere	Totale
Qualifica			
Medici	66.049	33.229	99.278
Infermieri	197.449	104.952	302.401
Altro personale	155.499	69.744	225.243
Totale	**418.997**	**207.925**	**626.922**
CCNL			
Dirig. medica e veter.	71.347	33.229	104.576
Altri dirigenti	9.505	3.606	13.111
Personale non dirigente	338.145	171.090	509.235
Totale	**418.997**	**207.925**	**626.922**

8.8.2. Indicatori elaborati

La famiglia di indicatori sul personale del Ssn si divide in due sezioni: *dotazione di personale Ssn e retribuzioni personale Usl.*
Dotazione di personale del Ssn, per tipologia di Azienda (Usl, ospedaliera e totale):
- dipendenti per 1000 residenti,
- medici per 1000 residenti,
- infermieri per 1000 residenti,
- infermieri per medico.

La sezione dedicata alla dotazione di personale del Ssn comprende l'indicatore donne per cento uomini, per tipo di contratto collettivo (medici e veterinari, altri dirigenti, personale non dirigente e totale).
Retribuzione del personale delle Usl, per tipo di contratto collettivo (medici e veterinari, altri dirigenti, personale non dirigente e totale):
- retribuzione media,
- quota salario variabile (incentivi e straordinari) su totale retribuzione,
- incentivi medi,
- straordinari medi.

Con l'edizione 2001, attesa la disponibilità di dati generali riferiti dell'esercizio 1999, sono stati aggiunti i seguenti indicatori alla sezione del personale del Ssn:
- crescita 99/98 massa retributiva medici e veterinari,
- crescita 99/98 massa retributiva altri dirigenti,
- crescita 99/98 massa retributiva personale non dirigente,
- crescita 99/98 massa retributiva totale.

8.9. Medicina di base

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute (sito internet), 1998

8.9.1. Note generali ed indicatori elaborati

Sono stati utilizzati i dati relativi al numero di medici di medicina generale e pediatri, il numero di ricette e la spesa media per ricetta.
Gli indicatori elaborati sono:
- residenti < 15 anni per pediatra,
- residenti > 14 anni per medico di medicina generale,
- numero di ricette per residente (popolazione utilizzata = popolazione pesata secondo gli standard della spesa farmaceutica – cfr. § 8.3.2.),
- spesa media per ricetta.

Con l'edizione 2001 di Prometeo alla famiglia "medicina di base" sono stati aggiunti i seguenti indicatori:
- numero di scelte per medico generico
- numero di scelte per medico pediatra
- numero di assistite donne in età feconda per consultorio materno-infantile
- ore di guardia medica per 1000 assistiti

8.10. Contesto demografico

Fonte dei dati e anni di riferimento: Istituto Nazionale di Statistica, anni diversi

8.10.1. Note generali

Per le considerazioni sui dati utilizzati per la costruzione degli indicatori del contesto demografico si rimanda ai punti 8.3. (Popolazione) e 8.4. (Decessi e mortalità evitabile) del presente capitolo.

8.10.2. Indicatori elaborati

Indice di vecchiaia = popolazione > 64 anni / popolazione < 15 anni x 100.
Indice di dipendenza = (popolazione < 15 anni + popolazione > 64 anni) / popolazione 15-64 anni x 100.

Tasso grezzo di natalità = nati vivi / popolazione totale x 1000.
Tasso grezzo di mortalità = morti / popolazione totale x 1000.
Bimbi per donna in età feconda = popolazione 0-4 anni / popolazione femminile 15-44 anni x 100.
Numero medio di componenti la famiglia = popolazione totale / numero di famiglie.
Indice di ricambio = popolazione 60-64 anni / popolazione 15-19 anni x 100.
Saldo migratorio = (iscritti da altri comuni e dall'estero – cancellati per altri comuni e per l'estero) / popolazione totale x 100.000.
Incidenza percentuale sul totale della popolazione: di bambini (0-14 anni), di adulti (15-64 anni), di anziani > 64 anni, di anziani > 74 anni.
Età media alla morte (cfr. § 8.4.2.).

8.11. Contesto economico

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istituto Nazionale di Statistica, Istituto Tagliacarne e ANCITEL, 1998

8.11.1. Note generali

Il database Contesto economico contiene dati sulle forze di lavoro (Istituto Nazionale di Statistica) 1998, sui consumi (totali e non alimentari) e sul valore aggiunto (Istituto Tagliacarne) a livello provinciale. Contiene inoltre, a livello comunale, i dati su depositi bancari e consumi elettrici (ANCITEL) 1998.

8.11.2. Indicatori elaborati

Tasso di disoccupazione per sesso (disoccupati su totale forze di lavoro x 100).
Valore aggiunto pro-capite.
Depositi bancari pro-capite.
Consumi elettrici pro-capite, privati e industriali.
L'edizione 2001 è inoltre arricchita di due rilevanti indicatori di stato economico, resi disponibili dalla ricerca Tagliacarne: consumi pro-capite e consumi pro-capite non alimentari.

Appendice

Il nuovo sistema di stime della popolazione residente

Da: Istat "notizie". Anno IV – n. 13 (15 luglio 1999).

Il 2 luglio è stato presentato il nuovo sistema di stime della popolazione residente per sesso, anno di nascita e stato civile (POSAS), che si basa sulle fonti anagrafiche dei comuni.
Sono state illustrate le differenze fra gli indicatori demografici nel passaggio dalla vecchia stima ottenuta attraverso l'aggiornamento dei dati censuari alla nuova stima di fonte amministrativa. Inoltre, è stato esaminato l'effetto che il cambiamento della popolazione ha sulle indagini campionarie e, in particolare, sull'indagine delle forze di lavoro.
Con il precedente sistema veniva stimata annualmente la popolazione residente ripartita per sesso, età e regione di residenza. A partire dall'ultimo censimento si procedeva ad un aggiornamento utilizzando:
• per i totali, quanto dichiarato dai comuni con il bilancio demografico annuale;
• per la distribuzione per età, una stima basata su modelli demografici.
I dati erano disponibili dopo circa sei mesi dalla data di riferimento; quindi, approssimativamente, a giugno di ogni anno.
La nuova rilevazione POSAS si basa sulle informazioni che i comuni inviano sulla base dei dati delle anagrafi sulla popolazione residente per sesso, età e stato civile. Le principali novità sono:
• il *dettaglio territoriale* che è non soltanto a livello regionale, ma anche provinciale e comunale;
• la classificazione della popolazione residente anche per stato *civile*;
• la disaggregazione della classe di età "90 e più", con la presenza degli *ultracentenari*;
• *le osservazioni ripetute* annualmente che permettono di eliminare le precedenti, eventuali, amplificazioni degli errori (dovute al fatto che le stime di ogni anno erano basate su quelle dell'anno precedente).
I dati sono disponibili a livello nazionale, regionale, provinciale e comunale. A livello comunale è disponibile annualmente la popolazione validata per i soli comuni rispondenti, pari al 98% di quella totale. A livello provinciale, sempre con cadenza annuale, si opera una stima per i comuni mancanti. A livello regionale si aggregano i dati provinciali. I dati sono disponibili dopo 18 mesi dalla data di riferimento, ma si conta di portare questo intervallo al di sotto dei 15 mesi. Per soddisfare le esigenze di tempestività, viene elaborata una stima provvisoria (cosiddetta "stima rapida"), che si basa sui risultati definitivi dell'anno precedente, dettagliata soltanto a livello regionale. La stima rapida è disponibile a circa sei mesi di distanza dalla data di riferimento.
Attualmente, sono disponibili i dati sulla popolazione per sesso, età e regione di residenza, aggiornati al 1° gennaio 1999 (stima rapida), e quelli sulla popolazione per sesso, età e stato civile, dal 1° gennaio 1993 al 1° gennaio 1998, disaggregati fino al livello comunale (rilevazione POSAS).
Tutti i dati sono a disposizione in ambiente Unix, per elaborazioni presso il Centro diffusione di Roma. È prevista a breve la pubblicazione di un volume contenente le nuove stime della popolazione dal 1993 al 1996 e una nota metodologica esplicativa della nuova rilevazione.

APPENDICE – Percorso di calcolo della classifica dello stato di salute in Italia – 1996-98

Rango	Azienda Usl [1]	Regione	Numero di decessi: Cause evitabili	Numero di decessi: Altre cause	Numero di decessi: Totale decessi	Anni evitabili perduti: Totale	Anni evitabili perduti: Standard (a)	Anni potenziali: Totale	Anni potenziali: Standard (b)	Classifica (a)/(b) 100.000
1	Alto Molise [Agnone; Carovilli; Capracotta]	MOL	59	585	644	838	727	1.348.422	1.480.291	49,1
2	Bari / 5 [Monopoli; Putignano; Gioia del Colle]	PUG	701	5.040	5.741	13.564	14.251	26.469.499	25.544.206	55,8
3	Lamezia Terme [Lamezia Terme; Curinga; Nocera Tirinese]	CAL	386	2.873	3.259	7.338	7.987	14.909.777	14.051.724	56,8
4	Prato [Prato; Montemurlo; Carmignano]	TOS	770	5.375	6.145	13.867	13.454	22.669.284	23.618.671	57,0
5	Chieti [Chieti; Francavilla al Mare; Ortona]	ABR	604	4.423	5.027	10.550	10.596	18.337.957	18.564.657	57,1
6	Fermo [Fermo; Porto Sant'Elpidio; Porto San Giorgio]	MAR	558	4.136	4.694	9.530	9.159	15.059.604	15.921.229	57,5
7	Genovese [Genova; Arenzano; Recco]	LIG	3.246	27.969	31.215	52.682	45.914	70.055.976	79.607.437	57,7
8	Firenze [Firenze; Scandicci; Sesto Fiorentino]	TOS	2.971	24.284	27.255	51.364	47.458	74.503.976	82.103.492	57,8
9	S. Benedetto d/T [San Benedetto d/T; Grottammare; Monteprandone]	MAR	322	2.329	2.651	6.042	5.956	9.870.176	10.261.617	58,0
10	Avellino / 1 [Ariano Irpino; Mirabella Eclano; Grottaminarda]	CAM	594	4.768	5.362	10.477	10.674	17.910.455	18.034.114	59,2
11	Civitanova Marche [Civitanova Marche; Recanati; Potenza Picena]	MAR	362	2.658	3.020	6.982	6.803	10.928.002	11.345.844	60,0
12	Cosenza [Cosenza; Rende; Acri]	CAL	979	6.017	6.996	18.166	19.122	32.897.364	31.780.487	60,2
13	Spezzino [La Spezia; Sarzana; Lerici]	LIG	879	7.472	8.351	14.818	13.527	19.936.374	22.419.779	60,3
14	Lanciano / Vasto [Lanciano; Vasto; San Salvo]	ABR	753	6.072	6.825	13.621	13.463	21.559.456	22.192.625	60,7
15	Ancona [Ancona; Osimo; Falconara Marittima]	MAR	827	6.343	7.170	15.344	14.812	22.987.611	24.410.592	60,7
16	Castrovillari [Castrovillari; Roggiano Gravina; San Marco Argentano]	CAL	383	2.704	3.087	6.994	7.315	12.392.923	12.026.782	60,8
17	Empoli [Empoli; San Miniato; Fucecchio]	TOS	803	6.037	6.840	14.248	13.514	20.660.151	22.085.227	61,2
18	Vibo Valentia [Vibo Valentia; Pizzo; Mileto]	CAL	542	4.103	4.645	10.840	11.676	20.162.235	19.029.133	61,4
19	Jesi [Jesi; Cingoli; Filottrano]	MAR	387	2.995	3.382	6.816	6.429	9.716.139	10.428.274	61,7
20	Avezzano / Sulmona [Avezzano; Sulmona; Celano]	ABR	762	5.512	6.274	13.114	13.166	20.578.431	21.081.455	62,5
21	Bari / 2 [Barletta; Molfetta; Trani]	PUG	898	5.319	6.217	17.581	18.997	32.305.748	30.340.994	62,6
22	Siena [Siena; Poggibonsi; Colle di Val d'Elsa]	TOS	998	8.942	9.940	17.470	16.028	22.559.858	25.485.504	62,9
23	Rieti [Rieti; Fara in Sabina; Cittaducale]	LAZ	586	4.367	4.953	10.170	9.810	14.677.354	15.562.083	63,0
24	Fano [Fano; Mondolfo; Fossombrone]	MAR	478	3.457	3.935	8.496	8.155	12.284.920	12.928.984	63,1
25	Lecce / 2 [Casarano; Gallipoli; Tricase]	PUG	1.234	7.357	8.591	22.549	23.243	37.935.069	36.735.900	63,3
26	Arezzo [Arezzo; Cortona; Montevarchi]	TOS	1.194	9.769	10.963	21.755	20.811	30.324.347	32.861.204	63,3
27	Camerino [San Severino Marche; Matelica; Camerino]	MAR	184	1.823	2.007	3.267	3.079	4.348.998	4.853.947	63,4
28	Venosa [Melfi; Lavello; Rionero in Vulture]	BAS	332	2.441	2.773	6.274	6.665	10.784.357	10.453.605	63,8
29	Bari / 3 [Altamura; Gravina in Puglia; Santeramo in Colle]	PUG	610	3.954	4.564	13.565	14.787	25.410.526	23.144.519	63,9
30	Terni [Terni; Orvieto; Narni]	UMB	931	6.986	7.917	15.784	14.567	20.667.994	22.765.363	64,0
31	Macerata [Macerata; Tolentino; Corridonia]	MAR	478	4.076	4.554	8.894	8.574	12.412.782	13.386.521	64,1
32	Salerno / 3 [Capaccio; Agropoli; Sala Consilina]	CAM	1.001	7.003	8.004	18.166	18.559	29.176.784	28.851.549	64,3
33	Trapani [Marsala; Trapani; Mazara del Vallo]	SIC	1.555	10.926	12.481	28.406	29.728	47.531.260	46.168.763	64,4
34	Messina [Messina; Barcellona Pozzo di Gotto; Milazzo]	SIC	2.507	18.007	20.514	45.015	46.496	72.655.955	71.691.691	64,9
35	Livorno [Livorno; Piombino; Rosignano Marittimo]	TOS	1.372	10.712	12.084	24.639	23.156	32.591.748	35.651.038	65,0
36	Pistoia [Pistoia; Quarrata; Montecatini-Terme]	TOS	1.070	8.016	9.086	19.110	17.946	25.591.603	27.556.082	65,1
37	Pisa [Pisa; Cascina; San Giuliano Terme]	TOS	1.343	9.735	11.078	22.942	21.378	30.343.766	32.813.676	65,2
38	Perugia [Perugia; Assisi; Bastia]	UMB	1.320	9.094	10.414	23.526	22.507	32.421.997	34.528.680	65,2
39	Bari / 4 [Bari; Bitonto; Modugno]	PUG	2.010	11.383	13.393	39.078	41.694	67.281.421	63.961.237	65,2
40	Rossano [Corigliano Calabro; Rossano; Cassano allo Ionio]	CAL	613	3.411	4.024	11.856	12.783	20.912.623	19.590.182	65,3
41	Teramo [Teramo; Giulianova; Roseto degli Abruzzi]	ABR	1.012	7.180	8.192	19.732	19.923	30.312.955	30.395.267	65,5
42	Frosinone [Frosinone; Cassino; Sora]	LAZ	1.844	11.932	13.776	33.523	34.241	52.383.768	52.043.960	65,8
43	Pescara [Pescara; Montesilvano; Spoltore]	ABR	1.136	7.403	8.539	20.589	20.478	30.508.574	30.938.486	66,2
44	Salerno / 2 [Salerno; Cava de' Tirreni; Battipaglia]	CAM	2.075	11.120	13.195	37.186	39.240	61.949.156	59.272.346	66,2
45	Rimini [Rimini; Riccione; Santarcangelo di Romagna]	EMR	1.026	6.315	7.341	19.253	18.688	26.952.182	28.117.639	66,5
46	Lecce / 1 [Lecce; Nardò; Galatina]	PUG	1.775	9.923	11.698	33.246	34.014	52.209.280	50.911.601	66,8
47	Benevento [Benevento; Montesarchio; Sant'Agata de' Goti]	CAM	1.160	7.453	8.613	20.403	20.763	31.323.088	31.045.093	66,9
48	Reggio Calabria [Reggio d/C; Villa San Giovanni; Bagnara Calabra]	CAL	992	6.772	7.764	18.645	19.497	30.048.352	29.121.390	66,9
49	Bologna [Bologna]	EMR	1.668	13.851	15.519	29.474	25.995	32.779.631	38.809.660	67,0
50	Urbino [Urbino; Cagli; Fermignano]	MAR	309	2.427	2.736	5.674	5.517	7.710.180	8.210.171	67,2
51	Roma / H [Velletri; Pomezia; Anzio]	LAZ	1.638	8.144	9.782	31.724	32.994	50.401.301	48.954.182	67,4
52	Catanzaro [Catanzaro; Soverato; Chiaravalle Centrale]	CAL	903	5.507	6.410	16.966	18.227	28.254.483	27.021.819	67,5
53	L'Aquila [L'Aquila; Tornimparte; Montereale]	ABR	372	2.923	3.295	7.190	7.171	10.256.249	10.627.030	67,5
54	Agrigento [Agrigento; Licata; Sciacca]	SIC	1.730	11.004	12.734	31.841	33.775	52.333.277	49.963.693	67,6
55	Pesaro [Pesaro; Novafeltria; Sant'Angelo in Lizzola]	MAR	509	3.430	3.939	9.792	9.624	13.547.401	14.228.332	67,6
56	Chiavarese [Rapallo; Chiavari; Sestri Levante]	LIG	681	5.712	6.393	11.215	10.074	12.981.824	14.819.744	68,0
57	Foggia / 2 [Manfredonia; Cerignola; Orta Nova]	PUG	699	3.877	4.576	14.156	15.946	25.536.242	23.244.037	68,6
58	Viterbo [Viterbo; Civita Castellana; Tarquinia]	LAZ	1.227	8.279	9.506	21.849	20.986	28.932.226	30.540.483	68,7
59	Cesena [Cesena; Cesenatico; Savignano sul Rubicone]	EMR	684	4.495	5.179	13.470	13.068	18.074.002	18.986.447	68,8
60	Paola [Paola; Amantea; Cetraro]	CAL	540	3.247	3.787	9.998	10.551	15.743.792	15.267.920	69,1
61	Potenza [Potenza; Avigliano; Sant'Arcangelo]	BAS	875	5.217	6.092	15.656	16.292	24.065.828	23.571.124	69,1
62	Palermo [Palermo; Bagheria; Monreale]	SIC	4.574	28.245	32.819	84.877	92.887	142.943.872	134.339.475	69,1
63	Versilia [Viareggio; Camaiore; Pietrasanta]	TOS	708	4.810	5.518	12.216	11.459	15.475.910	16.562.249	69,2
64	Avellino / 2 [Avellino; Atripalda; Solofra]	CAM	1.036	6.084	7.120	18.506	19.810	29.956.558	28.625.738	69,2
65	Bari / 1 [Andria; Corato; Canosa di Puglia]	PUG	827	5.058	5.885	16.172	17.868	27.847.460	25.799.877	69,3
66	Chieri [Moncalieri; Nichelino; Chieri]	PIE	1.132	5.985	7.117	21.669	21.159	29.871.199	30.528.689	69,3
67	Imperiese [San Remo; Imperia; Ventimiglia]	LIG	1.031	7.479	8.510	17.122	15.358	19.833.612	22.155.433	69,3
68	Ascoli Piceno [Ascoli Piceno; Folignano; Castel di Lama]	MAR	477	3.265	3.742	8.707	8.556	11.802.087	12.296.358	69,6
69	Vicenza [Vicenza; Dueville; Torri di Quartesolo]	VEN	1.086	6.171	7.257	20.752	20.865	29.554.792	29.987.466	69,6
70	Siracusa [Siracusa; Augusta; Avola]	SIC	1.555	8.764	10.319	28.280	30.480	45.808.305	43.698.962	69,7
71	Milano / 3 [Monza; Sesto San Giovanni; Cinisello Balsamo]	LOM	4.257	20.043	24.300	77.754	75.440	105.154.276	107.854.752	69,9
72	Montalbano Jonico [Pisticci; Policoro; Montalbano Jonico]	BAS	318	1.938	2.256	5.977	6.361	9.418.641	9.062.338	70,2
73	Bologna sud [Casalecchio d/R; S. Lazzaro di Savena; Zola Predosa]	EMR	984	6.517	7.501	18.677	17.283	22.476.836	24.553.689	70,4
74	Pentria [Isernia; Venafro; Frosolone]	MOL	290	2.097	2.387	5.563	5.673	8.029.200	8.048.738	70,5
75	Roma (AM) [Roma; Fiumicino]	LAZ	11.647	63.261	74.908	212.645	202.512	274.167.395	287.276.203	70,5
76	Lucca [Lucca; Capannori; Altopascio]	TOS	943	7.193	8.136	16.826	15.713	20.500.604	22.264.559	70,6
77	Veneziana [Venezia; Marcon; Quarto d'Altino]	VEN	1.510	9.098	10.608	25.839	23.148	29.339.363	32.774.759	70,6

segue APPENDICE - Percorso di calcolo della classifica dello stato di salute in Italia

Rango	Azienda Usl [1]	Regione	Numero di decessi: Cause evitabili	Numero di decessi: Altre cause	Numero di decessi: Totale decessi	Anni evitabili perduti: Totale	Anni evitabili perduti: Standard (a)	Anni potenziali: Totale	Anni potenziali: Standard (b)	Classifica (a)/(b) 100.000
78	Grosseto [Grosseto; Follonica; Orbetello]	TOS	937	7.032	7.969	16.853	15.760	20.011.346	22.301.652	70,7
79	Cagliari [Cagliari; Quartu Sant'Elena; Selargius]	SAR	1.671	7.637	9.308	35.062	36.563	53.958.825	51.723.145	70,7
80	Roma / F [Civitavecchia; Cerveteri; Ladispoli]	LAZ	892	4.549	5.441	17.973	18.321	26.108.918	25.733.525	71,2
81	Padova [Padova; Selvazzano Dentro; Albignasego]	VEN	1.621	8.930	10.551	29.822	28.902	38.497.990	40.549.521	71,3
82	Latina [Latina; Aprilia; Terracina]	LAZ	1.879	9.621	11.500	37.373	38.832	56.306.243	54.412.774	71,4
83	Matera [Matera; Bernalda; Montescaglioso]	BAS	454	2.586	3.040	8.963	9.416	13.724.062	13.189.688	71,4
84	Roma / G [Guidonia Montecelio; Tivoli; Mentana]	LAZ	1.585	8.410	9.995	30.305	31.062	44.215.347	43.501.443	71,4
85	Savonese [Savona; Albenga; Varazze]	LIG	1.337	10.049	11.386	22.887	20.440	25.079.910	28.621.926	71,4
86	Brindisi [Brindisi; Fasano; Francavilla Fontana]	PUG	1.513	8.501	10.014	30.046	31.847	46.666.494	44.501.942	71,6
87	Taranto [Taranto; Martina Franca; Grottaglie]	PUG	2.212	11.307	13.519	43.224	45.883	67.499.248	64.031.263	71,7
88	Torino (AM) [Torino]	PIE	4.341	24.060	28.401	76.422	69.086	87.819.938	96.398.374	71,7
89	Ragusa [Ragusa; Vittoria; Modica]	SIC	1.125	7.052	8.177	21.744	23.002	33.172.841	31.995.847	71,9
90	Bassano del Grappa [Bassano d/G; Romano d'Ezzelino; Marostica]	VEN	636	3.515	4.151	12.003	12.365	17.309.319	17.184.103	72,0
91	Varese [Varese; Busto Arsizio; Gallarate]	LOM	3.427	19.381	22.808	63.865	62.054	83.137.294	85.904.469	72,2
92	Imola [Imola; Castel San Pietro Terme; Dozza]	EMR	413	3.005	3.418	8.155	7.765	9.800.138	10.662.896	72,8
93	Milano / 1 [Legnano; Rho; Bollate]	LOM	3.986	18.029	22.015	72.360	71.822	97.578.059	98.605.060	72,8
94	Napoli / 5 [Torre del Greco; Castellammare di Stabia; Portici]	CAM	2.530	12.574	15.104	46.114	52.199	77.790.195	71.540.216	73,0
95	Milano [Milano]	LOM	6.249	37.440	43.689	110.432	99.176	120.786.746	135.830.213	73,0
96	Milano / 2 [Rozzano; Segrate; Pioltello]	LOM	2.181	8.790	10.971	40.341	40.594	55.771.014	55.525.538	73,1
97	Pieve di Soligo [Conegliano; Vittorio Veneto; Susegana]	VEN	786	4.860	5.646	15.406	15.115	19.750.110	20.656.581	73,2
98	Massa Carrara [Massa; Carrara; Aulla]	TOS	935	6.507	7.442	16.303	15.267	19.242.937	20.762.518	73,5
99	Collegno [Rivoli; Collegno; Grugliasco]	PIE	1.461	7.276	8.737	28.041	27.244	36.090.035	37.043.339	73,5
100	Cittadella [Vigonza; Cittadella; San Martino di Lupari]	VEN	814	4.188	5.002	16.094	16.822	23.303.952	22.834.134	73,7
101	Verona [Verona; San Bonifacio; San Martino Buon Albergo]	VEN	1.760	10.223	11.983	32.814	31.922	41.342.366	43.260.669	73,8
102	Como [Como; Cantù; Mariano Comense]	LOM	2.273	12.503	14.776	42.462	41.838	55.308.436	56.658.506	73,8
103	Foggia / 3 [Foggia; Lucera; Troia]	PUG	1.049	6.049	7.098	19.889	20.715	28.977.358	28.027.921	73,9
104	Senigallia [Senigallia; Ostra; Arcevia]	MAR	310	2.256	2.566	5.837	5.659	7.111.579	7.656.063	73,9
105	Mirano [Mira; Mirano; Spinea]	VEN	985	4.562	5.547	18.452	18.754	25.166.838	25.351.201	74,0
106	Foggia / 1 [S. Severo; S. Giovanni Rotondo; Sannicandro Garganico]	PUG	809	4.965	5.774	16.030	17.373	25.087.444	23.483.314	74,0
107	Città di Castello [Città di Castello; Gubbio; Umbertide]	UMB	483	3.267	3.750	8.876	8.543	10.872.661	11.542.975	74,0
108	Forlì [Forlì; Forlimpopoli; Meldola]	EMR	714	5.083	5.797	13.523	12.928	15.902.619	17.462.740	74,0
109	Foligno [Foligno; Spoleto; Gualdo Tadino]	UMB	663	5.150	5.813	12.971	12.682	15.797.154	17.126.671	74,0
110	Centro Molise [Campobasso; Bojano; Riccia]	MOL	548	3.698	4.246	10.231	10.334	13.795.247	13.942.411	74,1
111	Crotone [Crotone; San Giovanni in Fiore; Cirò Marina]	CAL	727	3.882	4.609	14.318	15.942	23.558.770	21.494.000	74,2
112	Olbia [Olbia; Tempio Pausania; La Maddalena]	SAR	466	2.227	2.693	9.318	9.688	13.431.546	13.034.920	74,3
113	Napoli / 2 [Giugliano in Campania; Pozzuoli; Marano di Napoli]	CAM	1.643	6.929	8.572	31.654	40.464	62.020.970	54.180.003	74,7
114	Est Brunico [Brunico; Valle Aurina; Campo Tures]	BZ	242	1.116	1.358	4.996	5.559	8.098.128	7.442.335	74,7
115	Catania [Catania; Acireale; Paternò]	SIC	4.231	23.252	27.483	81.210	88.375	125.934.466	118.174.460	74,8
116	Reggio nell'Emilia [Reggio nell'Emilia; Scandiano; Correggio]	EMR	1.854	12.581	14.435	34.982	33.863	42.102.504	45.099.640	75,1
117	Arzignano [Valdagno; Arzignano; Montecchio Maggiore]	VEN	671	3.465	4.136	12.743	12.891	17.043.627	17.110.101	75,3
118	Bussolengo [Villafranca di Verona; Bussolengo; Negrar]	VEN	949	5.329	6.278	18.663	18.902	24.994.672	25.043.372	75,5
119	Lecco [Lecco; Calolziocorte; Merate]	LOM	1.329	7.158	8.487	25.138	24.667	31.775.972	32.489.795	75,9
120	Parma [Parma; Fidenza; Salsomaggiore Terme]	EMR	1.783	13.290	15.073	32.329	30.450	36.086.557	40.048.469	76,0
121	Enna [Enna; Piazza Armerina; Nicosia]	SIC	806	4.895	5.701	14.412	15.244	20.647.853	19.989.491	76,3
122	Basso Molise [Termoli; Larino; Montenero di Bisaccia]	MOL	446	2.842	3.288	8.378	8.410	10.921.219	11.023.087	76,3
123	Lagonegro [Lauria; Senise; Lagonegro]	BAS	346	2.067	2.413	6.507	6.549	8.533.003	8.563.548	76,5
124	Caltanissetta [Gela; Caltanissetta; Niscemi]	SIC	1.165	6.678	7.843	21.699	23.322	32.244.782	30.490.715	76,5
125	Treviso [Treviso; Mogliano Veneto; Paese]	VEN	1.447	7.812	9.259	28.810	28.805	36.615.384	37.482.449	76,9
126	Chivasso [Settimo Torinese; Chivasso; San Mauro Torinese]	PIE	847	4.536	5.383	16.241	15.634	19.716.973	20.341.506	76,9
127	Mantova [Mantova; Castiglione delle Stiviere; Suzzara]	LOM	1.656	10.934	12.590	31.250	29.792	35.338.065	38.408.420	77,6
128	Adria [Adria; Porto Viro; Porto Tolle]	VEN	330	1.825	2.155	6.257	6.168	7.519.986	7.938.903	77,7
129	Modena [Modena; Carpi; Sassuolo]	EMR	2.804	16.951	19.755	51.910	50.041	59.833.929	64.102.463	78,1
130	Legnago [Legnago; San Giovanni Lupatoto; Cerea]	VEN	719	4.482	5.201	13.613	13.405	16.591.357	17.122.328	78,3
131	Ravenna [Ravenna; Faenza; Lugo]	EMR	1.540	10.774	12.314	29.675	28.090	32.164.581	35.762.983	78,5
132	Novi Ligure [Novi Ligure; Acqui Terme; Ovada]	PIE	730	5.907	6.637	12.468	11.243	12.254.237	14.261.612	78,8
133	Centro-sud Bolzano [Bolzano; Laives; Appiano sulla strada del vino]	BZ	831	4.357	5.188	16.900	17.080	21.500.618	21.645.372	78,9
134	Thiene [Schio; Thiene; Malo]	VEN	755	4.078	4.833	14.201	14.268	17.500.653	17.903.018	79,7
135	Asolo [Castelfranco Veneto; Montebelluna; Vedelago]	VEN	840	4.902	5.742	17.700	18.273	23.047.282	22.823.705	80,1
136	Sassari [Sassari; Alghero; Porto Torres]	SAR	1.473	7.504	8.977	28.581	29.119	36.878.082	36.257.791	80,3
137	Ciriè [Venaria Reale; Ciriè; Alpignano]	PIE	916	4.624	5.540	17.064	16.414	19.813.527	20.416.998	80,4
138	Ovest Merano [Merano; Lana; Silandro]	BZ	447	2.448	2.895	9.607	10.254	13.265.321	12.747.121	80,4
139	Locri [Siderno; Locri; Bovalino]	CAL	551	3.672	4.223	11.098	11.829	15.262.014	14.698.745	80,5
140	Alessandria [Alessandria; Tortona; Castelnuovo Scrivia]	PIE	932	7.178	8.110	16.685	15.312	16.627.637	18.912.723	81,0
141	Palmi [Palmi; Gioia Tauro; Taurianova]	CAL	607	3.509	4.116	12.894	14.158	18.789.781	17.417.964	81,3
142	Friuli occidentale [Pordenone; Sacile; Cordenons]	FVG	1.253	7.562	8.815	24.133	23.519	27.604.166	28.868.337	81,5
143	Bassa friulana [Cervignano del Friuli; Latisana; S. Giorgio di Nogaro]	FVG	494	2.853	3.347	9.573	9.027	10.353.912	11.025.177	81,9
144	Fabriano [Fabriano; Sassoferrato; Cerreto d'Esi]	MAR	188	1.459	1.647	3.779	3.695	4.119.569	4.507.446	82,0
145	San Dona' di Piave [San Dona' di Piave; Portogruaro; Iesolo]	VEN	920	4.244	5.164	17.489	17.072	20.244.664	20.779.324	82,2
146	Carbonia [Carbonia; Iglesias; Sant'Antioco]	SAR	568	3.092	3.660	12.597	12.971	16.153.678	15.742.946	82,4
147	Caserta / 1 [Caserta; Maddaloni; Marcianise]	CAM	1.715	8.207	9.922	32.339	35.381	45.863.181	42.812.754	82,6
148	Rovigo [Rovigo; Lendinara; Badia Polesine]	VEN	859	5.018	5.877	15.582	14.895	16.680.120	17.949.725	83,0
149	Triestina [Trieste; Muggia; Duino-Aurisina]	FVG	1.280	10.173	11.453	23.093	21.047	21.799.285	25.353.387	83,0
150	Oristano [Oristano; Terralba; Cabras]	SAR	686	3.854	4.540	13.846	13.920	16.709.062	16.721.391	83,2
151	Napoli / 4 [Casalnuovo di Napoli; Acerra; Pomigliano d'Arco]	CAM	2.079	8.650	10.729	39.964	49.193	66.962.202	58.960.188	83,4
152	Novara [Novara; Borgomanero; Trecate]	PIE	1.503	8.621	10.124	27.920	26.693	30.243.758	31.946.284	83,6
153	Ivrea [Ivrea; Rivarolo Canavese; Cuorgnè]	PIE	932	5.848	6.780	17.199	16.291	17.776.223	19.411.114	83,9
154	Bologna nord [San Giovanni in Persiceto; Castel Maggiore; Budrio]	EMR	859	5.359	6.218	16.772	16.229	17.734.537	19.310.431	84,0

segue APPENDICE - Percorso di calcolo della classifica dello stato di salute in Italia

Rango	Azienda Usl [1]	Regione	Numero di decessi: Cause evitabili	Numero di decessi: Altre cause	Numero di decessi: Totale decessi	Anni evitabili perduti: Totale	Anni evitabili perduti: Standard (a)	Anni potenziali: Totale	Anni potenziali: Standard (b)	Classifica (a)/(b) 100.000
155	Trento [Trento; Rovereto; Pergine Valsugana]	TN	2.067	11.595	13.662	40.703	41.280	48.248.359	49.083.821	84,1
156	Alba [Alba; Bra; Cherasco]	PIE	711	4.932	5.643	14.091	13.686	15.207.685	16.229.672	84,3
157	Bergamo [Bergamo; Treviglio; Dalmine]	LOM	4.459	19.973	24.432	85.049	85.930	101.762.482	101.798.705	84,4
158	Napoli / 3 [Casoria; Afragola; Arzano]	CAM	1.468	5.430	6.898	27.169	36.855	51.027.696	43.591.168	84,5
159	Lanusei [Tortolì; Lanusei; Bari Sardo]	SAR	242	1.332	1.574	5.278	5.409	6.593.406	6.383.176	84,7
160	Asti [Asti; Canelli; Nizza Monferrato]	PIE	960	7.350	8.310	18.084	17.132	18.104.467	20.178.530	84,9
161	Napoli / 1 [Napoli]	CAM	5.071	24.580	29.651	88.382	95.754	118.169.359	112.439.778	85,2
162	Casale Monferrato [Casale Monferrato; Valenza; Trino]	PIE	609	4.881	5.490	11.198	10.346	10.497.932	11.904.543	86,9
163	Pavia [Pavia; Vigevano; Voghera]	LOM	2.863	17.320	20.183	48.978	44.343	45.761.587	50.937.265	87,1
164	Medio Friuli [Udine; Codroipo; Tavagnacco]	FVG	1.729	10.170	11.899	32.139	30.350	32.325.637	34.849.449	87,1
165	Isontina [Gorizia; Monfalcone; Ronchi dei Legionari]	FVG	706	4.500	5.206	13.318	12.360	12.714.296	14.191.183	87,1
166	Ferrara [Ferrara; Cento; Argenta]	EMR	1.890	11.699	13.589	34.325	31.738	32.018.446	36.374.768	87,3
167	Piacenza [Piacenza; Fiorenzuola d'Arda; Castel San Giovanni]	EMR	1.437	9.140	10.577	25.714	23.800	24.156.532	27.100.369	87,8
168	Pinerolo [Pinerolo; Luserna San Giovanni; Cumiana]	PIE	684	4.123	4.807	12.551	11.759	12.212.683	13.298.993	88,4
169	Caserta / 2 [Aversa; Santa Maria Capua Vetere; Sessa Aurunca]	CAM	1.951	8.002	9.953	37.871	44.089	55.559.371	49.846.742	88,4
170	Nuoro [Nuoro; Macomer; Siniscola]	SAR	920	5.082	6.002	19.767	20.067	23.003.564	22.558.322	89,0
171	Brescia [Brescia; Lumezzane; Desenzano del Garda]	LOM	5.486	23.955	29.441	103.768	102.454	112.976.355	115.162.634	89,0
172	Mondovì [Mondovì; Ceva; Villanova Mondovì]	PIE	430	3.323	3.753	8.085	7.761	7.741.601	8.704.261	89,2
173	Sanluri [Villacidro; Guspini; San Gavino Monreale]	SAR	647	3.199	3.846	13.844	14.126	16.233.232	15.787.486	89,5
174	Lodi [Lodi; Codogno; Casalpusterlengo]	LOM	1.126	5.235	6.361	19.934	18.982	20.207.053	21.206.764	89,5
175	Cremona [Cremona; Crema; Casalmaggiore]	LOM	1.800	9.979	11.779	33.051	31.183	32.225.596	34.790.090	89,6
176	Belluno [Belluno; Ponte nelle Alpi; Cortina d'Ampezzo]	VEN	707	3.979	4.686	12.983	12.354	12.692.125	13.579.486	91,0
177	Este [Monselice; Este; Montagnana]	VEN	959	4.583	5.542	17.940	17.793	18.951.249	19.528.512	91,1
178	Vercelli [Vercelli; Borgosesia; Santhià]	PIE	1.045	6.197	7.242	18.684	17.242	16.912.215	18.772.636	91,8
179	Biella [Biella; Cossato; Vigliano Biellese]	PIE	1.032	6.080	7.112	18.795	17.334	17.090.773	18.860.502	91,9
180	Salerno / 1 [Nocera Inferiore; Scafati; Pagani]	CAM	1.195	4.908	6.103	24.109	26.796	31.915.668	29.100.793	92,1
181	Cuneo [Cuneo; Borgo San Dalmazzo; Busca]	PIE	762	4.504	5.266	15.163	14.867	15.028.647	15.894.678	93,5
182	Omegna [Verbania; Domodossola; Omegna]	PIE	1.003	5.458	6.461	18.471	17.576	17.532.122	18.754.802	93,7
183	Nord Bressanone [Bressanone; Vipiteno; Chiusa]	BZ	276	1.169	1.445	6.071	6.577	7.453.382	6.939.480	94,8
184	Chioggia [Chioggia; Piove di Sacco; Cavarzere]	VEN	647	2.852	3.499	13.115	13.106	13.712.100	13.796.379	95,0
185	Aosta [Aosta; Saint-Vincent; Chatillon]	VDA	667	3.251	3.918	12.543	11.999	11.957.666	12.586.801	95,3
186	Savigliano [Fossano; Savigliano; Saluzzo]	PIE	876	4.909	5.785	16.613	16.102	15.730.943	16.642.677	96,8
187	Sondrio [Sondrio; Morbegno; Tirano]	LOM	929	4.493	5.422	19.041	19.333	18.729.941	18.797.495	102,8
188	Feltre [Feltre; Sedico; Santa Giustina]	VEN	515	2.452	2.967	9.715	9.457	7.746.939	8.330.808	113,5
189	Alto Friuli [Gemona del Friuli; Tolmezzo; Tarvisio]	FVG	504	2.572	3.076	9.684	9.342	7.613.247	8.088.971	115,5

(1) Per ciascuna Azienda Usl sono riportati i primi tre comuni in ordine di popolazione.
(*) AM = Area Metropolitana (Torino AM = 4 Usl, Roma AM = 5 Usl)

Finito di stampare nel mese di dicembre 2001
dalla tipografia Artigrafiche S.r.l., Via Vaccareccia 57, 00040 - Pomezia (Rm)

Prometeo©

"Prometeo – Atlante della sanità italiana", giunto alla sua terza edizione, è finalizzato alla conoscenza di indicatori sanitari, sociali ed economici a partire dal livello nazionale fino a quello di singola Azienda Unità sanitaria locale.
Tra le innovazioni dell'edizione 2001, uno studio pilota sulle "Schede di Dimissione Ospedaliera" condotto per Usl di residenza di tutti i ricoverati dell'anno 1998. La ricerca consente, pur con le dovute cautele, di estendere la conoscenza dello stato di salute degli italiani da analisi riferite alle cause di morte di circa 500 mila decessi ad una popolazione di circa 12 milioni di casi di ricovero ogni anno.
Prometeo è fruibile anche sul Cd allegato, dal quale è inoltre possibile scaricare sul proprio computer il Mess (Modello di Indicatori di Epidemiologia dei Servizi Sanitari), che costituisce il cuore informativo della ricerca e utilizza tecniche di posizionamento competitivo.
Prometeo 2001 è stato realizzato con il contributo dell'Università di Roma "Tor Vergata", Dipartimento di Sanità Pubblica, Cattedra di Igiene; dell'Istituto Nazionale di Statistica, Direzione Centrale per le Indagini sulle Istituzioni Sociali; della Ilesis, Ricerca e Formazione per i Sistemi Sanitari; della Nebo Ricerche PA e della Farmindustria.
Tutta l'edizione Prometeo 2001 è scaricabile dai seguenti siti:
www.sanitamess.it
www.ihg.it
www.farmindustria.it